

Registrering af kræftpakker, hvorfor er det så svært?

**Projektgruppe:**

Else Glenthøj Sanogo
Susanne Grøndahl

Vejleder:

Sten Christoffersen

Master of Information Technology med specialisering i Sundhedsinformatik,

Efter- og Videreuddannelse, Aalborg Universitet, 3. årgang 2010.

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	2
Figurer	5
Tabeller	5
Forord	6
1. Indledning.....	7
2. Resumé	8
3. Problemanalyse	9
3.1 Planer for kræftbehandlingen i Danmark	9
3.1.1 Kræftpakkeforløb	10
3.1.2 Monitoreringssystemet	11
3.1.3 Dataudtræk fra MIS Kræft.....	14
3.1.4 Foreløbige resultater af kræftplan I og II.....	18
4. Problemafgrænsning og problemformulering	19
4.1 Problemafgrænsning.....	19
4.2 Problemformulering	20
5. Videnskabsteoretisk ståsted.....	22
5.1 Videnskabsteori.....	22
5.1.1 Fænomenologi.	22
5.1.2 Hermeneutik	23
5.1.3 Hermeneutisk fænomenologi.....	24
5.2 Den hermeneutiske cirkel som ontologi.....	24
5.3 Epistemologi.....	25
5.4 Gruppens epistemologiske valg.....	25
5.5 Metodologi	26
5.5.1 Projektet set i lyset af den hermeneutiske spiral.....	28
6. Teori	29
6.1 Gruppens egen teorimodel.....	29
6.1.1 Leavitt-Ry-modellen.....	29
6.1.2 Schein - Organisationskultur	32
6.1.3 Kotters forandringsledelsesteori	34

6.1.4	Struktur og informationsteknologi	35
7.	Metode.....	37
7.1	Undersøgelse i Region Syddanmark	37
7.2	Undersøgelsesmetode for interview	37
7.2.1	Teori om det kvalitative forskningsinterview.....	37
7.2.2	Gruppens metodevalg for interview	39
7.2.3	Direkte observation i kontrollerede omgivelser	40
7.3	Undersøgelsesdesign	41
7.3.1	Adgang til feltet – tilladelse.....	41
7.3.2	Udarbejdelse af interviewguide	42
7.3.3	Indramning af undersøgelsen.....	42
7.3.4	Analysemetode for interviewene og observation	43
8.	Analyse.....	45
8.1	Præsentation af data vedrørende historie.....	45
8.1.1	Diskussion af data vedrørende historie.....	46
8.2	Præsentation af data vedrørende omverden.....	46
8.2.1	Diskussion af data vedrørende omverden.....	49
8.3	Præsentation af data vedrørende visioner, værdier og mål	50
8.3.1	Diskussion af data vedrørende visioner, værdier og mål	51
8.4	Præsentation af data vedrørende motivation og belønningssystemer	51
8.4.1	Diskussion af data vedrørende motivation og belønningssystemer	54
8.5	Præsentation af data vedrørende organisationskultur.....	55
8.5.1	Diskussion af data vedrørende organisationskultur.....	56
8.6	Præsentation af data vedrørende fysiske rammer.....	57
8.6.1	Diskussion af data vedrørende fysiske rammer.....	58
8.7	Præsentation af data vedrørende struktur	58
8.7.1	Diskussion af data vedrørende struktur og informationsteknologi.....	61
8.8	Præsentation af data vedrørende aktører	63
8.8.1	Diskussion af data vedrørende aktører	64
8.9	Præsentation af data vedrørende teknologi	65
8.9.1	Diskussion af data vedrørende teknologi	67
8.10	Præsentation af data vedrørende opgaver:.....	68
8.10.1	Diskussion af data vedrørende opgaver.....	73

9. Konklusion	77
10. Metodekritik	83
11. Perspektivering	88
12. Abstract	90
13. Litteraturliste	91
14. Bilag	94
14.1 Bilag 1 - Arbejdsgang vedr. registrering af kræftpakkeforløb	94
14.2 Interviewguides	99
14.2.1 Bilag 2 - Interviewguide med repræsentant sundhedsområdet.....	99
14.2.2 Bilag 3 - Interviewguide til registreringsansvarlig og forløbskoordinator ..	100
14.2.3 Bilag 4 - Interviewguide med repræsentanter SVS	101
14.2.4 Bilag 5 - Interviewguide til afdelingsledelsen	102
14.3 Analyse af interviews og observation i kontrolleret miljø	104
14.3.1 Bilag 6 - Analyse af interview med repræsentant for sundhedsområdet.....	104
14.3.2 Bilag 7 - Analyse af interview med registreringsansvarlig og forløbskoordinator	117
14.3.3 Bilag 8 - Analyse af interview med repræsentanter SVS	133
14.3.4 Bilag 9 - Analyse af interview med afdelingsledelse	146
14.3.5 Bilag 10 - Analyse observation i kontrolleret miljø	157

Figurer

Figur 1 Oversigt over de registreringer, der er knyttet til hvert målepunkt og som anvendes i beregningerne af indikatorer. (Sundhedsstyrelsen C 2009)	13
Figur 2 Data-rapportsammenhæng. (Sundhedsstyrelsen A 2008).....	14
Figur 3 T5: Periode til behandlingsstart med kræft, hverdage. Indikatorværdier i perioden rangstillet efter region. Perioden: 1. april 2008 - 30. november 2009 Kilde: MIS Kræft ..	17
Figur 4 T5: Periode til behandlingsstart med kræft, hverdage. Indikatorværdier i perioden rangstillet efter sygehus. Perioden: 1. april 2008 - 30. november 2009 Kilde: MIS Kræft	17
Figur 5 Den hermeneutiske cirkel (egen tegning).	25
Figur 6 Den hermeneutiske spiral til illustration af projektet (egen tegning)	28
Figur 7 Gruppens egen figur, som illustrerer projektets teorimodel	29
Figur 8 Leavitts systemmodel (Andersen 2005).....	30
Figur 9 Den udvidede Leavitt-model (Nielsen og Ry 2002)	31
Figur 10 Leavitt-Ry-modellen (Nielsen og Ry 2002)	32
Figur 11 Sammenhæng mellem afhængighed mellem delopgaver, behov for koordinering og kommunikation i organisationer (Jacobsen og Thorsvik 2002)	35
Figur 12 Gruppens egen figur, som illustrerer omverdenen.....	49
Figur 13 Oversigtstegning over SVS. Kirurgiske afsnit/kontorer er indtegnet med rødt....	57
Figur 14 Eget foto som viser forløbskoordinatorens fejllister.....	70
Figur 15 Skema, som anvendes til kodning på Kirurgisk Afdeling SVS	71
Figur 16 Arbejdsgange i forbindelse med visitation (egen tegning)	73

Tabeller

Tabel 1 Tids- og Aktivitetsindikatorer (Sundhedsstyrelsen D 2009)	12
Tabel 2 T4: Udredningsperiode uden kræft, datakvalitet. Antal Patienter i perioden der indgår (inkluderes) eller ikke indgår(eksluderes) i indikatorberegningen fordelt efter årstal, region og årsag til eksklusion. Perioden: 1. april 2008 - 30. november 2009 Kilde MIS Kræft.....	15
Tabel 3 T5: Periode til behandlingsstart med kræft, datakvalitet. Antal Patienter i perioden der indgår (inkluderes) eller ikke indgår (eksluderes) i indikatorberegningen fordelt efter årstal, region og årsag til eksklusion. Perioden: 1. april 2008 - 30. november 2009. Kilde: MIS Kræft.....	16
Tabel 4 Viser uddrag af detaljeret arbejdsgangsbeskrivelse for delopgaverne modtagelse af henvisning og visitation.....	75

Forord

Dette masterprojekt er udarbejdet af Susanne Grøndahl og Else Glenthøj Sanogo, 3. års studerende ved uddannelsen "Master of Information Technology, med specialisering i Sundhedsinformatik" ved Aalborg Universitet.

Temaet er ifølge studieordningen, "Informationsteknologi i sundhedssektoren set i et videnskabeligt perspektiv" (Studievejledning for åben uddannelse i sundhedsinformatik 2009).

Vi vil gerne takke vores kontaktpersoner i Region Syddanmark og på Sydvestjysk Sygehus for deres velvillige medvirken til dette projekt.

Vi vil også gerne takke vores vejleder Sten Christoffersen for konstruktiv og inspirerende vejledning.

En særlig tak til Karsten Strandgård Jørgensen for hjælp til oversættelsen af resumeet.

Desuden vil vi takke vores familier for støtte gennem hele uddannelsen.

Forsidebilledet er fra Sundhedsstyrelsens beskrivelse af pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm. Mælkebøtten symboliserer overlevelse, hvilket gruppen ser som formålet med at indføre kræftpakkeforløb – at der ønskes en større overlevelseshastighed for kræftpatienter.

1. Indledning

Gruppen har fra arbejdet med 2. års projektet om skaderegistrering haft en stor interesse for registrering af data til blandt andet Landspatientregistret (LPR). Især finder vi det interessant, hvordan forskellige faktorer i en organisation har indflydelse på kvaliteten af disse data. I projektet om skaderegistrering var undersøgelsen centreret om sekretærernes registrering, og vi så derfor mindre på, hvilken indflydelse andre niveauer i organisationen kan have på kvaliteten af data. (Grøndahl og Sanogo 2009)

Dette projekt handler ligeledes om en registreringsopgave, nemlig registrering af kræftpakkeforløb. Monitorering af pakkeforløb på kræftområdet blev indført i forbindelse med opfølgning på kræftplan II, hvor det blev besluttet, at der skulle være øget fokus på monitorering af kræftbehandlingen med målet: Overblik over indsats og behandlingsresultater. (Sundhedsstyrelsen 2007) Om baggrunden for monitoreringen skrives bl.a.: ”*Dog er der stadig mange problemer med den nødvendige datakvalitet, der kun kommer til verden i det omfang, opgaven er prioriteret. Helt ned til den enkelte sundhedsperson med ansvar for at dokumentere den kliniske aktivitet skal formålet stå klart.*” (Sundhedsstyrelsen 2007)

Vi har valgt at foretage vores undersøgelse i Region Syddanmark, som dels har været først indenfor etablering af pakkeforløb, og som dels har relativt gode tal i udtræk fra monitoreringen. Regionen har stort fokus på kræftpakkemonitoreringen og har tidligt udviklet eget monitoreringssystem. (Region Syddanmark 2010) På den baggrund så vi frem til at møde informanter med stor viden og interesse for registrering og monitorering af kræftpakkeforløb.

Undersøgelsen omfatter interviews på flere forskellige niveauer i organisationen; Regionsniveau, sygehusniveau, afdelingsledelsesniveau samt afdelingsniveau, hvor både specialister samt almindelige sekretærer blev interviewet. Desuden har vi set på selve registreringsarbejdsgangen via en observation i kontrolleret miljø.

Formålet med vores undersøgelse har været at belyse, hvilke faktorer i organisationen der har indflydelse på kvaliteten af de registrerede data i kræftpakkeforløbene. Disse data danner baggrund for politiske, administrative og lægelige beslutninger, hvorfor det er vigtigt, at de er så korrekte som muligt. Vi håber gennem denne undersøgelse at kunne bidrage med nogle anbefalinger til, hvorledes registreringen af kræftpakkeforløbene kan forbedres.

2. **Resumé**

I Danmark har der gennem de senere år været fokus på at forbedre kræftbehandlingen. Dette er blandt andet sket gennem implementering af kræftpakkeforløb. Disse forløb bliver monitoreret via indberetninger til Landspatientregisteret med registreringer for målepunkter, der indikerer tidsintervaller i forløbene. Formålet med denne monitorering er at danne grundlag for de politiske, administrative og kliniske beslutninger for kræftområdet. Registreringerne har vist sig at være fejlbehæftede og mangelfulde i mange tilfælde, hvorfor formålet med monitoreringen er kompromitteret. Projektet undersøger, hvilke faktorer i organisationen, der har betydning for en korrekt registrering. Det videnskabsteoretiske udgangspunkt er den hermeneutiske fænomenologi, en transcendentalfilosofisk epistemologi og som ontologi den hermeneutiske cirkel/spiral. Undersøgelsen er foretaget i Region Syddanmark, Sydvestjysk Sygehus, Kirurgisk Afdeling gennem interview af personer på regionalt-, sygehus- og afdelingsniveau. Desuden er der foretaget en observation i kontrolleret miljø for selve registreringsopgaven. Undersøgelsen og analysen af data foretages ud fra en teorimodel, baseret på Leavitt-Ry modellen (Nielsen og Ry 2005), suppleret med Kotters (1996) forandringsledelsesteori, samt Informationsteknologiens rolle inspireret af Jacobsen og Thorsvik (2002). Blandt de vigtige faktorer for en korrekt registrering af kræftpakker, som undersøgelsen har afdækket er: mangler i henvisninger fra de praktiserende læger; data til registreringen skal opsamles på et papirskema, før den foretages af sekretærer; det benyttede patientadministrative system indeholder ikke valgtekster eller valideringer, og er uden integration til en elektronisk patientjournal; informationsteknologi udnyttes ikke til kommunikation og information uden om det traditionelle hierarki; den ledende overlæge i afdelingen ser vigtigheden af at fastholde motivationen for sine medarbejdere for kræftpakkeregistreringen, og visioner, værdier og mål bliver kommunikeret ud i afdelingen. Konklusionen gennemgår disse fund, der sammenfattende viser en organisation, der har fokus på visioner, værdier og mål, motivation, teknologi og fysiske rammer, som alle er vigtige faktorer for en korrekt registrering af kræftpakker. Undersøgelsen viser også en organisation, hvor sygehusorganisationskulturen kan være en hæmsko i udviklingen af en mere rationel kommunikations- og informationsstruktur. I metodekritik diskuteres blandt andet, hvordan undersøgelsesresultaterne kan generaliseres til resten af landet. I perspektivering gives på den baggrund en række anbefalinger til, hvorledes der kan opnås en mere korrekt registrering af kræftpakkeforløb.

3. Problemanalyse

Der er i Danmark et ønske om at få kræftbehandlingen op på højeste internationale niveau (Sundhedsstyrelsen 2005). For at leve op til denne målsætning, er der i foreløbig to nationale kræftplaner, sat ind på flere forskellige områder. Det drejer sig overordnet om øget fokus på det samlede patientforløb fra forebyggelse over diagnostik og behandling til rehabilitering og palliativ indsats (Sundhedsstyrelsen 2005). I den første kræftplan fra 2000 institueredes behandlingsgaranti for kræftpatienter – for mange afdelinger lykkedes det dog ikke at overholde garantien. Målsætningen for Kræftplan II er at styrke forebyggelsen af kræft samt at forbedre grundlaget for, at patienterne tilbydes et udrednings- og behandlingsforløb, der iværksættes tidligt og opleves som sammenhængende af patienterne og har en høj og international faglig kvalitet. For at følge op på sammenhængen i udrednings- og behandlingsforløbene, iværksættes en national monitorering. Afdelingerne på landets sygehuse har nu arbejdet med Kræftplan II i 4 år og de første tal fra monitoreringerne er udtrukket fra primo 2008.

3.1 Planer for kræftbehandlingen i Danmark

I 2000 kom den første Kræftplan som indeholdt forslag indenfor følgende områder:

- en række initiativer til forebyggelse af kræft
- anbefaling af videreuddannelse for sundhedsfagligt personale
- analyse af henvendelse, henvisning og visitering
- vurdering af kvaliteten af diagnostik og behandling af kræftpatienter
- udbygning af diagnostik og behandlingskapacitet
- samling af kirurgisk behandlingsekspertise
- indførelse af screening for specifikke kræftformer
- forskning og udvikling, bl.a. igennem udbygning af kliniske kvalitetsdatabaser
- rehabilitering
- palliation

(Sundhedsstyrelsen 2000)

Med baggrund i Kræftplan I blev der iværksat en række initiativer på kræftområdet. Bl.a. blev forebyggelsen styrket, der skete en vækst i diagnostik og behandling, og der blev iværksat screeningsinitiativer. Derudover blev ventetidsgarantien indført i 2001. (Sundhedsstyrelsen 2005) Der blev tilført betydelige ressourcer for at gennemføre

ventetidsgarantien, men på trods af ressourcetilførslen var der stadig problemer med at overholde garantien. (Sundhedsstyrelsen 2005)

I 2004 blev Sundhedsstyrelsen opfordret til at udarbejde en ny plan for kræftområdet. Kræftplan II udkom i 2005 med anbefalinger om forbedringer for udredning og behandling på kræftområdet. Planen tager udgangspunkt i patientforløbet fra forebyggelse til diagnostik, behandling, rehabilitering og palliativ indsats. (Sundhedsstyrelsen 2005)

3.1.1 Kræftpakkeforløb

En af de centrale anbefalinger i Kræftplan II var at lave standardiserede patientforløb, således at alle patienter, der mistænkes for en bestemt kræftsygdom, skal gennemgå de samme udrednings- og behandlingsforløb. (Sundhedsstyrelsen 2005) Baggrunden for at arbejde med standardiserede patientforløb var bl.a., at Vejle Sygehus siden 1995 havde arbejdet med ”det hensigtsmæssige patientforløb”, oprindeligt med det formål at lette beskrivelse og måling af kvalitet og service. Da Vejle Amts lungekræftdiagnostik blev centraliseret på Vejle Sygehus i 1999, blev Lungepakken skabt, og modellen viste sig velegnet for patientforløb, som skal overholde snævre tidsfrister. (Gaub *et al* 2005)

Det beskrives i bilag 6.1 til Kræftplan II, hvad de involverede i Lungepakken i Vejle mener, har haft betydning for deres succes med konceptet:

- Det har formentlig haft betydning, at pakkerne er opstået som interessenternes egne projekter, i modsætning til en top-down implementering af konceptet. Noglepersonerne har været besjælet af pionerånd, og er stolte af det, de har nået. (Gaub *et al* 2005)
- En tiltagende forståelse i overlægegruppen for, at høj kvalitet i opgaveløsningen og høj patienttilfredshed, samtidig med korte ventetider, ikke kan opnås, uden at overlæger pålægger sig selv og hinanden flere bindinger i deres daglige funktioner, end det almindeligvis var forventningen for en halv generation siden. (Gaub *et al* 2005)
- Vejle Amt og Vejle Sygehus har været langt fremme i anvendelse af Sundheds IT, herunder EPJ og elektronisk kommunikation mellem sygehuse og praksis. (Gaub *et al* 2005)

- Konstante korte ventetider giver større kapacitet end konstante *lange* ventetider. Aktiviteten øges nemlig, fordi korte ventetider tiltrækker patienter. De diagnostiske specialer, først og fremmest radiologi og patologisk anatomi, men også klinisk biokemi, klinisk genetik og klinisk fysiologi, er blevet draget meget aktivt ind i forløbene via de ugentlige konferencer, og i de faglige udviklings- og forskningsprojekter. Det har bevirket en sjælden grad af fokusering på at levere diagnostik til tiden for alle parter. (Gaub *et al* 2005)

I Kræftplan II anbefales det, at der opstilles indikatorer for de enkelte kræftområder til monitorering af kvaliteten af indsatsen, samt at der løbende udgives kræftdata. (Sundhedsstyrelsen 2005)

Kræftplan II definerer patientforløb organiseret i pakker som:

”Patientforløb, hvor de enkelte trin er tilrettelagt som tids- og indholdsmæssigt veldefinerede begivenheder, der følger et på forhånd booket forløb”. (Sundhedsstyrelsen 2005 s. 20)

Formålet med pakkeforløb er at tilbyde patienterne optimal udredning og behandling for at forkorte forløbet og derigennem forbedre prognosen, bedre livskvaliteten og mindske utrygheden ved ventetid uden kendt årsag. Pakkeforløbene baseres på de til enhver tid senest opdaterede kliniske retningslinjer. (Sundhedsstyrelsen 2005)

Hver kræftpakke knytter sig til en bestemt kræftform og beskriver et standardpatientforløb lige fra første kontakt med egen læge over udredning og behandling til genoptræning og palliation. Patientforløbet skal for hver kræftform følge et på forhånd booket forløb med nøje definerede tidsfrister. Der er helt specifikke kriterier, der skal skærpe egen læges opmærksomhed på en mulig kræftsygdom, som f.eks. langvarig hoste, vægttab, blødning, træthed etc. (Sundhedsstyrelsen 2005)

3.1.2 Monitoreringssystemet

Regionerne etablerede med støtte fra Sundhedsstyrelsen et monitorerings- og informationssystem på kræftområdet (MIS Kræft). Formålet med MIS Kræft var at gøre relevante data vedrørende pakkeforløbene let tilgængelige for klinikere og ledelser på de udrednings- og behandlingsansvarlige afdelinger, på sygehusene, i regionerne og hos de centrale sundhedsmyndigheder. (Sundhedsstyrelsen A 2008) Monitoreringen af pakkeforløbene er baseret på registreringer i Landspatientregistret (LPR).

(Sundhedsstyrelsen B 2008) MIS Kræft er en internetbaseret portal, der giver autoriserede brugere adgang til fællesrapporter om kvalitet baseret på tids - og aktivitetsindikatorer, rapporter om datakvalitet samt adgang til data fra egen institution til egne analyser. (Sundhedsstyrelsen A 2008)

I rapporten om monitorering af pakkeforløb for kræft, 2.-4. kvartal 2008, fremgår det, at kun patienter henvist fra praktiserende læge eller paraklinisk afdeling (radiologisk eller nuklearmedicinsk-/fysiologisk afdeling) er med i monitoreringen, og ikke patienter, der er henvist fra anden sygehusafdeling, selv om disse er med i pakkeforløb. Patientbegrundet ventetid er fratrasket, fx grundet ferie eller sygdom. Der bliver ikke taget højde for, om patienterne har anden behandlingskrævende sygdom, som kan have indflydelse på behandlingen af deres kræftsygdom og dermed forlænge perioden til påbegyndelse af behandling. (Sundhedsstyrelsen D 2009)

Monitorering i MIS Kræft omfatter følgende kræftformer:

- Lungekræft
- Kræft i tyk- og endetarm
- Brystkræft
- Kræft i hoved og hals

Monitoreringen består af:

- Tidsindikatorer (T) – afstand mellem målepunkter
- Aktivitetsindikatorer (A) – antal / andel af patienter ved målepunkter

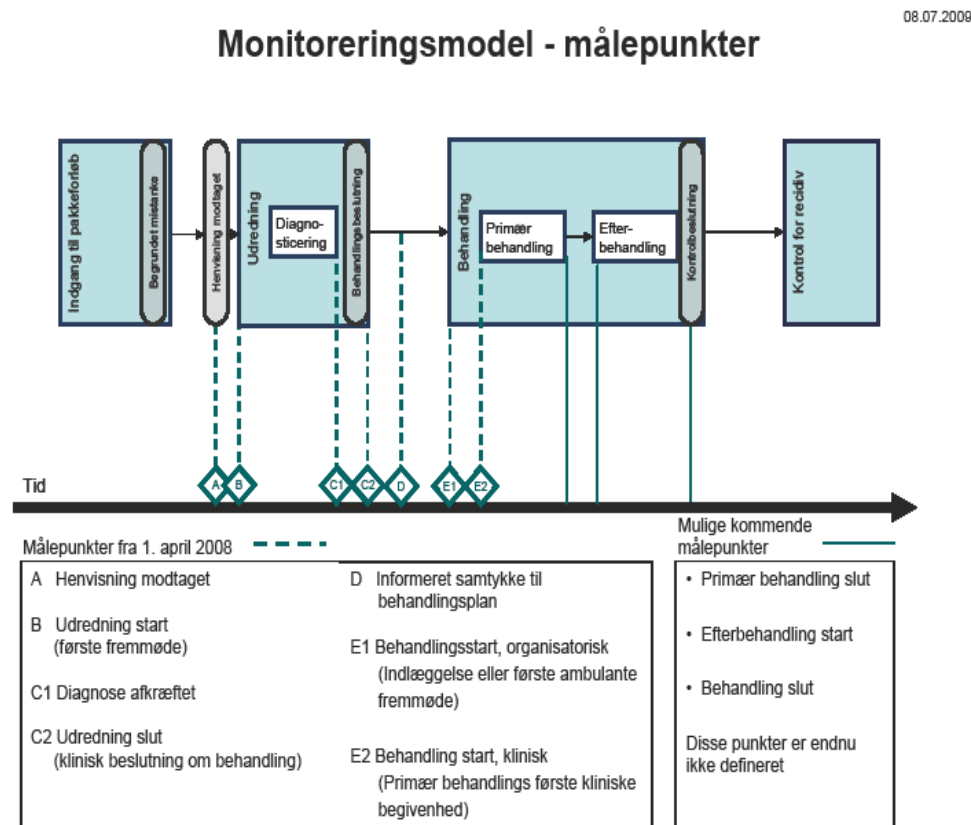
De forskellige indikatorer er listet i nedenstående tabel.

T1	Henvisningsperiode i pakkeforløb for patienter med kræft
T2	Henvisningsperiode i pakkeforløb for patienter uden kræft
T3	Udredningsperiode i pakkeforløb for patienter med kræft
T4	Udredningsperiode i pakkeforløb for patienter uden kræft
T5	Periode fra henvisning modtaget til behandlingsstart i pakkeforløb for patienter med kræft
A1	Patienter i pakkeforløb (antal)
A2	Patienter med kræft blandt alle patienter i pakkeforløb henvist fra primærsektor (andel)
A3	Patienter i pakkeforløb henvist fra primærsektor blandt patienter med kræft (andel)

Tabel 1 Tids- og Aktivitetsindikatorer (Sundhedsstyrelsen D 2009)

Til beregningen af disse indikatorer er der opstillet en række målepunkter, hvortil de koder, som registreres i klinikken er knyttede. Det drejer sig om A Henvisning modtaget, B. Udredning start, C1. Diagnose afkræftet, C2. Udredning slut – klinisk beslutning om

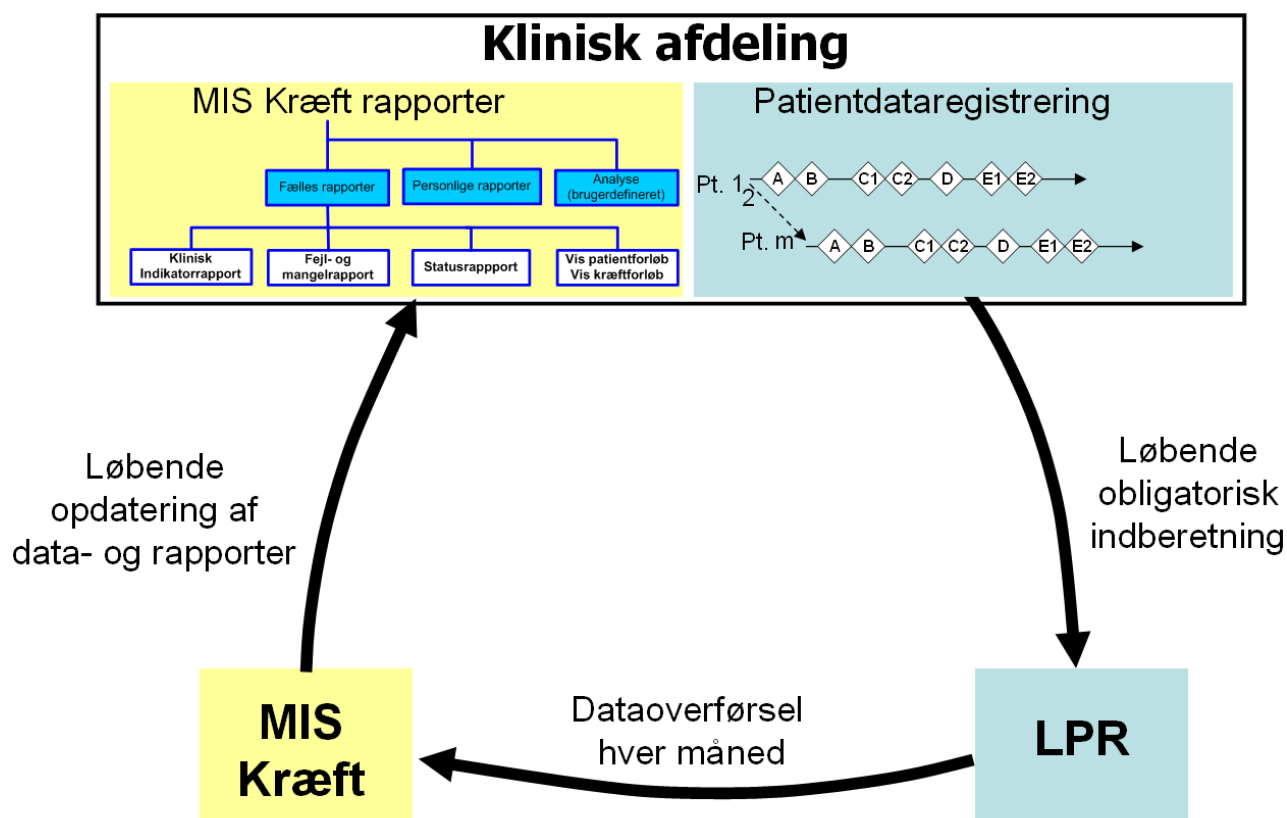
behandling, D. Informeret samtykke til behandling, E1. Behandling start, organisatorisk, E2. Behandling start, klinisk. Se den samlede monitoreringsmodel i nedenstående figur. (Sundhedsstyrelsen C 2009)



Figur 1 Oversigt over de registreringer, der er knyttet til hvert målepunkt og som anvendes i beregningerne af indikatorer. (Sundhedsstyrelsen C 2009)

MIS Kræft indeholder fællesrapporter (Klinisk Indikatorrapport) med *tidsmålinger* af henvisnings- og udredningsperioden både for patienter i monitorerede pakkeforløb, hvor kræftmistanken bekræftes (i denne sammenhæng: pakkeforløb med kræft) og for patienter i monitorerede pakkeforløb, hvor kræftmistanken afkræftes (i denne sammenhæng: pakkeforløb uden kræft). For pakkeforløb med kræft måles tillige tiden fra henvisning modtages til klinisk behandlingsstart. Ligeledes angives det, hvor mange patienter, der har indgået i pakkeforløb, hvor stor en andel af patienter i pakkeforløb, der har kræft og hvor stor en *andel* af afdelingens kræftpatienter, som indgår i pakkeforløb. (Sundhedsstyrelsen C 2009)

Data-rapportsammenhængen illustreres således, se figur 2:



Figur 2 Data-rapportsammenhæng. (Sundhedsstyrelsen A 2008)

I december 2009 besluttede Sundhedsministeriet at ophøre med at bruge MIS Kræft. Af de grunde, der blev fremført var: Manglende anvendelighed, der sorteres for mange patienter fra, at der i Region Syddanmark var etableret eget monitoreringssystem, og at Region Midt og Nord ønskede at gøre det samme. (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2009)

Sundhedsstyrelsen lægger op til, at der fremover på det nationale plan skal udarbejdes halvårlige rapporter med sigte på det politiske og administrative niveau samt offentligheden. Det ønskes færre detaljer end i MIS Kræft, og en øgning af den statistiske sikkerhed. (Sundhedsstyrelsen A 2009) Regionerne skal selv klare monitoreringsopgaven lokalt og for det kliniske niveau.

3.1.3 Dataudtræk fra MIS Kræft

I dette afsnit vil vi vise eksempler, på udtræk fra monitoreringssystemet MIS Kræft der illustrerer, at der er generelle problemer med registreringsfejl og mangler i de forskellige regioner. Som eksempel på én af indikatorerne, T5 – periode til behandlingsstart med kræft, vises rangfordeling per region og per sygehus (figur 3 og 4).

Det gælder for alle tabeller og figurer i dette afsnit, at de omhandler kræftpakker for tyk- og endetarmskræft. Perioden, de dækker slutter midt i december 2009, hvor LPR midlertidigt ophørte med at sende data til MIS Kræft.

Tabel 2 viser, at der i Region Syddanmark indgår et betydeligt større antal patienter i kræftpakker end de øvrige regioner, her illustreret ved Region Hovedstaden. Men også at der er færre registreringsfejl, så færre patienter bliver sorteret fra end i Region Hovedstaden. Dog ses der en stigende tendens i registreringsfejl fra 2008 til 2009 i Region Syddanmark.

		2008	2009
Hovedstaden	Henvise instans (henvisningsmåde) mangler	3	5
	Kode for "Diagnose afkræftet" mangler	224	394
	Ikke henvist fra primær sektor	176	275
	Indgår	297	579
	I alt	700	1253
Sjælland	Kode for "Diagnose afkræftet" mangler	522	189
	Ikke henvist fra primær sektor	131	167
	Indgår	371	1050
	I alt	1024	1406
Syddanmark	Henvise instans (henvisningsmåde) mangler	22	5
	Kode for "Diagnose afkræftet" mangler	60	301
	Ikke henvist fra primær sektor	256	447
	Indgår	1537	1810
	I alt	1875	2563
Midtjylland	Henvise instans (henvisningsmåde) mangler	0	1
	Kode for "Diagnose afkræftet" mangler	240	384
	Ikke henvist fra primær sektor	80	260
	Indgår	247	1122
	I alt	567	1767
Nordjylland	Kode for "Diagnose afkræftet" mangler	89	118
	Ikke henvist fra primær sektor	112	212
	Indgår	421	811
	I alt	622	1141

Tabel 2 T4: Udredningsperiode uden kræft, datakvalitet. Antal Patienter i perioden der indgår (inkluderes) eller ikke indgår(ekskluderes) i indikatorberegningen fordelt efter årstal, region og årstal til eksklusion. Perioden: 1. april 2008 - 30. november 2009 Kilde MIS Kræft

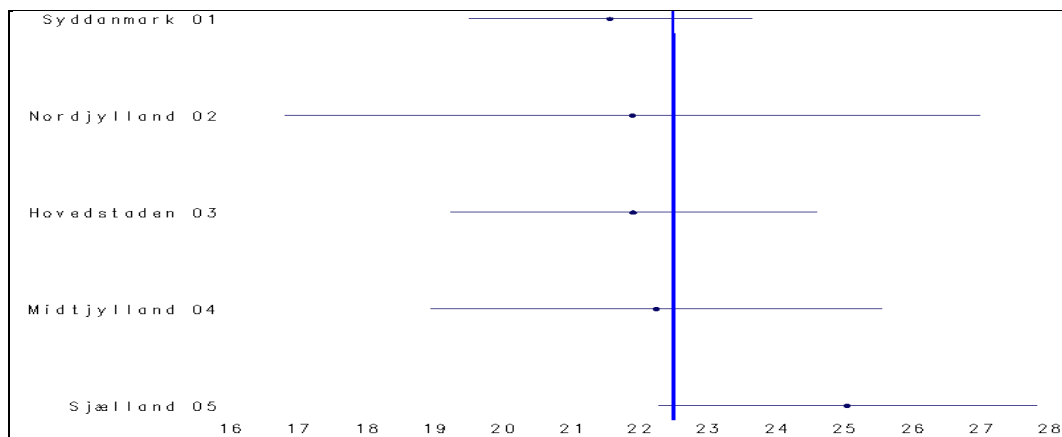
Tabel 3 viser, hvorledes fejlregistreringer eller manglende registreringer er et stort problem overalt. Især bliver mange patienter sorteret fra på grund af 'ikke relevant henvisningsdiagnose' og 'ikke henvist fra primær sektor'.

		2008		2009	
		Antal	%	Antal	%
Hovedstaden	Forkert eller manglende registrering af anmeldelsesstatus for kræft	21	0,3	75	1,2
	Kontakt mangler i LPR	34	0,6	59	1
	Henvisende instans (henvisningsmåde) mangler	110	1,8	122	2
	Henvisningsdiagnose mangler	88	1,4	108	1,8
	Kode for "Informeret samtykke" mangler	51	0,8	83	1,4
	Behandlingskode mangler	1	0	17	0,3
	Ikke henvist fra primær sektor	142	2,3	181	2,9
	Ikke relevant henvisningsdiagnose	140	2,3	150	2,4
	I alt	78	1,3	173	2,8
Sjælland	Forkert eller manglende registrering af anmeldelsesstatus for kræft	28	0,5	38	0,6
	Kontakt mangler i LPR	4	0,1	21	0,3
	Henvisende instans (henvisningsmåde) mangler	68	1,1	37	0,6
	Henvisningsdiagnose mangler	16	0,3	23	0,4
	Kode for "Informeret samtykke" mangler	29	0,5	10	0,2
	Behandlingskode mangler	-	-	13	0,2
	Ikke henvist fra primær sektor	201	3,3	266	4,3
	Ikke relevant henvisningsdiagnose	61	1	62	1
	I alt	85	1,4	126	2,1
Syddanmark	Forkert eller manglende registrering af anmeldelsesstatus for kræft	18	0,3	52	0,8
	Kontakt mangler i LPR	10	0,2	36	0,6
	Henvisende instans (henvisningsmåde) mangler	93	1,5	120	2
	Henvisningsdiagnose mangler	51	0,8	57	0,9
	Kode for "Informeret samtykke" mangler	25	0,4	38	0,6
	Behandlingskode mangler	6	0,1	14	0,2
	Ikke henvist fra primær sektor	110	1,8	144	2,3
	Ikke relevant henvisningsdiagnose	133	2,2	181	2,9
	I alt	150	2,4	158	2,6
Midtjylland	Forkert eller manglende registrering af anmeldelsesstatus for kræft	21	0,3	44	0,7
	Kontakt mangler i LPR	29	0,5	32	0,5
	Henvisende instans (henvisningsmåde) mangler	108	1,8	104	1,7
	Henvisningsdiagnose mangler	57	0,9	65	1,1
	Kode for "Informeret samtykke" mangler	57	0,9	81	1,3
	Behandlingskode mangler	-	-	12	0,2
	Ikke henvist fra primær sektor	92	1,5	162	2,6
	Ikke relevant henvisningsdiagnose	146	2,4	155	2,5
	I alt	31	0,5	96	1,6
		541	8,8	751	12,2

Tabel 3 T5: Periode til behandlingsstart med kræft, datakvalitet. Antal Patienter i perioden der indgår (inkluderes) eller ikke indgår (ekskluderes) i indikatorberegningen fordelt efter årstal, region og årsag til eksklusion. Perioden: 1. april 2008 - 30. november 2009. Kilde: MIS Kræft

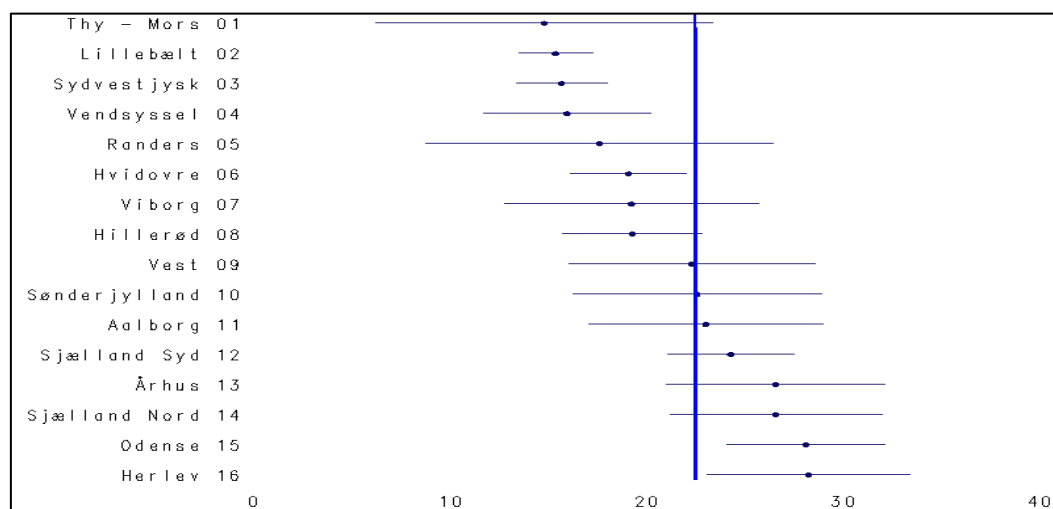
På en række indikatorer ligger Region Syddanmark forrest på landsplan, hvad angår fx antal patienter med kræft, der kommer i pakkeforløb, kortest udredningsperiode og kortest periode til behandlingsstart. Der er dog ikke tale om en egentlig statistisk signifikans, men kun at de generelt er lidt bedre.

Figur 3 viser et eksempel på, at Region Syddanmark ligger lidt foran de øvrige regioner, her, hvad angår kortest periode til behandlingsstart.



Figur 3 T5: Periode til behandlingsstart med kræft, hverdage. Indikatorværdier i perioden rangstillet efter region. Perioden: 1. april 2008 - 30. november 2009 Kilde: MIS Kræft

Nedenfor ses et eksempel på en grafisk fremstilling af rangfordelingen mellem specifikke sygehuse i hele landet for T5 perioden til behandlingsstart med kræft. Heraf fremgår at 2 af sygehusene i Region Syddanmark, nemlig Lillebælt og Sydvestjysk ligger som nummer 2 og 3, Sønderjylland ligger lige på medianen, mens Odense ligger langt over medianen, se figur 4.



Figur 4 T5: Periode til behandlingsstart med kræft, hverdage. Indikatorværdier i perioden rangstillet efter sygehus. Perioden: 1. april 2008 - 30. november 2009 Kilde: MIS Kræft

Sammenfattende ser vi gennem disse udtræk et billede af, at der overalt i landet er et problem med registreringsfejl og mangler. Region Syddanmark ligger lidt bedre på en række indikatorer, trukket op især af Lillebælt og Sydvestjysk, men det ses også, at der i denne region er mange registreringsfejl, og at der er sket en øgning af disse fra 2008 til 2009.

3.1.4 Foreløbige resultater af kræftplan I og II

Det fremgår af Indenrigs- og sundhedsministeriets hjemmeside, at Indenrigs- og sundhedsminister Bertel Haarder glæder sig over den seneste opgørelse af ventetid:

”Resultatet af regeringens indsats på kræftområdet med de nye kræftpakker og en massiv investering i området giver nu resultater. Ventetiden er faldet markant, og vi har fået hurtigere forløbstider. Det betyder helt enkelt, at flere vil overleve en kræftdiagnose. Næste skridt bliver en kræftplan III, der bl.a. skal sørge for, at folk bedst muligt bliver hjulpet tilbage til livet og hverdagen efter en kræftsygdom.”

Bertel Haarder indleder i løbet af sommeren forhandlinger med Dansk Folkeparti om Kræftpakke III, som skal sikre en bedre opfølgning for kræftpatienter efter endt behandling. (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010)

4. Problemafgrænsning og problemformulering

4.1 Problemafgrænsning

Da, der gennem vores litteratursøgninger ikke har vist sig at være tilsvarende monitoreringssystemer i udlandet, som man kan sammenligne det danske med, har vi valgt udelukkende at se på danske forhold.

Vi undrer os over de forskelle, mellem de danske regioner, der træder frem af det datamateriale, vi har set fra MIS Kræft. Det er forskelle, der henfører både til antal patienter, der bliver startet i kræftpakkeforløb, men også til antal registreringsfejl og mangler. Det kunne være interessant at undersøge alle regioner, for at afdække baggrunden for disse forskelle og lave komparative undersøgelser. Det vil være en meget stor undersøgelse og lader sig ikke gøre indenfor dette masterprojekt. Således afgrænser vi os fra at se nærmere på andre regioner og laver derfor en undersøgelse i Region Syddanmark, som på de fleste parametre har vist den bedste performance. Talmateriale fra MIS Kræft og SydLIS fravælger vi at lade indgå som datamateriale for dette projekt.

Hvad gør Region Syddanmark til en 'mønster region', der på langt de fleste områder ligger bedre i statistikkerne end de andre danske regioner? Historien fra Vejle og deres egen fortolkning, antyder, at der er nogle faktorer, der har været meget vigtige for deres udvikling. Specielt motivation og ejerskab er nøgleord, ligesom involveret ledelse er det.

For at undersøge, hvad der har medvirket til at gøre Region Syddanmark til en "mønster region" inden for registrering af kræftpakkeforløb, vælger vi at se på følgende niveauer i organisationen:

- Regionsniveau
- Sygehusniveau
- Afdelingsledelsesniveau
- Specialistniveau

Vi vælger, at undersøgelsen skal foretages på et sygehus og på en afdeling, der behandler kræftpatienter.

Vi har fravalgt at foretage interview med praktiserende læger i vores undersøgelse, men praksisniveauet er vigtigt for initieringen af kræftpakkeforløb, og bliver indirekte undersøgt gennem interview på de ovenstående tre niveauer i regionen. Samlet betegner vi herefter alle disse niveauer for ”organisationen”.

Vi vil således undersøge, hvilke faktorer i organisationen, der kan medvirke til at registreringen til LPR for kræftpakkeforløb kan blive mere korrekt.

Vores problemformulering bliver herefter:

4.2 Problemformulering

Hvilke faktorer i organisationen har betydning for at sikre korrekte data i registreringen af kræftpakkeforløb?

Ordforklaring til problemformulering:

Faktorer: Ordbogen.com (2010) har følgende forklaring på faktor - ”medvirkende årsag til et resultat”. Samme betydning har ordet i dette projekt, altså ”hvilke årsager i organisationen har betydning for at sikre...”

Organisationen: En organisation er en gruppe, hvor deltagerne har fælles opgaver og mål, med procedurer og retningslinjer for koordinering af deltagernes arbejde (Jacobsen og Thorsvik 2002). I dette projekt mener vi de mennesker, som i kraft af deres arbejde er involveret i kræftpakkemonitoreringen på sundhedsområdet i Region Syddanmark.

Korrekte: Når vi i dette projekt skriver korrekte, mener vi fejlfri registreringer set i forhold til sundhedsstyrelsens anbefalinger i Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2010 ”Det er yderst vigtigt, at indberetningen af data til LPR bliver så ensartet og korrekt som muligt, idet LPR anvendes i mange sammenhænge til analyse af sygehusenes aktiviteter og resultater”. (Sundhedsstyrelsen B 2009 s. 12)

Registrering af kræftpakkeforløb: Kræftplan II definerer pakkeforløb som ”patientforløb, hvor de enkelte trin er tilrettelagt som tids- og indholdsmæssigt veldefinerede begivenheder”. (Sundhedsstyrelsen 2005 s. 20) I Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2010 er det fastsat at registrering af pakkeforløb på

kræftområdet består af obligatoriske patientforløbsregistreringer samt specifikke procedureregistreringer. (Sundhedsstyrelsen B 2009 s. 193). Med registrering af kræftpakkeforløb menes dermed den obligatoriske registrering af pakkeforløb på kræftområdet jf. Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2010.

5. Videnskabsteoretisk ståsted

Vi vil i det følgende gøre rede for gruppens videnskabsteoretiske udgangspunkt, herunder komme med ontologiske og epistemologiske overvejelser. Tilslut fremlægges samlet gruppens metodologi for dette projekt.

Fuglsang og Olsen (2004 s.8) definerer videnskabsteori som *”et tværvidenskabeligt forsøg på at fremstille grundregler, grundlagsproblemer og gyldighedsproblemer i forskellige fag og discipliner. Videnskabsteorien kan herigennem være med til at belyse, hvad videnskab og forskning er og kan være”*.

5.1 Videnskabsteori

Vi tager udgangspunkt i en fænomenologisk og hermeneutisk tilgang, hvor meningen er at nå frem til en gyldig og almen forståelse af et fænomen. Fænomenologisk og hermeneutisk metode er nært beslægtede videnskabsteorier, idet de begge er fortolkende metoder. Hermeneutisk fænomenologi/filosofisk hermeneutik er den samlende videnskabsteori for de to tilgange. (Rønn 2006)

5.1.1 Fænomenologi.

Den fænomenologiske metode benyttes, når der skal fremskaffes viden inden for social- og humanvidenskaberne. Fænomenologi betyder at afdække, hvordan et fænomen (ting eller situation) optræder for en bevidsthed. For at kunne forstå en adfærd, skal der opnås kendskab til aktørens egen fortolkning og ikke blot selve den ydre adfærd.

Rendtorff (2004) beskriver, hvorledes fænomenologien blev grundlagt som filosofi af Husserl (1859-1938) ved århundredeskiftet og videreudviklet som eksistensfilosofi af Heidegger (1889-1976) og senere i en eksistentiel og dialektisk retning af Sartre (1905-1980) og Merleau-Ponty (1908-1961). (Rendtorff 2004 s. 275)

I Danmark har K.L. Løgstrup (1905-1981) haft stor betydning for udbredelsen af fænomenologiens indflydelse indenfor teologi og de humanistiske fag og senere de samfundsvidenskabelige. En anden dansk filosof og teolog, der har arbejdet indenfor fænomenologien, er P. Kemp (1973-). Han har især beskæftiget sig med etik og jura, og han har sammen med forskere fra Center for Etik og Ret formuleret et fænomenologisk grundlag for bioetik og bioetikens retsteoretiske grundlag, kaldet bioretten. (Rendtorff 2004 s. 302-303)

Ifølge Rendtorff (2004 s. 281-282) kan man opstille nogle problemer vedrørende fænomenologiens rækkevidde for forskeren:

- Det kan være umuligt eller meget vanskeligt at opnå viden om, hvordan aktørens selv oplevede handlingen (hvad hensigten var, om det gjorde godt at udføre handlingen etc.) hvis vedkommende ikke længere er til stede eller ikke har skrevet noget etc.
- Aktøren kan være ubevidst om, hvad motivet er for handlingen, eller ikke vil fortælle om det bevidst (med varierende motiver) eller ubevidst.

I Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne siges der om fænomenologisk metode, at den viser sig ”i spændingsfeltet mellem eksistensfilosofi og hermeneutisk fortolkning” (Rendtorff 2004 s. 278).

5.1.2 Hermeneutik

Hermeneutik betyder læren om fortolkning og forståelse af tekster, hvor der ved at stille spørgsmål opnås uddybende viden og forståelse. Forståelse af et fænomen eller handling kommer fra en forforståelse ud fra erfaring, holdninger og viden og den kontekst, som fortolkningen foregår i. I hermeneutikken arbejdes der typisk med kvalitative undersøgelser, som kvalitative interviews og observation. (Højberg 2004)

I forbindelse med et forskningsinterview skal den hermeneutiske tilgang forstås således: *”Forskningsinterviewet er en samtale om den menneskelige livsverden, hvor den mundtlige diskurs er transformeret til tekster, der skal fortolkes. Hermeneutikken er derfor dobbelt relevant for interviewforskningen, for det første fordi den belyser den dialog, der producerer de interviewtekster, der skal fortolkes, og dernæst fordi den afklarar den efterfølgende fortolkning af de producerede interviewtekster, der igen kan opfattes som en dialog eller en samtale med teksten”.* (Kvale 1997 s. 56)

Hermeneutikken har rødder tilbage i det antikke Grækenland og er forbundet med den græske gud Hermes, der bl.a. var gudernes sendebud. Hermes stod for at fortolke gudernes kryptiske, så menneskene kunne forstå dem. (Højberg 2004 s. 311)

I det 20. århundrede udviklede hermeneutikken sig til en filosofisk teori om mennesket som forstående og fortolkende væsen. Ifølge Højberg (2004) udvikler Martin Heidegger

(1889-1976) og Hans Georg Gadamer (1900-2001) den filosofiske hermeneutik, som også kaldes hermeneutisk fænomenologi. Opfattelsen her er, at hermeneutik er forståelse, udlægning og applikation. Forståelse er at forstå noget *som* noget. Dette skal kunne tydes (udlægges og fortolkes) og anvendes i praksis (applikation). (Højberg 2004 ss. 311-312)

5.1.3 Hermeneutisk fænomenologi

Man kan ifølge Rønn (2006) sammensætte de to ovenstående videnskabsteorier til hermeneutisk fænomenologi, som er en filosofisk og videnskabsteoretisk retning fra 1960'erne, der kombinerer et hermeneutisk og et fænomenologisk perspektiv. Det centrale perspektiv for den hermeneutiske fænomenologi er, at der ikke findes et ståsted uden for historien, hvorfra man så at sige forudsætningsløs kan iagttage og beskrive en virkelighed, som man ikke samtidig selv udgør en del af. Teorien bliver hyppigt karakteriseret som en *erfaringshermeneutik* i modsætning til den klassiske *rekonstruktionshermeneutik*. En hvilken som helst iagttagelse foretages af en person, og er dermed personens iagttagelse. Ifølge Rønn (2006) var Heidegger den første til at kombinere hermeneutikken og fænomenologien, og hans tankegang blev kaldt hermeneutisk fænomenologi. Gadamer, der arbejdede i samme retning, brugte for sit arbejde betegnelsen filosofisk hermeneutik. (Rønn 2006)

5.2 Den hermeneutiske cirkel som ontologi

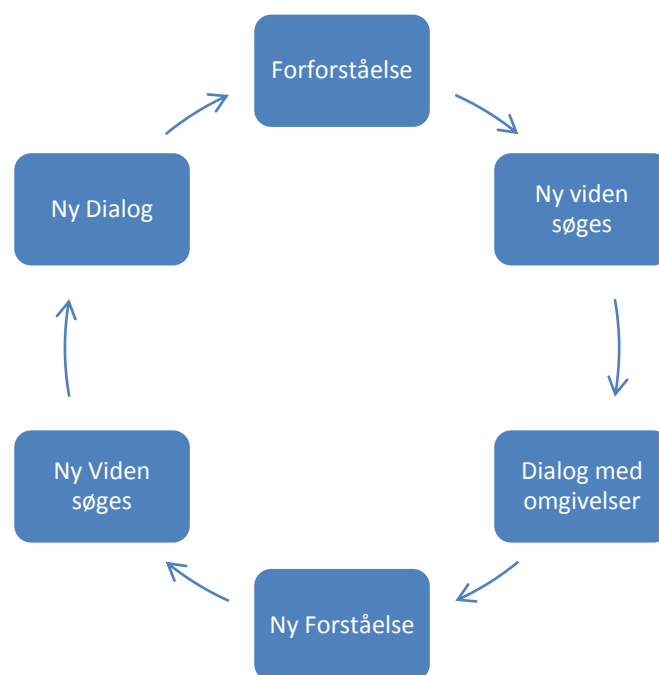
Ontologi defineres af Højberg (2004 s. 29) som *"det, der inden for en videnskabelig tilgang opfattes som genstandsfeltet og tillige måden genstandsfeltet opfattes på"*.

Rønn (2006 s. 112) beskriver, at man i ontologien er optaget af at undersøge, hvad der er det særlige eller det særligt karakteristiske ved det, der 'eksisterer', det der 'er' eller 'er til'.

Hermeneutikken har et meget centralt og væsentligt grundprincip nemlig princippet om den hermeneutiske cirkel, se figur 5. Den hermeneutiske cirkel, betegner den vekselvirkning, der foregår mellem del og helhed. Der arbejdes ud fra en forforståelse i dataindsamlingen. Der søges ny viden, en dialog foregår med omgivelserne og deraf opnås en udvidet forståelse. Derefter søges ny viden, nu ud fra denne udvidede forståelse, ny dialog, og så fremdeles. Processen i den hermeneutiske cirkel er dynamisk og i princippet aldrig afsluttet. (Højberg 2004)

Ifølge Gadamer (jf. Højberg 2004) er den hermeneutiske cirkel ontologisk, hvilket betyder, at når vekselvirkningen mellem del og helhed er en bevægelse, der inkluderer fortolkeren

og genstanden, så tales der ikke længere om en metode for den rette fortolkning, men om en betingelse for den menneskelige erkendelsesproces, eksistens og erfaring. Bevægelsen går ifølge Gadamer (jf. Højberg 2004) både fra fortolkeren til genstanden og omvendt fra genstanden til fortolkeren, hvilke skaber en cirkulær bevægelse, som er meget karakteristisk for hermeneutikken. Det er derfor, man ofte beskriver den hermeneutiske cirkel som en spiral, som netop er kendetegnet ved hverken at have en iagttaget begyndelse eller slutning, men som i princippet er en uendelig og uafsluttet proces. Der er tale om en universalistisk begrundelseskultur, hvor fortolkeren er en aktiv medspiller i meningsdannelsen. (Højberg 2004 s. 320-321)



Figur 5 Den hermeneutiske cirkel (egen tegning).

5.3 Epistemologi

Epistemologi defineres af Fuglsang og Olsen (2004 s. 30) som ”det grundlæggende aksiom for, hvordan genstandsfeltet kan studeres”.

Der har traditionelt været tre hovedtraditioner empiristisk, rationalistisk og transcendental-filosofisk. (Rønn 2006 s. 83)

5.4 Gruppens epistemologiske valg

Som Rønn (2006 s. 110-111) skriver, kan man i forhold til de erkendelsesteoretiske traditioner sige, at en empirisk tradition hævder et principielt udvendigt forhold mellem individ og verden. De to er principielt uafhængige af hinanden, og forholdet mellem dem

er i princippet helt tilfældigt eller vilkårligt. Den rationalistiske tradition kan modsat siges at pege på, at der er et indre forhold mellem verden og individ i den betydning, at verden er og er til udelukkende i kraft af mine erkendelsesmæssige aktiviteter. (Rønn 2006)

Gruppen ser sit epistemologiske ståsted som det transcendentalfilosofiske, hvor man ifølge Rønn (2006 s. 111) kan tale om, at forholdet mellem individ og verden må karakteriseres ved en delvis udvendighed og en delvis identitet. Identiteten vil være til stede i de situationer, hvor ”verdens” beskaffenhed er erhvervet gennem tidligere iagttagelser. Den delvise udvendighed vedrører den omstændighed, at jeg er ubekendt med en række forhold i verden, som dog kan blive mig bekendt gennem aktiv bearbejdning af ydre forhold. (Rønn 2006)

5.5 Metodologi

Inden beskrivelsen af metodologien for projektet, vil vi give en kort opsummering på vores videnskabsteoretiske valg:

1. Vi har valgt den hermeneutiske fænomenologi. Det centrale for dette valg er, at der ikke findes et ståsted uden for historien, hvorfra man så at sige forudsætningsløs kan iagttage og beskrive en virkelighed, som man ikke samtidig selv udgør en del af (Rønn 2006).
2. Med baggrund i valget af den hermeneutiske fænomenologi bliver den hermeneutiske cirkel/spiral vores ontologiske valg. Det betyder, at der arbejdes ud fra en for forståelse i dataindsamlingen og der arbejdes med en vekselvirkning mellem dialog med omgivelserne og tilegnelse af ny forståelse. (Rønn 2006)
3. Vi har valgt den transcendentalfilosofiske epistemologi. Grundantagelsen i denne er, at erkendelse grundlæggende baserer sig på menneskets samspil med sin verden, og at der i samspillet indgår såvel brugen af iagttagelse som brugen af den menneskelige fornuft. (Rønn 2006)

Valget af den hermeneutiske fænomenologi giver os mulighed for at anvende den erfaring, vi har i gruppen. Vi arbejder altså med projektet med en viden og forståelse for, at vi selv har en forhåndsviden fra både vores erfaring, som henholdsvis sygeplejerske og lægesekretær, og at vi som mennesker i det hele taget bringer en ”historie” med os, som vil påvirke vores arbejde med projektet.

Med den hermeneutiske cirkel/spiral som vores ontologiske valg, får vi mulighed for at arbejde i en dynamisk proces, hvor erfaring og vidensindsamling udvikles.

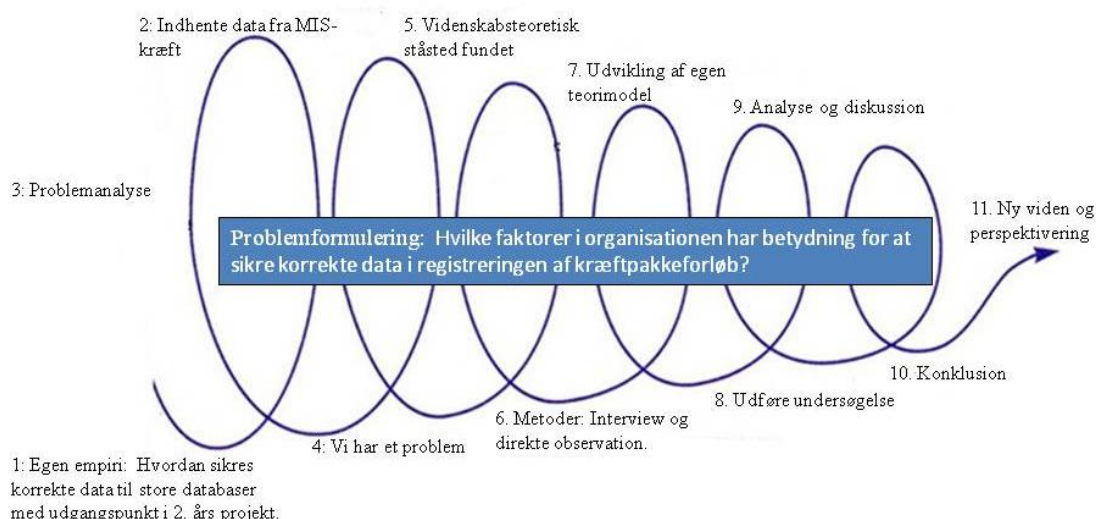
Valget af den transcendentalfilosofiske epistemologi binder enderne sammen, idet vi med dette valg får mulighed for at indgå i et samspil med verden (læs vores undersøgelsesfelt en afdeling på SVS, medarbejdere fra sygehusniveau på SVS samt en repræsentant fra Sundhedsområdet i Region Syddanmark) og i den forbindelse også anvende vores menneskelige fornuft.

Med baggrund i ovenstående valg vil vi beskrive vores metodologi i en hermeneutisk spiral. Via data fra forskellige undersøgelsesmetoder, foretages en triangulering. Triangulering som forskningsmetode betyder, at forskeren inddrager forskellige metoder i et forskningsprojekt med henblik på at øge undersøgelsens validitet. (Bowling, A 2002)

Bowling (2002) angiver, at Webb (1966) har anbefalet triangulering for at øge validiteten af undersøgelser. Desuden nævner Bowling også Denzin (1989), der også anbefaler triangulering, idet han mener, det vil kunne opveje den bias, der kan være i de forskellige forskningsmetoder.

5.5.1 Projektet set i lyset af den hermeneutiske spiral

Vi bruger den hermeneutiske cirkel/spiral, se figur 6, til at lede os igennem vores projekt. Det gøres via indledende analyse og primær indhentning af data fra MIS Kræft, hvilket fører frem til vores problemformulering. For at komme videre i projektet må vi finde frem til vores videnskabsteoretiske ståsted. Herefter er det muligt at vælge, hvilke dataindsamlingsmetoder vi kan anvende for at belyse vores problemformulering. Vi vælger primært det kvalitative forskningsinterview som metode, og for at forstå selve registreringsarbejdsgangen vælger vi sekundært en direkte observation i kontrollerede omgivelser. Gruppen har udviklet egen teorimodel, se figur 7, som både anvendes i forbindelse med udarbejdelse af interviewguides og forberedelse af observation samt til analysen af data fra undersøgelserne. Analyse og diskussion fører frem til gruppens konklusion og perspektivering. Undervejs i cirklen/spiralen er vores problemformulering omdrejningspunktet.



Figur 6 Den hermeneutiske spiral til illustration af projektet (egen tegning)

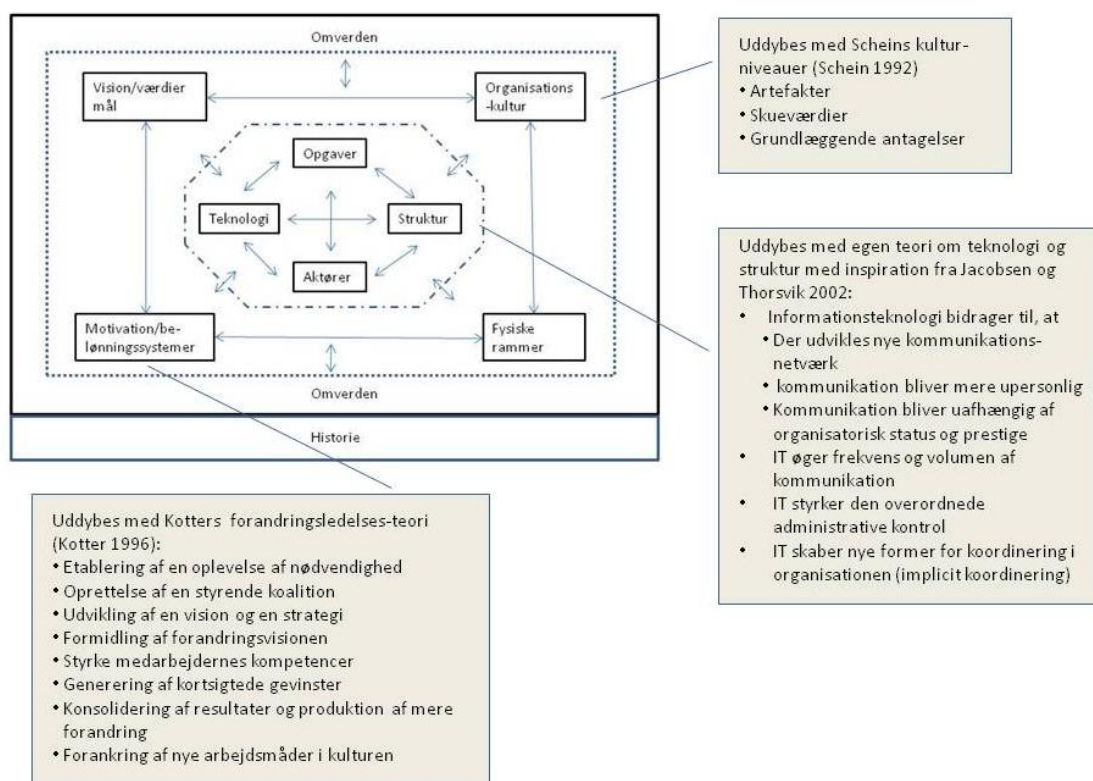
6. Teori

I dette kapitel vil vi gøre rede for gruppens teorimodel og de bagved liggende teorier, som gruppen har valgt at anvende til undersøgelsen omkring kræftpakkemonitoreringen på SVS i Region Syddanmark.

6.1 Gruppens egen teorimodel

Vores teorimodel, se figur 7, tager udgangspunkt i Leavitt-Ry-modellen, som beskrives nærmere nedenfor. Vi har valgt at udvide den oprindelige Leavitt-Ry-model på følgende områder:

- Organisationskultur uddybes med Scheins (1994) kulturniveauer. (Se afsnit 6.1.2)
- Belønningssystemer udvides med motivation og uddybes med Kotters (1996) forandringsledelsesteori. (Se afsnit 6.1.3)
- Struktur uddybes med egen teori om informationsteknologi og struktur, som tager udgangspunkt i Jacobsen og Thorsvik (2002). (Se afsnit 6.1.4)



Figur 7 Gruppens egen figur, som illustrerer projektets teorimodel

6.1.1 Leavitt-Ry-modellen

Leavitts oprindelige organisationsmodel med de fire variable (opgaver, struktur, teknologi og aktører) fra 1962 karakteriserer forskellige teorier om organisationsændringer i en

enkelt model, se figur 8. Leavitt argumenterede for, at man var nødt til at se de forskellige ændringsstrategier/variable i et dynamisk og systemorienteret perspektiv. Han mente altså, at man ikke bare kunne lave strukturændringer; man er også nødt til at se på, hvilke konsekvenser det har for opgaverne, de eventuelle nye krav, det stiller til aktørerne og om det kræver en anderledes teknologi. (Nielsen og Ry 2002)

Leavitt definerede de fire variabler på følgende måde:

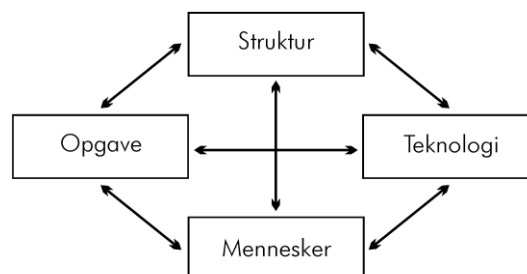
Opgaver: Organisationens eksistensgrundlag i form af produktion af varer og tjenesteydelser.

Aktører: Primært mennesker.

Teknologi: Både maskiner, metoder og programmer. Både hardware og software.

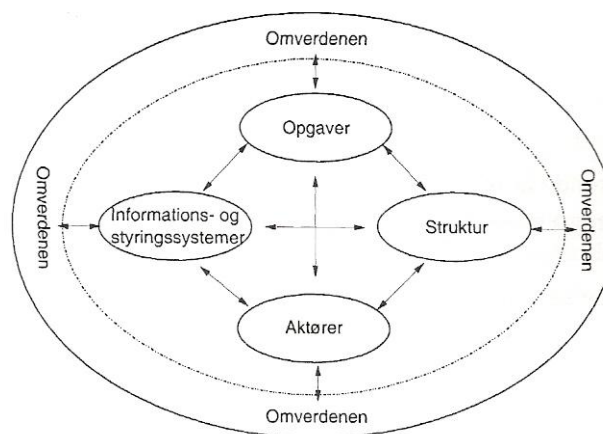
Struktur: Kommunikationssystemer, autoritetssystemer og arbejdsdeling.

Modellen var oprindeligt tænkt brug ved tilrettelæggelse af organisationsændringer. I forlængelse heraf kan man analysere en evt. ubalance mellem de fire variabler.



Figur 8 Leavitts systemmodel (Andersen 2005)

I 1978 tager Leavitt "omverdenen" med i modellen, se figur 9, da graden af afhængighed og kompleksitet er steget betydeligt som følge af bl.a. udvikling i offentlig regulering, globalisering og teknologi. I denne model skifter Leavitt også "teknologi" ud med "informations- og styringssystemer". Leavitt er blevet mere og mere optaget af informationsteknologien som en vigtig drivkraft. (Nielsen og Ry 2002)



Figur 9 Den udvidede Leavitt-model (Nielsen og Ry 2002)

Nielsen og Ry (2006 s. 33-34) argumenterer i deres "Leavitt-Ry-Model", se figur 10, for, at man helst skal have kendskab til andre teorier for at kunne udnytte alle de muligheder, der ligger i de forskellige Leavitt-modellers enkle og forenklede referencerammer. Afhængig af perspektiv kan det enkelte fænomen tolkes ind i flere forskellige variabler, som eksempel nævnes, at et kontors indretning både kan sige noget om de fysiske rammer og samtidig være et artefakt i Scheins kulturforståelse. (Nielsen og Ry 2002)

"Leavitt-Ry-modellen" er udvidet med følgende elementer:

Fysiske rammer – inspireret af Mary Jo Hatch (jf. Nielsen og Ry), som i sin lærebog i organisationsteori arbejder med den fysiske struktur og betragter den som et kernebegreb. Den fysiske struktur består ifølge Hatch af tre komponenter geografi (lokalisering med betydning for kommunikation, rekruttering og transport), layout (bygningens indretning) og design/decor (bygningens udseende udfra/indefra – hvilket billede giver organisationen sig selv i form af udsmykning, møbler, blomster osv.) (Nielsen og Ry 2002)

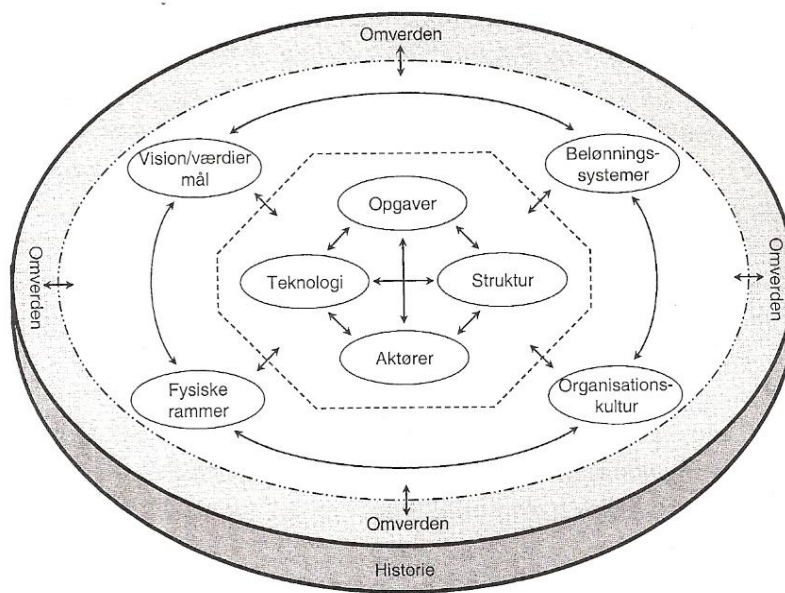
Organisationskultur – inspireret af Scheins (jf. Nielsen og Ry 2002) funktionelle kulturbegreb (gruppens interaktion samt organisationens tilpasning til eksterne omgivelser) samt de tre kulturniveauer. 1) Artefakter. 2) Skueværdi (synlige værdier). 3) Grundlæggende, underliggende antagelser. (Nielsen og Ry 2002)

Belønningssystemer – bl.a. med inspiration i måden, hvorpå man i det offentlige de seneste år har diskuteret "ny løn" samt Jay Galbraiths "stjernemodel" (jf. Nielsen og Ry 2002), som bl.a. indeholder belønningssystemer, som udover løn også drejer sig om

indflydelse, deltagelse i vigtige projekter og møder samt videre- og efteruddannelse. Forfremmelse og karriereplanlægning samt frynsegoder. (Nielsen og Ry 2002)

Vision/værdier/mål – en organisations forestillinger om, hvor den vil hen og hvad den vil være. (Nielsen og Ry 2002)

Historien – ud fra en læringsbetragtning reagerer organisationer ofte ”sporafhængigt”. Deres erfaringer lægger begrænsninger på deres oplevede udfoldelsesmuligheder. Derfor fremstår historien som liggende under de øvrige variable i modellen. (Nielsen og Ry 2002)



Figur 10 Leavitt-Ry-modellen (Nielsen og Ry 2002)

6.1.2 Schein - Organisationskultur

Schein ser ifølge Nielsen og Ry (2002 s. 23) kulturen som havende to formål. For det første at sørge for gruppens integration, og for det andet at sørge for, at organisationen kan tilpasse sig eksterne omgivelser.

Schein (1994 s. 20) definerer en gruppes kultur på følgende måde:

"Et mønster af fælles grundlæggende antagelser, som gruppen lærte sig, mens den løste sine problemer med ekstern tilpasning og intern integration, og som har fungeret godt nok til at blive betragtet som gyldige, og derfor læres videre til nye gruppemedlemmer som den korrekte måde at opfatte, tænke og føle på i relation til disse problemer".

Ifølge Schein (1994) kan kulturen analyseres på forskellige niveauer:

- Artefakter vil være alle de fænomener, der kan ses, høres og føles. De er lette at se men svære at tolke. Risikoen ved at tolke dem til dybeste niveau med grundlæggende antagelser vil være, at tolkningen bliver projektioner af tolkerens egne følelser og opfattelser. (Schein 1994)
- Skueværdier opstår, når en gruppes erfaringer af for eksempel succeser transformeres til en fælles værdi.
 - Kan afprøves, folks adfærd i givne situationer. Kan ses. Håndgribelige udtryk, som kan være svære at fortolke (Schein 1994)
- Grundlæggende antagelser vil være skjulte og er så givne, at der kun findes beskedne variationer inden for en kulturenhed.
 - Disse vedrører ikke mindst virksomheden omgivelser, menneskets natur og menneskelige relationer.
 - Underbevidsthed forudsætninger, der tages for givet. (Schein 1994)

Scheins (1994) forståelse af organisationskulturbegrebet betyder, at det deraf afledte analyseværktøj kan være et redskab til at vurdere forskellige tilstande i organisationen, og hvis der observeres uhensigtsmæssige forhold at planlægge og gennemføre en kulturel påvirkning.

Schein (1994) åbner for erkendelsen af, at der kan eksistere subkulturer i organisationer. Subkulturperspektivet åbner for billedet, at der indenfor organisationen eksisterer en række kulturer. Schein vurderer, at den ledelsesmæssige primæropgave i den sammenhæng vil være at arbejde for integration af kulturerne. Alternativt må den ledelsesmæssige opgave bestå i, hvordan man kan skabe et forhandlings- og konfliktløsningsklima. (Schein 1994)

Dette forekommer at være nærmere den reelle virkelighed. Organisationer vil ofte bestå af flere subkulturer, der gennem forhandlings- og dialogfora kan bidrage til at holde organisationen levende, lærende og adaptiv. Naturligvis vil meget forskellige opfattelser af en eller flere af elementerne vedrørende tilpasning til de eksterne omgivelser, kunne forhindre organisationen i at fungere effektivt. (Schein 1994)

Eriksen og Ulrichsen (1991 s. 67) har i ”De tre kulturer i hospitalssektoren” studeret tre subkulturer i hospitalssektoren. Deres analyse viser forskelle, som kan resultere i samarbejdsvanskeligheder, men de har også fundet væsentlige kulturligheder, som bl.a.

kan være med til at forklare og stabilisere de tre søjlers indbyrdes relationer. Vigtige ligheder ser forfatterne, som at den menneskelige natur er god/neutral, at den har forandringspotentiale, at mennesket ses for at være aktivt og det kan motiveres, hvilket er et godt udgangspunkt, hvis man ønsker at implementere kulturændringer.

Kulturen er en dynamisk og levende faktor. Mangfoldigheden af subkulturer må samtidig være i en balance for ikke at ende med at fragmentere organisationen. (Schein 1994)

Forståelsen af organisationskulturvariablen bliver, at kultur ikke kan programmeres eller planlægges ændret i gængs forstand. Der er tale om komplicerede forhold, der er så grundfæstede, at det kræver lange forløb. Kultur kan ikke identificeres som en lukket enhed i en organisation. Kultur må forstås som en sammenhæng, hvori meningsproduktion og fortolkning i organisationen sker. (Schein 1994)

6.1.3 Kotters forandringsledelsesteori

Forandringsledelse er et værktøj til at udvikle mennesker, kultur og organisation, så man kan implementere teknologi, der giver organisationen fordele.

Ifølge Kotter kuldsejler for mange projekter på grund af en række hyppige fejltagelser, som går igen mange steder. Store forandringsprojekter er ikke nemme, og derfor skal der arbejdes bevidst og metodisk med organisationen, når den skal omstilles til en forandring. Kotter identificerer 8 fejltagelser og introducerer derfor en 8-trinsmodel for forandringsledelse. Han understreger vigtigheden af at gennemgå alle otte trin for at etablere et grundlag, der er solidt nok og for at få forandringerne til at holde. (Kotter 1996)

De 8 trin er:

1. **Etablering af en oplevelse af nødvendighed.** Alle der skal ændre noget må have en klar følelse af, at de er nødt til at forandre sig. Det kan fx ske ved fremkaldelse af en krise i organisationen eller ved at sætte organisationens mål så højt, at det ikke kan lade sig gøre at opfylde dem, hvis man blot gør, som man plejer at gøre.
2. **Oprettelse af en styrende koalition.** Der skal samles en gruppe af interesserede, men også med tilstrækkelig magt til at lede til forandring i organisationen.
3. **Udvikling af en vision og en strategi.** Det er vigtigt at få klargjort, hvorfor der skal gøres noget og formulere det retningsgivende. Herudfra kan strategier til realiseringen af visionen så udvikles.
4. **Formidling af forandringsvisionen.** Enhver lejlighed skal bruges til at formidle visionen og strategien. Den styrende koalition og ledelsen skal være rollemodeller.

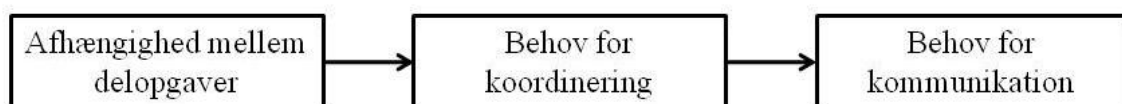
5. **Skabe grundlag for handling på bred basis.** Målet er at fjerne modstand mod forandringen, og forandre systemer og modeller, der går imod visionen.
6. **Generering af kortsigtede gevinster.** Det er et meget vigtigt element i processen, og skal inkorporeres i handlingsplanen for strategien. I tilknytning hertil kommer også belønning af medarbejdere, der er involveret i forbedringer.
7. **Konsolidering af resultater og produktion af mere forandringer.** I denne fase skal der bygges på den opbyggede troværdighed til yderligere forandring i systemer og strukturer, der ikke tjener visionen. Det er også vigtigt at få ansat de rigtige medarbejdere, der kan implementere visionen/strategien til succes.
8. **Forankring af nye arbejdsmåder i kulturen.** Her handler det om at få udviklet ledelsesredskaber til at sikre videreførelse af forandringen, og se det nye som led i organisationens succes. (Kotter 1997)

Selv om Kotters eksempler udelukkende kommer fra private virksomheder og for de flestes vedkommende amerikanske firmaer, kan grundtankerne sagtens overføres til en offentlig dansk virksomhed som et offentligt hospital. Kotter taler om selvtilfredshed som en af de vigtigste forhindringer for forandring. (Kotter 1996)

Kotter understreger, at det er svært for moderne ledere, der er vant til at have alt under kontrol, at skabe grundlaget for 'oplevelsen af nødvendighed'. (Kotter 1996)

6.1.4 Struktur og informationsteknologi

Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2002) påvirker afhængigheden mellem opgaverne i en organisation behovet for koordinering og kommunikation. Jo stærkere behovet for koordinering er, jo større bliver også behovet for kommunikation. Dette illustreres i nedenstående, figur 11.



Figur 11 Sammenhæng mellem afhængighed mellem delopgaver, behov for koordinering og kommunikation i organisationer (Jacobsen og Thorsvik 2002)

Vi har i gruppens teori valgt at opstille fire punkter (med inspiration fra Jacobsen og Thorsvik 2002 s. 98-101) til beskrivelse informationsteknologiens påvirkning af kommunikationen i en organisation:

Informationsteknologi bidrager til, at:

- Der udvikles nye kommunikationsnetværk
 - Kommunikation bliver mere upersonlig
 - Kommunikation bliver uafhængig af organisatorisk status og prestige
- Informationsteknologi øver frekvens og volumen af kommunikation
- Informationsteknologi styrker den overordnede administrative kontrol
- Informationsteknologi skaber nye former for koordinering i organisationen (implicit koordinering)

Det er uklart, hvilken effekt informationsteknologien har på strukturen i organisationer, men der er tegn på, at der med udviklingen af teknologien vil blive større teknologiske muligheder for at ombryde de klassiske bureaukratiske strukturer (Jacobsen og Thorsvik 2002).

7. Metode

I dette kapitel vil vi gøre rede for de metoder, vi har valgt at anvende ved undersøgelsen i Region Syddanmark. I undersøgelsen foretager vi en triangulering af data som beskrevet i vores metodologi (afsnit 5.5). Data vil bestå af interviews og observation.

7.1 Undersøgelse i Region Syddanmark

Undersøgelsen omfatter interviews på flere niveauer i Region Syddanmark. Vi har valgt de niveauer, som er centrale for kræftpakkemonitoreringen.

Først har vi foretaget et interview med en repræsentant for Sundhedsområdet i regionen. Dernæst har vi foretaget interviews på SVS:

- Interview med registreringsansvarlig og forløbskoordinator
- Interview med repræsentanter på sygehusniveau fra IT-afdelingen og Planlægningsafdelingen
- Interview med ledende overlæge
- Mini-interview med sekretærer på Kirurgisk Afdeling på SVS

Disse interviews udføres efter Kvaless (1997) interviewmetode som semistrukturerede interviews. Interviewene analyseres efterfølgende med udgangspunkt i gruppens egen teorimodel, se figur 7.

Vi har desuden valgt at udføre en direkte observation i kontrolleret miljø for at gennemgå arbejdsgangen vedrørende registrering af data til kræftpakkemonitoreringen. Den registreringsansvarlige, agerede bruger for vores observation. Den direkte observation udføres med inspiration fra Sharp et al (2006).

7.2 Undersøgelsesmetode for interview

Vi har valgt at anvende det kvalitative forskningsinterview som en af vores undersøgelsesmetoder. Nedenfor vil vi gennemgå det teoretiske grundlag for det kvalitative forskningsinterview med udgangspunkt i Kvale (1997) og Riis (2005).

7.2.1 Teori om det kvalitative forskningsinterview

Riis (2005 s. 99) skriver om forskningsinterviewet, at det er en konstrueret situation, hvor interviewer sigter mod at fremdrage parternes viden, opfattelse, mening eller vurdering om et emne. For interviewer er partneren en 'informant', der besidder relevante oplysninger, som forskeren gerne vil have indsigt i.

Kvale (1997) fremsætter 2 metaforer for interview som forskning:

1. *Minearbejder-metaforen*, hvor viden forstås som skjult metal, som interviewerens graver op. Interviewforskeren skræller overfladen af de bevidste oplevelser og de dyrebare kendsgerninger og betydninger renses ved, at de transskriberes fra mundtlig til skriftlig form. De objektive kendsgerninger og de essentielle betydninger fremdrages analytisk ved hjælp af forskellige teknikker og får derved deres endelige form. Tilslut bestemmes slutproduktets værdi ved at det korreleres med en objektiv, ydre, virkelig verden eller med en verden af subjektive, indre, autentiske oplevelser. Denne metafor kan siges at afbilde en i moderne samfundsvidenskab almindelig opfattelse af viden som ”givet”. (Kvale 1997 s. 17)
2. *Rejsende-metaforen*, hvor interviewerens som en rejsende fortæller. Intervieweren falder i samtale med de mennesker, han møder, hvilket fører til, at han har en historie at fortælle, når han vender hjem. Det, den rejsende ser og hører, beskrives kvalitativt og rekonstrueres som historier. Rejsen bliver et billede på erkendelse, den vil ikke alene kunne føre til ny viden; det kan også ske, at den rejsende forandrer sig. Denne metafor refererer til en postmoderne, konstruktiv forståelse. (Kvale 1997 s. 18)

Samtalen i et forskningsinterview er ikke en gensidig interaktion mellem to ligeværdige partnere. Intervieweren definerer situationen, indfører samtaleemner og styrer forløbet ved hjælp af yderligere spørgsmål. (Kvale 1997)

En speciel type inden for det kvalitative forskningsinterview er et ekspertinterview. Ved et ekspertinterview skal interviewerens forberede sig grundigt, således man kan stille velbegrundede spørgsmål. Det er hensigtsmæssigt at opbygge en spørgeguide, som fokuserer på emnet, men man kan også fravige guiden, hvis ekspertens mener, at spørgsmålene er uhensigtsmæssigt formuleret. (Riis 2006 s. 108-109)

5 metoder til interviewanalyse:

Analysemetode afgøres ud fra undersøgelsens formål og størrelse.

Kvale (1997) beskriver fem analysemetoder:

- Meningskondensering – de interviewedes udtrykte meninger trækkes sammen til kortere formuleringer. Meningskondenseringen medfører således at lange interviewtekster reduceres til kortere, mere koncise formuleringer.

- Meningskategorisering – indebærer, at interviewet kodes i kategorier. Kategorisering vil således kunne reducere og strukturere en omfattende tekst til nogle få tabeller og figurer.
- Narrativ strukturering – indebærer at det er tekstens tidslige og sociale historier, der får meningen frem. Denne metode fokuserer på de historier, der fortælles under interviewet.
- Meningsfortolkning – går videre end en strukturering af tekstens manifesterede betydninger til dybere og mere eller mindre spekulative interpretationer af teksten.
- Ad hoc – er en eklektisk metode. Der kan bruges en række common sense-tilgange til interviewteksten såvel som avancerede tekst- eller kvantitative metoder til at få betydningerne frem i forskellige dele af materialet.

(Kvale 1997 s. 191-192)

7.2.2 Gruppens metodevalg for interview

Vi har i projektet valgt at arbejde med interviewmetoden på følgende måde:

Vi foretager to af interviewene på traditionel vis med én informant. I to andre interviews deltager to eksperter med forskellige funktioner i organisationen omkring kræftpakkeregistreringen som informanter. Vi har på forhånd via mail informeret alle informanter om temaerne for interviewet.

Ved at foretage interview med to informanter samtidig har gruppen udvidet den traditionelle interviewmetode. Denne interviewmetode kan på nogle områder komme til at ligne et fokusgruppeinterview, hvor der dog oftest deltager 8-10 personer. I fokusgruppeinterviewet forholder deltagerne sig til hinandens oplysninger, holdninger og synspunkter. Metoden stimulerer interaktionen i gruppen til mere nuancerede og dybdegående udsagn end ved traditionelle interviews. (Andersen 2005)

I forbindelse med interviewene med deltagelse af to personer, har vi bl.a. oplevet, at informanterne dels har uddybet hinandens udtalelser, men også at de på nogle områder har korigeret hinanden. Det har også været helt tydeligt, at der ved hvert interview har deltaget informanter med forskellige kompetenceområder, hvilket gjorde at begge informanter ikke altid havde input til alle de stillede spørgsmål.

Vi arbejder ud fra Kvalets (1997 s. 17) minearbejder-metafor, hvilket vi forstår, som at vi møder vores informanter forberedt – vi ved altså, hvilke temaer vi ønsker belyst i

interviewet. Herved graves "*det skjulte metal*" op. Undervejs i interviewet spørger vi yderligere ind til centrale problemstillinger, og derved "*skræller*" vi overfladen af de bevidste oplevelser. Umiddelbart efter interviewet transskriberes fra mundtlig til skriftlig form. Via meningskondensering fremdrages de objektive kendsgerninger og essentielle betydninger.

Kvale (1997) skriver, at formålet med forskningsinterviewet er at indhente oplysninger fra den interviewedes livsverden. Da vi har valgt at foretage ekspertinterviews i Region Syddanmark/SVS, indsnævrer vi den interviewedes livsverden til at omhandle "arbejdslivet" i Region Syddanmark/SVS. Ved hjælp af vores interviewguides (se bilag 2-5) indsnævrer vi yderligere temaerne til at indeholde spørgsmål, som har kræftpakkemonitoreringen som omdrejningspunkt

Da der er tale om ekspertinterviews, vælger vi at være åbne omkring formålet med interviewene. Interviewene er eksplorerende inden for de formulerede emner i interviewguiden. Vi vælger at indhente nuancerede beskrivelser fra informanterne, og er ikke fortolkende under interviewet.

Efter aftale med informanterne vælger vi at optage hele interviewet som lydfil. Umiddelbart efter interviewet (samme dag) transskriberer vi lydfilen til tekst. Vi vælger, at begge medlemmer af gruppen deltager både i interviews samt transskribering.

Som analysemetode vælger vi at anvende både meningskondensering og –kategorisering (Kvale 1997) i en arbejdsgang (se bilag 6-9). Ved hjælp af denne analysemetode, kan vi trække de interviewedes udtrykte meninger sammen til kortere formuleringer og i forbindelse hermed kategorisere efter de forskellige variable i gruppens teorimodel.

7.2.3 Direkte observation i kontrollerede omgivelser

Gruppen har valgt at udføre en observation af registreringsarbejdsgangene i forbindelse med registrering af data til kræftpakkemonitoreringen. Observationen foregår efter principper fra Interaction Design af Sharp et al (2007).

Sammen med brugeren, som i dette tilfælde også er én af vores informanter fra interviewdelen (den registreringsansvarlige), havde vi aftalt hvilke systemer, vi skulle se. Det drejer sig om de to systemer, som bruges i forbindelse med registreringen af kræftpakker: Sygeplejelog og PAS-system.

Efter aftale og nærmere instruktion af brugeren foregik observationen efter ”tænke-højt-metoden”, med hvilken det er meningen, at brugeren skal sige alle de ting, som denne tænker, prøver at gøre og gør, højt i forbindelse med observationssessionen. Direkte observation i kontrollerede omgivelser betyder, at der i modsætning til i naturlige omgivelser lægges mere vægt på detaljer, og mindre på omgivelserne. (Sharp et al 2007). Vi valgte, efter aftale med brugeren, at optage en lydfil med hele observationsseancen.

Interview i tilknytning til observationsstudie

Kristiansen og Krogstrup (1999) påviser, at interview i tilknytning til observation kan tilføre ekstra dimensioner. Der er her tale om strukturerede, eller semi-strukturerede interview, hvor de omtaler Kvale, men også henviser til det etnografiske interview udviklet af Spradley i 1979. Derudover tales der om uformelle interview eller samtaler i tilknytning til observationsstudier. (Kristiansen og Krogstrup 1999)

Vi valgte i tilknytning til det direkte observationsstudie at foretage et samtidigt mini-interview med den registreringsansvarlige, for at få uddybet områder af arbejdsgangen.

Umiddelbart efter observationen, foretog vi et uplanlagt mini-interview med 4 sekretærer på et nærliggende sekretærkontor. Dette interview blev foreslået af den registreringsansvarlige, idet hun ikke følte sig i stand til at besvare alle de stillede spørgsmål.

7.3 Undersøgelsesdesign

7.3.1 Adgang til feltet – tilladelse

Efter valget af Region Syddanmark som vores undersøgelsesområde, kontaktede vi en repræsentant for Sundhedsområdet i Region Syddanmark, som vi kendte perifert (fra et ”tilfældigt” møde på en sundhedsfaglig konference) i forvejen. Vi fik en aftale om et interview med denne informant, og hun gav os navn og mailadresse på en kontaktperson fra hvert af hospitalerne i regionen. Vi sendte mail til hver af disse kontaktpersoner angående deltagelse i vores undersøgelse. Kontaktpersonen fra SVS svarede prompte, og havde indhentet accept fra en afdeling til medvirken i vores projekt. I mailkorrespondance med kontaktpersonen fik vi aftale om følgende interviews:

- Interview med registreringsansvarlig og forløbskoordinator.
- Interview med repræsentanter på sygehusniveau fra IT-afdelingen og Planlægningsafdelingen

- Interview med ledende overlæge.

Desuden fik vi aftale om at lave et observationsstudie med den registreringsansvarlige sekretær i forhold til arbejdsgangen omkring registrering af kræftpakker.

7.3.2 Udarbejdelse af interviewguide

Med udgangspunkt i gruppens teori-model udarbejdede vi interviewguides (bilag 2-5) til hvert interview. Nedenfor vises et par eksempler:

Eksempel fra interviewguide til registreringsansvarlig og forløbskoordinator, som vedrører området ”motivation og belønningssystemer”:

1. Giver ledelsen tilbagemelding på, hvordan jeres data bliver brugt, og bruges det som motivation i forhold til personalet.
 - i. Gives der fx tillæg til registreringsansvarlige sekretærer/læger?
 - ii. Har I mulighed for at komme med ønsker til registreringssystemet?
 - iii. Kan I komme med ønsker til ”nye koder”, I ønsker at registrere?

Eksempel fra interviewguide til afdelingsledelsen, som vedrører området ”teknologi og struktur”:

1. Hvordan informeres ledelsen om nye tiltag som fx kræftpakkeregistreringen (regionalt/nationalt)?
 - a. Hvordan giver I denne information videre til medarbejderne?
2. Hvor ofte ser du/I udtræk fra SydLIS vedr. kræftpakkeregistreringen? Sendes disse ud til medarbejderne, på hvilken måde.

Interviewguiden blev som hovedregel fulgt igennem de enkelte interviews, dog blev der flere gange sprunget rundt imellem punkterne, når informanterne selv kom ind på områder, som var dækket af guiden. Undervejs i interviewene blev der fulgt op med afklarende spørgsmål.

7.3.3 Indramning af undersøgelsen

Interviewsessionerne foregik på forskellige lokalisationer, dels i Regionshuset i Vejle, hvor vi foretog interview med repræsentanten for Sundhedsområdet i Regionen. Til interviewet havde informanten lånt et kontor, således at interviewet kunne foregå i rolige omgivelser.

De forskellige interviews på SVS foregik i forskellige lokaler; dels i to mødelokaler og dels på den ledende overlæges kontor.

Til alle interviews startede vi med en ”briefing” (Kvale 1997 s. 132), hvor vi kort fortalte om formålet med interviewet, uddannelsen og vores egen baggrund. Desuden spurgte vi, om det var i orden at lave en lydoptagelse af interviewet.

Umiddelbart efter interviewene sluttede vi af med en ”debriefing” (Kvale 1997 s.132), hvor vi bl.a. informerede om, at vi efter udarbejdelse af projektet ville fremsende et eksemplar.

Den direkte observation var planlagt til at foregå i et separat lokale, for at opfylde kravet om ”kontrollerede omgivelser”. Af tekniske årsager, var det ikke muligt og det kom istedet til at foregå ved informantens arbejdsplads i et fælles sekretærkontor. Der var således uro og afbrydelser undervejs i observationen.

Det blev ved slutningen af observationsstudiet aftalt, at vi kunne få mulighed for at foretage et mindre ustruktureret interview på et tilstødende sekretærkontor.

Der er efterfølgende indhentet samtykkeerklæring fra hver enkelt informant til at måtte anvende og eventuelt offentliggøre udtalelser i projektet.

7.3.4 Analysemetode for interviewene og observation

Vi valgte at transskribere lydfilerne fra interviewene og observationen samme dag, som disse blev foretaget. Det gav os mulighed for at diskutere udtalelserne, mens vi stadig kunne ”se informantens” kropssprog for os. Idet vi som interviewere og observatører både registrerer og fortolker, hvad der siges, hvordan det siges samt observerer kropssprog. (Kvale 1997 s. 42)

Det transskriberede materiale har vi efterfølgende valgt at analysere ved hjælp af meningskondensering og –kategorisering i en arbejdsgang. I meningskondenseringen trækkes informantens udtalelser sammen til kortere mere koncise formuleringer, og disse kategoriseres efterfølgende efter variableerne i gruppens teorimode (se bilag 6-10).

Eksempler på meningskondensering:

- Så skal vi til at ringe ud til dem og lave den praktiserende læges arbejde og det er tungt.
- Det er at få patienterne hurtigt igennem. At give patienterne en hurtig adgang til at blive behandlet for deres kræft. Det er faktisk det formål vi har med det.

De meningskondenserede data er efterfølgende blevet brugt i den videre analyse og diskussion af interviewene og observationen. I analyse og diskussion er disse data blevet analyseret i forhold til variablerne i gruppens egen teorimodel.

8. Analyse

Dette kapitel indeholder for hvert variabel i vores teorimodel en præsentation af data fra interviews og observation og derefter en diskussion af samme.

8.1 Præsentation af data vedrørende historie

Repræsentant for sundhedsområdet på regionsniveau

Det startede med lungepakken i Vejle, og *"det er det, de har profileret sig rigtig meget på"*.

I forbindelse med opstarten af monitoreringen af kræftpakker, indkaldtes "kvalitetsdatagruppen" - den er nu blevet omdøbt til monitoreringsgruppen. Hvor vi arbejder decideret med monitoreringen af kræftpakker".

Repræsentanter for IT-afdeling og Planlægningsafdeling på sygehusniveau

Informanterne har ikke kendskab til, at Vejle var først med pakkeforløb. De oplever historien anderledes, idet det er deres opfattelse, at *"SVS startede med brystkræft lang tid før Vejle. Jeg ved godt, at den historie flourer, at det er Vejle, der har været først ude med det her. Det er fordi, Vejle er rigtig gode til at profilere sig, men pakkeforløb inden for brystkræft, det startede her. Derfor har man kendt til det her i rigtig mange år her. Så har man været rigtig god til det inden for et område, og det har haft en afsmittende virkning til de andre områder"*.

Registreringsansvarlig og forløbskoordinator

Informanterne fortæller, at kræftpakkerne startede med et informationsmøde i direktionen, et par måneder efter at det var startet i 2007 med kolorektal-pakken. De var ikke forberedt i forvejen, og forløbskoordinatoren siger: *"Jeg blev pludselig kaldt til et møde, at nu var den kræftpakke startet og jeg var blevet forløbsansvarlig.... og så var det bare med at sætte sig ind i, hvad er kræftpakker overhovedet, jeg vidste det ikke."* Da der var gået et par måneder inden informationsmødet, blev de nødt til at efterregistrere de første kræftpakker.

Den registreringsansvarlige blev inviteret til nogle møder i regionen vedrørende registreringen og baggrunden for den. Den forløbsansvarlige siger, at hun ikke blev inviteret med til disse møder.

8.1.1 Diskussion af data vedrørende historie

Regionsrepræsentantens udtalelser om etableringen af en monitoreringsgruppe på basis af en arbejdsgruppe, der havde arbejdet med kvalitetsdata i regionen, viser at der har været en tidlig prioritering af i regionen af monitorering af kræftpakkeforløb.

Gruppen ser, at historien inden for Regionen ikke er en samlende faktor. Det kan først og fremmest skyldes, at regionsdannelsen er forholdsvis ny, men det kan også have baggrund i, at vores interviewpersoner på regions- og sygehusniveau ikke har været i deres nuværende stillinger særlig længe. I øvrigt har de forskellige opfattelser af, hvad historien egentlig er. F.eks. stilles der spørgsmålstejn ved Vejles position, som værende pionerer i forhold til kræftpakker, og det påpeges at SVS var først med pakkeforløb til mammacancer. Informanterne siger dog, at sygehuset ikke har profileret sig på samme måde som Vejle.

For forløbskoordinatoren og den registreringsansvarlige var opstarten på registrering af kræftpakker ustruktureret, idet det ikke var forberedt og data måtte efterregistreres. Undervisning og informationsmøder kom senere.

8.2 Præsentation af data vedrørende omverden

Repræsentant for sundhedsområdet på regionsniveau

Det startede med, at regionen modtog en 7 punkts plan fra Danske Regioner, hvor kravet var, at patienter fra henholdsvis lunge og hoved/hals-kræftpakker skulle indkaldes inden for 48 timer. *"Det var en udfordring."* Informanterne fortæller, at de har et godt samarbejde med Sundhedsstyrelsen, *"dog er det et problem, at vi ikke har kunnet få data siden december 2009"* (I forbindelse med omlægningen af LPR, har det ikke kunnet sende data til bl.a. Regionerne, red.).

Regionen gik ind i arbejdet med Sundhedsstyrelsen om etablering af et monitoreringssystem til kræftpakkerne. *"Men vi kunne ikke vente på MIS Kræft, for vi har her i regionen en ledelse, der sådan meget siger, det skal vi have noget på, så vi var bare nødt til at levere fra starten af og finde ud af at levere nogle data."*

"Jeg mener, det er MIS Kræft der har fejlbedømt, hvad de tager med. De går ind og tager for meget med. De går ind og kigger på cancerindberetningen også til cancerregistret, hvor de går ind og tager de der koder med." "Den har vi ikke med, men det er med vilje."

Informanten udtaler, at Sundhedsstyrelsen har stor forståelse for at Region Syddanmark bibeholder koden for afkræftet mistanke, selvom den udgår som obligatorisk kode pga. afbureaukratiseringsprojektet.

Informanten fortæller, at regionen hovedsageligt samarbejder med Region Midt, det handler mest om at gå sammen om pakkeforløb inden for hjerteområdet og monitoreringen af dem, og *"vi har tidligere haft samarbejde med Region Nord, men jeg ved ikke, om de er stået lidt af på opgaven med at monitorere selv."*

"Task Force for kræftområdet bad os sidste år om at komme og fortælle om vores monitorering." Alle regioner var repræsenteret med flere personer, i alt 20-30 stk. *"Så vi har øst ud af det, vi ved, og det vi har arbejdet med, men det er ligesom, det er lidt svært, fordi vi hele tiden bliver fremhævet som duksene i det her. Og det kan godt være svært at acceptere rundt omkring, kan jeg mærke."*

Sundhedsstyrelsen har sendt tal trukket fra MIS Kræft direkte til den regionale monitoreringsgruppe, som medførte en heftig dialog. *"Tallene passede ikke rigtigt med vores, og det har jeg skrevet lidt frem og tilbage med dem (Sundhedsstyrelsen, red.) om, men det er fordi, vi ikke er helt enige om, hvilke kriterier der skal lægge til grund for det her, for at gøre det så godt som muligt."*

Repræsentanter for IT-afdeling og Planlægningsafdeling på sygehusniveau

Begge informanter sidder med i den regionale monitoreringsgruppe, hvorfra de får en masse information både ved møder og materiale, der bliver sendt ud.

"Der har også på et eller andet tidspunkt været det landsdækkende MIS Kræft, som nu er afgået ved døden for ikke så lang tid siden." *"Man kunne ikke stole på data. Det lavede nogle lister, som var intetsigende."*

"De sorterede alt for mange patienter fra, så data passede slet ikke med vores egen monitorering. Vi kom aldrig til at bruge det, det var ikke værd at spille tid på."

Informanterne føler, at regionen er lydhør, når SVS kommer med forslag til forbedringer/ændringer af systemet, *"men det sker bare ikke så hurtigt"*.

Ledende overlæge

"Vi føler ikke, at vi har et særlig godt samarbejde omkring registrering" (med Regionen, red.). Det drejer sig om patienter, som selv vælger at *"springe ud af pakken"* (for en

kortere eller længere periode, hvor der registreres at patienten er ”ikke ventende efter eget ønske”), men som det ikke er muligt at fratrække i SydLIS, og det bevirker, at *”det giver os dårlige tal”*.

Et andet problem er, når der kommer en henvisning fra en praktiserende læge, og han ikke har henvist specifikt til et kræftpakkeforløb. Den visiterende læge kan ud af henvisningen læse, at det lyder farligt. *”Vi vælger derfor at ”putte patienten i pakken”, men mister nogle gange op til to dage, fordi forarbejdet hos den praktiserende læge ikke er gjort.”*

”Der er kontakt mellem afdelingen og en praksiskoordinator, men vi kunne godt bruge ham noget bedre.”

Regionen har et fælles samarbejdsværktøj, som hedder VisInfo syd. Det er en hjemmeside med bl.a. information til de praktiserende læger fx angående visitationskriterier til kræftpakker. *”Men det er mit klare indtryk, at de ikke bruger den.”*

Registreringsansvarlig og forløbskoordinator

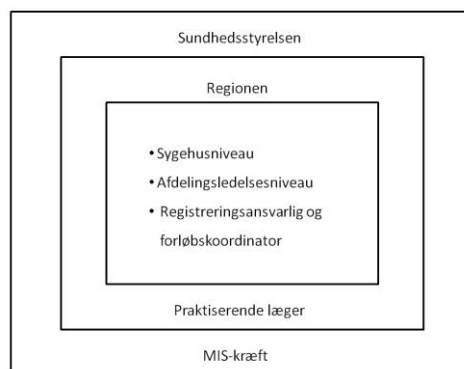
”Vi har store problemer med at praksis ikke har orienteret sig omkring kræftpakkerne og ikke går ind og læser på VIS-info”

”Jeg har kontakt med nogle praksis-konsulenter, og vi har holdt et kræftpakke-møde, hvor der mødte 5 eller 7 af hele regionens praktiserende læger op, og det har nok været dem, der har kendt til kræftpakker i forvejen. Det tror jeg faktisk ikke, vi fik noget ud af. Der er en udfordring der.”

Regionen sender forkerte rapporter ud, der viser dårligere tal end virkeligheden er, *”jeg kan ikke forstå, at de vil være det bekendt”*. Det drejer sig om, at de urologiske patienter visiteret til kræftpakker, må vente op til 5 hverdage i modsætning til andre pakkeforløb, som må vente i 3 hverdage. Regionens rapporter bruger 3 hverdage for alle kræftformer i monitoreringen.

8.2.1 Diskussion af data vedrørende omverdenen

Informanterne ser omverdenen som forskellige instanser, alt efter hvor i organisationen de befinder sig. Nedenstående figur illustrerer, ”hvem” informanterne ser som omverden. Figuren skal læses indefra og udefter.



Figur 12 Gruppens egen figur, som illustrerer omverdenen.

Vi ser, at informanten på regionsniveau ser Sundhedsstyrelsen, MIS Kræft og de øvrige regioner som omverden. Det er interessant, at informanten på regionsniveau personificerer MIS Kræft. Det eksemplificeres bl.a. gennem følgende udtalelse: ”... *det er MIS Kræft, der har fejlbedømt, hvad de tager med.*” Det er ikke klart, hvem ”de” er, idet informanten også fortæller, at regionen på et tidligere tidspunkt har deltaget i en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen til etablering af den nationale kræftpakkemonitorering. Men forklaringen ligger måske i, at MIS Kræft er blevet opfattet som ”*en Region Hovedstaden ting*”.

Informanterne fra sygehusniveau, ser regionen som omverden. Men det skinner igennem, at de har et tæt samarbejde bl.a. via forskellige arbejdsgrupper, og at de oplever, at regionen ikke er langt væk.

Den ledende overlæge, den registreringsansvarlige og forløbskoordinatoren forholder sig til den samme omverden, nemlig regionen og de praktiserende læger. På afdelingsniveau er omverdenen relateret til to områder:

- De praktiserende læger, hvor informanterne på afdelingsniveau ønsker sig et bedre samarbejde omkring visitering til kræftpakker. Der har været tiltag i retning af åbne møder for praktiserende læger og løbende kontakt med praksiskoordinatorer.

- Regionen, hvor informanterne udtrykker frustration over, at rapporterne ikke reflekterer deres resultater. En informant udtrykker bl.a.: *"... og så sender regionen forkerte rapporter ud. Der viser dårligere tal end virkeligheden er. Jeg kan ikke forstå, at de vil være det bekendt."* På afdelingsniveau får vi fornemmelsen af, at Regionen er langt væk. En informant siger: *"Vi har egentlig ikke hørt noget fra Vejle i 1½ år"*.

8.3 Præsentation af data vedrørende visioner, værdier og mål

Repræsentant for sundhedsområdet på regionsniveau

Vores informant udtaler, at det overordnede formål med kræftpakkemonitoreringen er at få patienterne hurtigt igennem. Hun siger fx: *"At give patienterne en hurtig adgang til at blive behandlet for deres kræft"*.

Repræsentanter for IT-afdeling og Planlægningsafdeling på sygehusniveau

En af informanterne giver udtryk for, at kræftpakkemonitoreringen ikke figurerer i hverken den nuværende eller den kommende strategi (2011-2013) for SVS. Hun siger desuden: *"Det er i hvert tilfælde ikke højt prioriteret, strategi/visionsmæssigt"* på sygehusniveau. *"Det betyder ikke, at det ikke har fokus, det kommer bare ind fra en anden kant"*. SVS laver kontrakter med afdelingerne, hvor kræftpakkemonitoreringen mere specifik kan indgå.

Den ene af informanterne svarer følgende på spørgsmålet om, hvorvidt han mener, at kræftpakkeregistreringen medvirker til, at patienterne får en bedre behandling: *"... de kommer hurtigere igennem, end man generelt gjorde tidligere."*

Ledende overlæge

Vores informant siger, at kræftpakkemonitoreringen indgår på flere forskellige planer i afdelingens visioner og strategi. Alene det, at 5 af de kræftformer, som afdelingen behandler, er med i Den Danske Kvalitetsmodel, betyder, at det får en central plads i forberedelsen til akkreditering.

Informanten svarer følgende på spørgsmålet om, hvorvidt han mener, at kræftpakkeregistreringen medvirker til, at patienterne får en bedre behandling: *"Det går i hvert tilfælde hurtigere."*

Registreringsansvarlig og forløbskoordinator

Den ene af informanterne svarer følgende på spørgsmålet om, hvorvidt hun mener, at kræftpakkeregistreringen medvirker til, at patienterne får en bedre behandling: *"Vi har*

absolut fået bedre behandlingsforløb efter at pakkerne er blevet obligatoriske.” Den anden informant svarer: ”Kodningen i sig selv er ikke nogen garant for at patienterne får en bedre behandling.”

8.3.1 Diskussion af data vedrørende visioner, værdier og mål

Informanterne bekræfter, at patienterne får en hurtigere behandling og dermed, at formålet med kræftpakkemonitoreringen som skitseret af regionsrepræsentanten, bliver opfyldt.

Vi bemærker, at SVS ikke har kræftpakkemonitoreringen med i strategien for sygehuset. Det skal dog ses i sammenhæng med, at SVS udarbejder en strategi i meget få punkter. Men det er muligt for de enkelte afdelinger selv at udarbejde visioner og strategi, hvori kræftpakkemonitoreringen indgår.

Den ledende overlæge bekræfter, at kræftpakkemonitoreringen er med i afdelingens visioner, strategi og mål på flere måder. 5 af de kræftformer, som behandles på denne afdeling, indgår i den Danske Kvalitetsmodel, hvilket betyder at akkrediteringsarbejdet, som SVS er i gang med, giver fokus på dette område.

8.4 Præsentation af data vedrørende motivation og belønningssystemer

Repræsentant for sundhedsområdet på regionsniveau

Klinikerne har ønsket at bibeholde koden for afkræftet mistanke, trods det at den er afskaffet som obligatorisk af sundhedsstyrelsen i forbindelse med afbureaukratiseringsprocessen. Informanten siger, at det er en opbakning til klinikerne, at man har bibeholdt denne kode i Region Syddanmark.

”Vi laver månedlige rapporter til ledelsesinformation.” Disse rapporter sendes ud til monitoreringsgruppen, som distribuerer videre ud på de enkelte sygehuse. Derudover laves halvårsrapporter. ”Jeg synes, vi har fået sat noget solidt i gang.”

Når der efterspørges ændringer i monitoreringen fra sygehusene, så lyttes der fra Regionens side, og der gives tilbagemelding vedrørende mulighederne for at honorere dem. *”Så når vi lige får de nye ting på plads, så tror jeg, vi kan åbne op igen og tage noget nyt ind.”*

”Jeg synes, der har været meget stor interesse for det her, jeg kan mærke, at det ligesom tager lidt af nu. Men nu kører det jo også. Nu får de bare de her informationer, når det så lykkes. Selvfølgelig vil der komme noget nyt, der er mere interessant. Når der kommer nye ting, så er det det, man kaster sig over mens det her kan køre i sådan en

vedligeholdelsesfase. Også kan vi måske gøre det bedre og så komme i fokus igen. Det er den måde, man måske kunne gøre det på. At de sådan kunne interessere sig lidt for det igen.”

”Jeg har været ude og undervise i det, jeg har været på alle sygehusene undtagen i Sønderjylland, hvor jeg har fortalt overordnet om det. Vi har også haft SST ude og fortælle noget og der har jeg så også fortalt noget. Hvis de spørger, så kommer jeg...”. ”Det har jeg også lært rigtig meget af, fordi jeg kender de eksempler, de kommer med. Det betyder rigtig meget, når jeg også skal snakke med dem i gruppen (monitoreringsgruppen, red.).”

Der er blevet udviklet et nyt monitoreringssystem i Region Syddanmark, som vil blive implementeret i de kommende måneder. Der har været en fra hvert sygehus fra monitoreringsgruppen, som har deltaget i udviklingen af det og *”det har været rigtigt godt, så tager de ejerskab til det. Det er det, der er behov for”*. Der er udarbejdet vejledning og informationsmateriale vedrørende det nye monitoreringssystem. *” Vi har lige lavet vejledninger og sådan en lille folder til sygehusene”*.

Repræsentanter for IT-afdeling og Planlægningsafdeling på sygehusniveau

Der skal foregå introduktion til det nye monitoreringssystem, men der er endnu ikke planlagt nogen datoer eller indhold for denne. Informanterne har deltaget i introduktionen til det nuværende system for sekretærer og sygeplejersker. Desuden har de præsenteret systemet for kræftstyregruppen. *”Men så nogle gange så står de fuldkommen af - nej skal jeg så også selv og det der med overhovedet at høre efter.” ”...men alene det at skulle komme derind, hvis det var noget, de selv skulle – det bliver de helt forpustede af. Så hvis bare de kunne lære at have en anden holdning til sådan nogle ting – var der også noget der var lidt nemmere.” ”... men så vil vi gøre det for ledelsesgruppen en gang til. Så kan det være, at de kan huske bare en lille smule fra sidst.”* Med henblik på, at det kan komme til at give mening for dem, eventuelt ved at tage udgangspunkt i fejlregistreringer.

Hensigten med undervisningen af kræftstyregruppen er at gøre dem interesseret i SydLIS, så de efterfølgende kan bakke sekretærene op. *”Men så kan de bakke dem op i, at de skal anvende det og de kan se, at der er værdi i brugen af det.”*

På spørgsmålet om, hvorvidt man har overvejet at have en sekretær med i kræftstyregruppen, er svaret følgende: *”Nej, for man kommer ikke ned på det niveau.”*

Ledende overlæge

Informanten siger, at han giver personalet ”masser af ros” og der honoreres for enten kompetencer eller funktioner. Et eksempel på ros er:

”I sidste måned, var vi på forkant med alle vores servicetal; alle patienter blev indkaldt til tiden, alle patienter blev set i ambulatoriet til tiden, og alle patienter fik operation til tiden, på nær nogle få galdepatienter. Da gav jeg en officiel udmelding til hele staben om, at det var vi godt tilfredse med”.

Ud fra de månedlige tal i SydLIS, diskuterer informanten problemerne med den registreringsansvarlige sekretær, den forløbsansvarlige sygeplejerske og lægegruppen. ”... i hvert tilfælde 2 gange om ugen mødes vi ovre i ambulatoriet og snakker sammen om det. Ikke som et møde, men hvor jeg går forbi og hører, hvordan går det, er der problemer.”

Registreringsansvarlig og forløbskoordinator

Den registreringsansvarlige bekræfter, at der gives særlige tillæg til personale med specielle funktioner.

Vi har været til møder vedrørende registreringen arrangeret af Sundhedsstyrelsen samt deltaget i møder i Regionen angående kræftpakker.

Den forløbsansvarlige har foretaget enkeltmandsundervisning. ”Jeg har rent fysisk været til stede, det er den måde, jeg har forsøgt at få det implementeret, der hvor sekretæren har siddet og booket og prøvet at undervise hele tiden omkring det pakkeforløb.”

Informanterne føler sig dårligt informeret fra Regionens side. ”De beder os om at kode en passiv ventetid, hvis patienten vil vente, så tager de ikke højde for det, når de sender tallene ud. Det har vi store problemer med.”

Den forløbsansvarlige oplevede, at den tidligere ledelse ikke prioriterede kræftpakkemonitoreringen særlig højt. ”... oplevede jeg ikke, at ledelsen prioriterede det overhovedet må jeg sige. De gav bolden til mig, og så kunne jeg arbejde videre med det.” ”De var ikke interesseret i at høre resultaterne”. ”...men med den nye ledende overlæge bliver det prioriteret anderledes højt, og det er dejligt, så føler man sig knapt så alene.”

Informanterne efterspørger, at der fra Regions- og direktionsniveau etableres kommunikation direkte til personale, som er involveret i kræftpakkemonitoreringen. De oplever at en stor del af den information, de får, er fra uofficielle kanaler – dette gør, at de

er usikre på, om det får et hele at vide. *”Jeg har en lurende fornemmelse, fordi det er så lang tid siden, at vi har hørt nyt også fra Vejle, at gad vide, om der er nyt. Det er stadigvæk sådan, at ... ikke er med i pakkerne. Vi var til et møde for 1½ år siden.”*

8.4.1 Diskussion af data vedrørende motivation og belønningssystemer

Vores undersøgelse på alle niveauer i organisationen viser, at der er en stor forståelse for at fremme og understøtte medarbejdernes motivation for forandringsvisionen. Men der er noget, der tyder på, at man fra Regionsniveau ikke når helt ned til medarbejderne i afdelingerne, som er ansvarlige for registreringen af kræftpakkeforløbene, fx ved at der etableres information fra regions- og direktionsniveau direkte til dem.

Vi ser etableringen af kræftpakkemonitoreringen i en organisation som et forandringsprojekt. Ifølge Kotter (1996) er der en række trin der bør gennemgås for at forandringsprojektet kan blive en succes.

Kotter (1996 s. 28) skriver, at de første 4 trin i forandringsprocessen bidrager til at bløde op på den tilstand, der skal forandres. Faserne 5 til 7 introducerer en række nye metoder til implementering af forandringen. Den sidste fase handler om at integrere og konsolidere forandringerne i organisationskulturen.

De første 4 trin er bl.a. blevet håndteret på følgende måde i organisationen:

- Fra regionsniveau udsendes månedlige rapporter.
- Oprettelse af styrende koalition med ”kræftstyregruppen”.
- Sundhedsstyrelsen har været med ude på alle sygehuse for at give information til de involverede medarbejdere.
- Undervisning af kræftstyregruppen, således at de kan bringe følelsen af nødvendighed med ned i organisationen.

Fase 5 til 7 er bl.a. blevet håndteret på følgende måde i organisationen:

- Når interessen (fra politisk side, red.) aftager, er der fokus fra regionsrepræsentanten på at gøre det bedre og igen komme i fokus.
- Fra regionen er der givet undervisning på alle sygehuse.
- Udvikling af det nye SydLIS med involvering af medarbejdere fra sygehusene.
- Den ledende overlæge giver sine medarbejdere ”masser af ros”.
- Der gives løntillæg til registreringsansvarlige.

- Den forløbsansvarlige har foretaget enkeltmandsundervisning af sekretærerne i kræftpakkeregistreringen.

Fase 8 er bl.a. blevet håndteret på følgende måde i organisationen:

- Opbakning til klinikerne ved at bibeholde ønskede koder.
- Når der efterspørges ændring, undersøges det, om de kan honoreres, og der gives tilbagemelding.
- Den ledende overlæge mødes med personalet på uformel vis og diskuterer eventuelle problemer i kræftpakkeregistreringen.

Alt i alt ser vi, at denne organisation viser, at de har en bevidsthed om, hvad der skal til for at lave en vellykket forandring i organisationen.

8.5 Præsentation af data vedrørende organisationskultur

Repræsentant for sundhedsområdet på regionsniveau

Chef og kollega er supereksperter. *"Vi fortsætter med vores eget. Vi er blevet rigtig gode til det. Vi har fået sat noget solidt i gang."*

"...vi hele tiden bliver fremhævet som duksene i det her."

Ser lægernes ønsker fra sygehusene som eksterne (dem), men giver dem opbakning ved at tage de data med, som de ønsker sig.

Repræsentanter for IT-afdeling og Planlægningsafdeling på sygehusniveau

Traditionel sygehusstruktur, som understøtter den fagopdelte organisationskultur. Kræftstyregruppen består fortrinsvis af ledende overlæger. Støtter op om et ønske fra de ledende overlægers side om at lave et kursus for sekretærer i "at tænke selv" – med udtalelsen menes, at sekretærerne uden lægernes hjælp, ud fra journaldiktater skal kunne registrere de korrekte data vedrørende kræftpakker.

Ledende overlæge

Understøtter en vi-kultur på sin afdeling via:

- Ros og uddeling af slik, når personalet har gjort det godt.
- Går forbi og hører hvordan går det og er der problemer?
- Informerer om afdelings strategi på personalemøder, som dog er fagopdelte.
- Planlægger fælles temadag.

God service til patienterne. Meget strikse regler for visitering. ”...fordi det er den her gode service, at man kan sige til patienterne, at enten er vi bekymret, også tager vi dig med det samme, eller også er vi slet ikke bekymrede, og så skal du vente...”.

Registreringsansvarlig og forløbskoordinator

Den registreringsansvarlige retter selv fejllister, og udtaler: ” Det er egentlig ikke sådan, som det skulle være. For man lærer mest af sine egne fejl, men jeg har simpelt hen ikke haft tid til at sidde sammen med nogen og rette dem. Omkring registreringsfejl udtaler hun: ”Følelsen af ansvar er åbenbart ikke særlig stor rundt omkring.”

”Vi har absolut fået bedre behandlingsforløb efter at pakkerne er blevet obligatoriske. Det er åbenbart sådan i det offentlige system, at vi skal dikteres, vi kan ikke selv finde ud af det, at det vil være en god idé. Vi skal have et diktat om, at nu kommer der den kræftpakke og den kræftpakke, så kan vi godt finde ud af det.”

”Jeg synes absolut, at vores patienter har nogle gode forløb her hos os. Det fungerer godt i praksis i stort set alle forløbene, selvom registreringen halter. Så fungerer det godt for patienterne, det er jeg overbevist om. Og bevidstheden er også hos alle blevet sådan, at det her med kræft, det skal køre. ”

8.5.1 Diskussion af data vedrørende organisationskultur

Vi har observeret, at der i Region Syddanmark endnu ikke er opbygget en samlet ”vi-kultur”. Vi havde forventet at finde en ”stoltheds-følelse” omkring at være en del af Region Syddanmark som én af pionererne inden for kræftpakkeområdet. Vi fandt snarere informanternes stolthed var forbundet til det enkelte sygehus, som de er tilknyttet.

Vi finder både på regionalt niveau og på afdelingsniveau skueværdier, som indikerer, at de er stolte af deres arbejde.

På sygehusniveau oplever vi, at fagprofessionelle subkulturer understøttes. Ifølge Schein (1994) vil subkulturer altid eksistere, men det er en vigtig ledelsesmæssig opgave at arbejde for integration af kulturerne. Det ser ikke ud til, at de på sygehusniveau har fokus på dette, idet informanterne ikke stiller spørgsmålstejn ved overlægernes ønske om en undervisning af sekretærene i at ”tænke selv” i stedet for at skabe et fælles forum for til løsning af registreringsproblemer for læger og sekretærer.

På afdelingsledelsesniveau oplever vi derimod, at den ledende overlæge arbejder på opbygning og understøttelse af en ”vi-kultur” i afdelingen gennem fx en fælles temadag.

8.6 Præsentation af data vedrørende fysiske rammer

Fra observation på sygehuset som helhed, interview med registreringsansvarlige og forløbskoordinator samt observation af arbejdsgang og kort interview i sekretærkontor.

Vi observerer, at afdelingen er spredt ud på mange lokalisationer på sygehuset – i forskellige bygninger, se figur 13. I interviewet fortælles, at der også er et afsnit under den kirurgiske afdeling, som er beliggende på Grindsted Sygehus.



Figur 13 Oversigtstegning over SVS. Kirurgiske afsnit/kontorer er indtegnet med rødt.

Under observationen fortælles det, at der for nyligt er sket en omstrukturering af sekretærernes placering. *”Nej, for der er lavet et specielt sekretærkontor, hvor der kun skrives journaler. Og man skiftes til at man skiftes til at være i ambulatoriet”*. Tidligere var sekretærene placeret i de enkelte afdelinger/ambulatorier, hvor registreringsarbejdet foregik sideløbende med mange andre opgaver, fx modtagelse af patienter og besvarelse af telefonopkald.

Nu har afdelingen valgt at opdele sekretærernes arbejdsopgaver, således at skrivning af notater og registrering foregå i et separat kontor. Sekretærene roterer således mellem ambulatorium og det nye sekretariat.

Under interviewet på sekretærkontoret observeredes følgende omkring de fysiske omgivelser:

- Bare vægge.
- Enorme bunker af journaler på gulve og hylder.
- På de enkelte borde var der mange journaler/papirer.
- Bordene var placeret med front mod væggene.

8.6.1 Diskussion af data vedrørende fysiske rammer

Det er positivt, at afdelingen har forstået betydningen af, at rolige omgivelser kan understøtte sekretærernes arbejde. Dog kan det være et problem for sekretærerne, at deres kontor er beliggende i en helt anden bygning end hvor behandlingen af patienterne foregår. Vi ser, at det kan være svært for sekretærerne at samle op på manglende registreringer (fra lægernes side) på papirskemaet, fordi de befinder sig på forskellige lokalisationer.

Ifølge Hatch (2006) har de fysiske rammer stor betydning for en gruppes image. Med baggrund i dette mener vi, at det er problematisk at sekretærernes kontor virker upersonligt, rodet og kaotisk – vi mener at den fysiske lokalitet også bør understøtte sekretærernes arbejdsro fx ved billeder på væggene.

8.7 Præsentation af data vedrørende struktur

Ved interviews har vi spurgt ind til informations- og kommunikationsflow i forhold til kræftpakkemonitoreringen. Disse data belyses i to afsnit, hvor det første handler om, de møder, arbejdsgrupper og papirbaseret informationsmateriale i organisationen, der er relateret kræftpakkemonitoreringen. I det andet afsnit ser vi på, den virkning informationsteknologi har på strukturen i organisationen.

Møder/arbejdsgrupper samt papirbaseret informationsmateriale

Repræsentant for sundhedsområdet på regionsniveau

Arbejdsgrupper/møder

- Dialogmøder: Sundhedsdirektør holder møde med hvert sygehus 2-3 gange om året
- Monitoreringsgruppe – har medlemmer fra hvert sygehus' it-afdeling og planlægningsafdeling
- Kræftstyregruppe – har repræsentanter fra hvert sygehus' kræftstyregruppe, og den regionale sundhedsdirektør deltager også i denne gruppe.

Papirbaseret kommunikation

- Kliniknyt – giver orientering til praktiserende læger fra regionale arbejdsgrupper for hver kræftform
- Halvårsrapporter med udtræk fra SydLIS med sammenlignende tal fra hele regionen for hver kræftform.
- Informationsmateriale om det nye SydLIS

Repræsentanter for IT-afdeling og Planlægningsafdeling på sygehusniveau Arbejdsgrupper/møder

- Kræftstyregruppe – har følgende medlemmer: sygehusdirektør, repræsentant fra planlægningsafdeling, overlæger for hvert speciale, en oversygeplejerske og praksiskoordinator

Ledende overlæge - afdelingsniveau Arbejdsgrupper/møder

- Speciallæge-personalemøde
- Yngre læger-personalemøde
- Sygeplejerske-personalemøde
- Sekretær-personalemøde
- Sekretærgruppe – møde om registreringer.
- Ambulatorie og Bookinggruppe – møde bl.a. om booking af kræftpakkepatienter, og hvorvidt ventetidskravene til kræftpakkepatienter opfyldes.
- OP-gruppe – møde bl.a. om omprioritering fx for perioder med nedsat aktivitet, for at gøre plads til udredning/behandling af kræftpakkepatienter.
- Forløbskoordinator og registreringsansvarlig sekretær – mødes hvert kvartal og taler om udtræk af monitoreringsdata fra SydLIS

Forløbskoordinator og registreringsansvarlig

- Gennemgår de månedlige rapporter hver anden måned med de specialeansvarlige læger.

Struktur og informationsteknologi

Informationsteknologi bidrager til at udvikle nye kommunikationsnetværk, gøre kommunikation upersonlig og gøre kommunikationen uafhængig af status og prestige

Fra regionsniveau kommunikerer der til monitoreringsgruppen via en mailgruppe, som består af 30-40 mennesker. Ud af denne, er der en kerne på 2-3 personer fra hvert sygehus, der kommer til møderne. ”Jeg har en 30-40 mennesker stående inde i den mailgruppe, men

der er så en kerne af dem, som kommer til møderne, som er faste faktisk og det er 2-3 personer per sygehus.”

Fra sygehusniveau kommunikeres ændringer til registreringspraksis via en mailgruppe direkte til de registreringsansvarlige på afdelingerne. Den registreringsansvarlige på Kirurgisk Afdeling bekræfter dette og udtrykker, at det er den eneste direkte kommunikation, som hun personligt modtager vedrørende kræftpakkemonitoreringen. *”Informationen, den kommer fra EDB-centralen, synes jeg”*

Den registreringsansvarlige og den forløbsansvarlige person udtrykker ønske om at mere information kunne komme direkte fra regionen og direktionen til de relevante involverede parter – så som dem selv.

IT øger frekvensen og volumen af kommunikation

Ingen af interviewpersonerne udtrykker at frekvens og volumen af kommunikation er øget. Derimod kan den registreringsansvarlige og forløbskoordinatoren være usikre på, om de modtager den nødvendige information. *”Hvis jeg fanger det, så er det fordi ... sender noget ud i forbindelse med kodningen, ellers synes jeg ikke, der kommer noget”. ”Jeg er også usikker på, om jeg er opdateret.”*

IT styrker den overordnede administrative kontrol

Fra regionsniveau udarbejdes der månedlige rapporter, som sendes ud via monitoreringsgruppen til sygehusledelserne.

Valideringslister blev tidligere sendt ugentligt fra regionsniveau til den ansvarlige for kræftpakke-monitoreringen på sygehusniveau. De ugentlige lister indeholdt fejl, som ikke kunne rettes umiddelbart, hvorfor de udgjorde et irritationsmoment for modtagerne. Der blev på den baggrund udarbejdet koder for fejltyper og man gjorde det muligt for sygehusene selv at trække fejllister med mulighed for frasortering af visse fejltyper.

”Stabsmedarbejderne vil også gerne have, at afdelingerne selv får ansvar for det her, så de bare kan overvåge det.”

Sygehuset sender de månedlige rapporter fra regionen ud til de ledende overlæger. På spørgsmålet om, hvorvidt informationen skal gå ned gennem organisationen igennem den ledende overlæge, svarer informanten: *”Ja, men det er jo ham, der er ansvarlig for deres registreringer.”* Efterfølgende drøftes de på styregruppemødet. Der er specielt fokus på, hvordan afdelingerne ligger monitoreringsmæssigt i forhold til andre afdelinger med de

samme kræftpakker i regionen. Når rapporten viser dårlige tal, går lægerne tilbage til afdelingen og undersøger, hvad der ligger til grund for de tal.

Ved større ændringer til kræftpakkerne fx ændringer til forløbstiderne, modtager sygehusene materiale fra regionen, som videresendes til afdelingsledelserne.

Den ledende overlæge fra Kirurgisk Afdeling bekræfter, at han primært modtager information om kræftpakkemonitoreringen via direktionen, hvad enten det kommer fra regionalt eller nationalt niveau.

IT skaber ny form for koordinering i organisationen (implicit koordinering)

Region Syddanmark har etableret et ledelsesinformationssystem (SydLIS), hvori kræftpakkemonitorering indgår. Alle medarbejdere i Region Syddanmark har adgang til SydLIS. En til to medarbejdere per afdeling med opgaver i forhold til kvalitetssikring af registrering har adgang til data på individniveau.

På sygehuset har de en almindelig hjemmeside, hvorfra den ledende overlæge formoder at patienterne henter oplysninger. Der er på sygehusniveau nedsat en projektgruppe, som arbejder på en opdatering af denne hjemmeside. *”Vi har jo også en almindelig hjemmeside i huset, hvor vi tror patienterne henvender sig meget. Den er ikke blevet lavet om i 10 år, tror jeg, den arbejder vi på nu.”*

Den ledende overlæge fortæller, at Region Syddanmark har etableret en hjemmeside (VisInfoSyd), som indeholder sundhedsfaglig information til praksis, kommuner og sygehuse. Det er her, det forventes fra afdelingen, at de praktiserende læger holder sig informeret om kræftpakkerne, men de oplever, at det ikke er tilfældet. *”Og så har vi et fælles samarbejdsværktøj som hedder visinfo syd, som er sådan en hjemmeside, hvor vi kan gå ind.. en hjemmeside, hvad det er som er.... Men det er mit klare indtryk, at de ikke bruger den.”* Forløbskoordinatoren nævner til forklaring, at VisInfoSyd ikke har været i anvendelse i deres del af regionen så længe.

8.7.1 Diskussion af data vedrørende struktur og informationsteknologi

Struktur – mødeaktivitet

Gruppen ser, at der i arbejdsgrupper vedrørende kræftpakker og monitoreringen deraf, hverken på regions- eller på sygehusniveau er repræsentanter for de aktører, der har direkte med registreringsopgaven gøre. På sygehusniveau består kræftstyregruppen fortrinsvis af ledende og specialeansvarlige overlæger. Det fremgår af udtalelserne fra sygehusniveau, at kræftstyregruppen har fravalgt at beskæftige sig med monitoreringen. Udtalelsen om *”Vi*

kommer ikke ned på det niveau” viser, at sygehusledelsen ikke har prioriteret at involvere personale med ansvar for registrering og forløb.

Mødestrukturen på afdelingen viser, at man har bibeholdt den traditionelle fagprofessionelle opdeling for personalemøder. Initiativet med etablering af arbejdsgrupper, der beskæftiger sig med specielle problemstillinger, ser vi som positivt, det viser en prioritering af de problemstillinger bl.a. kræftpakkemonitoreringen fra afdelingsledelsens side. Men der mangler et forum, hvor sekretærer og læger kan tale om registreringsproblemer.

Informationsteknologi bidrager til at udvikle nye kommunikationsnetværk, gøre kommunikation upersonlig og gøre kommunikationen uafhængig af status og prestige

Gruppen får indtryk af, at den elektroniske kommunikation holder sig til den traditionelle hierarkiske struktur i organisationen. Det giver sig til udtryk i, at der fra regionsniveau udelukkende sendes mails med information til det administrative direktionsniveau på sygehusene. Fra sygehusniveau sendes information fra regionsniveau udelukkende videre til afdelingsledelsesniveau. Der er meget få tegn på, at man har udnyttet IT-teknologiens mulighed for udbygning af kommunikationsnetværk på tværs af hierarkiske niveauer. Dermed får afdelingsledelsen en altafgørende rolle til distribution af information til medarbejderne.

Etablering af maillister bliver nemt meget upersonlig fx siger repræsentanten for regionen: *”Jeg har en 30-40 mennesker stående inde i den mailgruppe.”* Hun ved altså ikke præcist hvem, og hvor mange hun fremsender materiale til.

Før brugen af informationsteknologi, var der klare procedurer for distribution af information på en afdeling. Det betød, at en sekretær for en afdelingsledelse kunne distribuere en stor del af afdelingens post uden direkte involvering af ledelsen. Med mailkorrespondance havner informationsmateriale direkte i ledelsens personlige ”postkasser”, som i hvert enkelt tilfælde skal vurdere om og til hvem, det skal distribueres.

IT øger frekvensen og volumen af kommunikation

Det er interessant at ingen af informanterne giver udtryk for et informations-overflow, som ofte fremstilles i medierne som et stort problem med indførelsen af informationsteknologi. Derimod giver specielt den forløbsansvarlige og den registreringsansvarlige udtryk for, at de mangler officiel information. Vi får indtryk af, at de får en del uformel information i

den daglige omgang på afdelingen. De bruger meget udtrykket: *"Jeg har hørt, men jeg ved ikke helt..."*.

IT styrker den overordnede administrative kontrol

Vi ser, at der hele vejen igennem organisationen er valgt at bibeholde den traditionelle hierarkiske struktur. Det betyder, at man ikke udnytter informationsteknologiens muligheder for informationsspredning igennem større kommunikationsnetværk, men bevarer den administrative kontrol og magt over informationen. Afdelingsledelsen har i sidste ende den absolutte magt og kontrol over information – hvilket de personer måske slet ikke er opmærksomme på. Spørgsmålet er, om afdelingsledelsen er bevidst om i hvilken grad, de er "flaskehals" i forhold til kommunikation til de øvrige medarbejdere i afdelingen.

IT skaber ny form for koordinering i organisationen (implicit koordinering)

Regionen har længe haft en prioritering omkring udbygning af de store fælles informationssystemer som fx SydLIS og VisInfoSyd. I det nye SydLIS, bliver der større mulighed for at flere medarbejdere kan få bredere adgang til data fra kræftpakkemonitoreringen. Regionsrepræsentanten udtrykker, at det har været et eksplicit ønske fra sygehusene: *"Stabs-medarbejderne vil også gerne have, at afdelingerne selv får ansvar for det her, så de bare kan overvåge det."*

8.8 Præsentation af data vedrørende aktører

Igennem interviews og observation har vi fået kendskab til, hvilke aktører, der er involveret i registrering og monitorering af kræftpakkeforløb i organisationen. Nedenfor lister vi disse aktører, og hvad deres rolle er i forhold til registreringen og monitoreringen. Desuden angiver vi, hvorfra den enkelte aktør modtager information vedrørende registrering og monitorering.

1. Praktiserende læge sender henvisning til kræftpakkeforløb til afdelingens læger. De modtager informationer fra Sundhedsstyrelsen og regionalt niveau.
2. Læger visiterer, foretager beslutninger om diagnose og behandling med de dertil hørende koder. De modtager information fra afdelingsledelsen.
3. Sekretærer foretager kræftpakkeregistreringen i PAS systemet til LPR. De modtager information fra afdelingsledelsen.

4. Registreringsansvarlig og forløbskoordinator har ansvar på afdelingsniveau for kræftpakkemonitoreringen – modtager informationer fra afdelingsledelse, eller fra IT-afdelingen, sygehusniveau.
5. Afdelingsledelse modtager informationer fra direktion, planlægningsafdeling og IT afdelingen fra sygehusniveau. Ser de regionale rapporter. Giver informationer til registreringsansvarlig og forløbskoordinator, samt til afdelingens personale
6. IT-afdelingen og Planlægningsafdelingen har ansvar for at udtrække fejllister og fremsende disse til afdelingerne. De modtager information fra regionen og giver informationer til afdelingsledelser og registreringsansvarlig.
7. Regionen modtager informationer fra Sundhedsstyrelsen og LPR, og sender informationer til sygehusniveau – enten direktionen, planlægnings- eller IT-afdelingen.
8. Sundhedsstyrelsen modtager data fra afdelingen til LPR. De sender informationer til det regionale niveau, praktiserende læger samt til sygehusdirektioner.

8.8.1 Diskussion af data vedrørende aktører

Vores data har vist, at der er mange aktører involveret i kræftpakkeregistrering og monitorering, og på mange forskellige niveauer i sundhedsvæsenet.

De praktiserende læger er meget vigtige aktører for hele processen, idet det afhænger af deres henvisningsdiagnose, om patienten kommer ind i pakkeforløb. Men qua det private element af praksissystemet i Danmark, er det på frivillig basis, at de praktiserende læger medvirker til processen. Det er altså svært at forlange, at de skal være informerede om deres rolle. Der gøres et bevidst arbejde i regionen for, at de nødvendige informationer kommer ud til de praktiserende læger, f.eks. via deres hjemmeside VisInfo, og via involveringen af praksiskoordinatorer både i den regionale kræftstyregruppe, og i den lokale på SVS.

Lægerne på sygehuset har en vigtig rolle gennem hele kræftpakkeforløbet. Selvfølgelig primært i selve udredningen og behandlingen af patienten, men også i registreringen af kræftpakkeforløbene. Lokalt på SVS er der udarbejdet et registreringsskema, der ligger i forrest i journalen. Herpå er det tydeligt markeret, hvor lægen har til opgave at angive elementer, som sekretærerne kan registrere efter.

Sekretærerne har den vigtigste rolle for selve den konkrete registrering af koder i PAS-systemet ud fra de oplysninger, der fremkommer på registreringsskemaet.

Den registreringsansvarlige sekretær spiller en vigtig rolle i fejlretningsarbejdet for registreringer til LPR. Derudover arbejder hun tæt sammen med forløbskoordinatoren. Hun har mange andre opgaver, der konkurrerer om hendes tid og opmærksomhed.

Forløbskoordinatoren på denne afdeling har en samlende og koordinerende funktion, som fremhæves af afdelingsledelsen. Der er dog meget tale om, at der ikke findes en jobbeskrivelse. Den ledende overlæge angiver, at det vil komme, idet de på nuværende tidspunkt afventer den politiske beslutning angående forløbskoordinаторer.

Afdelingsledelsens rolle i forhold til kræftpakkemonitorering drejer sig primært om at vise, hvorledes området prioriteres i afdelingen til støtte og opmuntring for dem, der foretager opgaven.

På det regionale niveau indenfor sundhedsområdets dokumentationsgruppe er opgaven at sørge for at de bedste betingelser til kræftpakkemonitoreringen er til rådighed. Problemet med de forskellige PAS-systemer i regionen har været stort, men der er i regionen et fælles PAS-system på vej, som vil kunne afhjælpe nogle af de ulemper, der har eksisteret indtil nu.

8.9 Præsentation af data vedrørende teknologi

Ved interviews og ved det strukturerede observationsstudie har vi interesseret os for teknologi som bruges i forbindelse med registrering af kræftpakkeforløb.

Repræsentant for sundhedsområdet på regionsniveau

For nuværende er der 4 PAS-systemer i Region Syddanmark, hvilket er problematisk i forhold til udtræk af data til SydLIS. *”Vi får alle registreringer fra LPR, så vi er sikre på, at vi får det samme fra alle systemer.”*

Repræsentanter for IT-afdeling og Planlægningsafdeling på sygehusniveau

Fra sygehusniveau ser informanterne det som positivt, at der nu kommer en ny version af SydLIS, som gør det muligt for de kliniske afdelinger at få adgang på individniveau og mulighed for selv at trække lister. De har forventninger til, at det nye fælles PAS-system vil understøtte registreringen af kræftpakker igennem en elektronisk guidning og validering, som kan konfigureres til den enkelte afdeling. *”Det her nye PAS-system ... I forbindelse med kræftpakker så er det faktisk bygget op sådan, at det understøtter alt det, du skal igennem”*. Systemet vil også indeholde oversigter over fejlregistreringer, som kan

konfigureres til den enkelte afdelings arbejdsgange. Informanterne forventer, at det nye system vil være ressourcebesparende.

I det nuværende system mener informanterne, at der mangler mulighed for at vise patientens forløb sammenhængende, når patienten bliver flyttet til videre udredning/behandling på et andet sygehus. At sammenhængen mangler betyder, at sygehuset ofte får nogle rapporter, der viser dårlige udredningstider. Man har valgt ikke at lave flere forbedringer til det nuværende PAS-system, fordi der er et andet på vej.

Ledende overlæge

Den ledende overlæge mener at afdelingen *"har en masse problemer registreringsmæssigt"*, han udtaler fx *"Vi har problemer med at få registreret korrekt og på det rigtige tidspunkt. Det er ikke uvilje, men det er de manglende arbejdsredskaber."*

"Jeg tænker der på vores patientforløb og vores journalforløb, vores dokumentationsforløb, det bliver jo håndteret ligesom, det blev gjort i 50-erne, populært sagt. SVS har ikke nogen elektronisk patientjournal, vi har heller ikke noget hjælpe-registreringsapparat til at registrere de forskellige data, vi henter i patientforløbet."

"Det vi skal registrere, det foregår på papir, og så bliver det samlet op hos en person til sidst."

Han sammenligner sygehusets systemer med andre eksterne kvalitetsdatabaser, hvor brugeren får hjælp igennem valideringer, og det mener han mangler i systemet.

Registreringsansvarlig og forløbskoordinator

Informanterne fortæller, at de startede ud med at registrere kræftpakkerne manuelt (på papir), hvorfor de udarbejdede et registreringsskema. Registreringsskemaet, se figur 15, indeholder alle målepunkter til kræftpakkemonitoreringen med tilhørende koder. De felter lægerne skal udfylde med data er indrammet med rødt. Desuden indeholder skemaet flere huskereglere for registreringen. Afdelingen bruger fortsat dette registreringsskema som en dataopsamlings-/tjekliste.

"Vi har lavet nogle skemaer, og skemaet bliver så sat i journalen, der udfyldes undervejs af lægen, det er så der, vi har det store problem – eller det er ikke kun der, men bl.a. der."

Den registreringsansvarlige fortæller, at koder skal skrives ind i PAS-systemet og i en bestemt rækkefølge. Hun udtaler desuden: *"Der er ikke nogen tekniske problemer i PAS-systemet."*

Under observationen udtaler den registreringsansvarlige: *"...det er nogle "dumme" koder. "Jeg synes, de er svære, fordi der ikke er nogen logik".*

Den registreringsansvarlige siger, at hun ikke har tænkt på, at PAS-systemet kunne *"laves anderledes og nemmere. Jeg kan slet ikke forestille mig, hvordan et nyt PAS kunne komme til at se ud. Man er nok gravet lidt for dybt ned i det, man sidder i."*

Den forløbsansvarlige kunne godt tænke sig noget mere automatik i PAS-systemet, så sekretærerne kunne hjælpes til at være opmærksomme på fx *"det her var en cancerdiagnose, har du husket..."*, men udtaler i samme åndedrag: *"Men det kan nok heller ikke lade sig gøre."*

Den registreringsansvarlige siger, at hun vil håbe, at de med det nye PAS-system ikke behøver at bibeholde registreringsskemaet.

8.9.1 Diskussion af data vedrørende teknologi

Vi ser, at regionsrepræsentanten oplever det problematisk, at regionen har 4 forskellige PAS-systemer. Det har været svært for regionen at få trukket data ud til SydLIS. På sygehusniveau ser de på nuværende tidspunkt frem imod et nyt PAS-system for hele regionen. De forventer, at det nye system kan bidrage til en bedre og nemmere registrering bl.a. ved hjælp af flere valideringer.

Overordnet siger den ledende overlæge, at afdelingen har problemer med at få registreret korrekt i PAS-systemet. Hans udtalelser om, at dokumentationen på SVS er som i 50-erne, kommer bl.a. til udtryk i, at der mangler hjælperegistreringsværktøjer, og at der foregår meget dobbeltregistrering på papir. Vi tolker det som et ønske om et mere moderne system, hvor det kunne være muligt at registrere mere tidstro uden hjælp af papirskemaer.

Den registreringsansvarlige er en erfaren bruger, som har arbejdet med det nuværende PAS-system i 15 år – hun har derfor svært ved at forestille sig et anderledes system. Dog siger hun alligevel, at nogle af koderne er svære at huske, og at de er ulogiske. Gruppen ser, at det vil være svært for nye brugere at lære dette PAS-system at kende. Det undrer os, at hun ikke på noget tidspunkt kommer frem med nogle ændringsønsker til

registreringssystemet. Forløbskoordinatoren derimod har forslag til, at systemet burde give flere valideringsbeskeder til brugerne for at opnå en bedre registrering.

8.10 Præsentation af data vedrørende opgaver:

Ved interviews og ved det strukturerede observationsstudie har vi undersøgt opgaven vedrørende kræftpakkeregistreringen. Vi har spurgt ind til arbejdsgangen/den forventede arbejdsgang fra patienten henvises fra egen læge, og til han/hun enten får af- eller bekræftet kræftdiagnosen.

Repræsentant for sundhedsområdet på regionsniveau

Det er den visiterende læge på sygehuset, der har ansvaret for den henvisningsdiagnose, der registreres i sygehusets system. Det er henvisningsdiagnosen, der styrer om patienterne registreres i en kræftpakke eller ej. *"Vi monitorerer fra patienterne bliver henvist med en mistanke om kræft til de enten bliver afkræftet for denne mistanke eller starter behandling."* Informanten fortæller, at personalet har svært ved at forstå nogle af registreringerne for kræftpakkeforløb: *"Min opfattelse er, at personalet har svært ved at forstå, at de både skal registrere dato for klinisk beslutning om endelig behandling (målepunkt C2) samt dato for informeret samtykke til behandling (målepunkt D). Det er der, registreringen halter allermest"*. Informanten fortæller, at der på regionsniveau er taget beslutningen om, at registreringer indgår, selvom ikke alle obligatoriske koder er registreret: *"Vi har i Regionen valgt, at de indgår i monitoreringen, når bare et af disse målepunkter er registreret."* Der er fra regionsniveau lavet en fejlliste, som personalet på sygehusene kan tilgå. *"Vi har lavet en lille fejlliste i SydLIS, hvor personalet kan se fejlregistreringer og manglende registreringer."*

Repræsentanter for IT-afdeling og Planlægningsafdeling på sygehusniveau

Informanten fra IT-afdelingen fortæller, at der på sygehusniveau følges op på manglende registreringer: *"Vi laver udtræk med manglende registreringer, som vi sender til afdelingerne. Når vi laver et udtræk, så kigger vi på, om der er generelle fejl. Hvis der er generelle fejl, så skriver vi til dem, hvad de skal være opmærksomme på, fx en speciel kode, de glemmer. Eller det måske er nogle bestemte sekretærer, som skal være mere opmærksomme på at få det hele registreret."*

"En hyppig fejlregistrering er, at man ikke har fået afsluttet til andet sygehus – og det bliver vi nødt til manuelt at følge op på, for vi kan ikke se det af vores lister."

Der er på SVS udarbejdet et registreringsskema, som anvendes til opsamling af data til registreringen af kræftpakkeforløb. *"Vi har i samarbejde med den registreringsansvarlige sekretær på Kirurgisk Afdeling, udarbejdet et skema til at indsamle oplysninger til kræftpakkeregistreringen."*

Informanterne fortæller, at der er problemer med at få visiteret nok patienter til pakkeforløb: *"Vi kan se, at vi på SVS på nogle områder ikke får så mange med i pakkeforløb, som de andre sygehuse. Grunden kan dels være, at vores praksislæger ikke er så gode til at sende patienterne ind til pakkeforløb, dels at overlægerne på andre sygehuse visiterer til pakkeforløb, selvom den praktiserende læge ikke har gjort det. Her hos os kan en patient, der ikke er visiteret til et pakkeforløb godt komme med i pakken, men de kommer ikke med i monitoreringen".*

Informanterne fortæller, at Region Syddanmark har valgt at fortsætte med at registrere procedurer, som ikke længere er obligatoriske: *"Vi er vidende om, at procedureregistreringen for 'diagnose afkræftet' ikke længere er obligatorisk. Men her i Region Syd, er det besluttet at blive ved med at registrere den. Det er blandt andet, fordi vi lige har fået opbygget et nyt monitoreringssystem."*

Registreringsansvarlig og forløbskoordinator

Informanterne fortæller om starten ved indførelse af kræftpakker: *"Vi har altid haft denne type patienter (kræftpatienter), men da vi startede op med kræftpakkerne, skulle vi sørge for, at de kom ind inden for en ventetidsgaranti. Vi blev derfor nødt til at lukke nogle tider til disse patienter i ambulatoriet, og Røntgenafdelingen reservede skanningstider. Forundersøgelsen af patienterne kan foregå på fire forskellige lokaliteter."*

Informanterne fortæller: *"Det er besluttet, at inklusionskriteriet er en henvisning fra egen læge. Hvis den ikke kommer ind på den måde, så kommer den bare ikke med. Ved alle kirurgiske kræftpakker undtagen kolo-rektal, kan den praktiserende læge ringe ind og få en tid (til patienten), mens patienten er hos denne. På den måde er henvisningen i realiteten visiteret fra praksis. Registreringsmæssigt foregår det, som med de andre patienter – den praktiserende læge fremsender altså en henvisning under alle omstændigheder, som tastes ind i systemet."*

Informanterne synes, der er for mange fejl og mangler i registreringen – *"det er tungt, at få lægerne til at gøre det, de skal. Som "gammel" sekretær i afdelingen, mener jeg, at man i*

mange tilfælde sagtens kan se, hvornår de her målepunkter er opfyldt, men det er der åbenbart mange af mine kolleger, der ikke føler sig sikre på. Og så ryger journalerne frem og tilbage imellem lægerne og sekretærerne eller også smutter det. De tager det ikke specielt alvorligt”.

Forløbskoordinatoren viser os i forbindelse med interviewet, hvordan hun arbejder med fejllister via et arbejdsskema, se figur 14. Hver linje i arket viser kræftpakkeregistreringer for en patient, farverne indikerer manglende/fejl-registrering. Som det ses af billedet er der rigtig mange mangler i den primære registrering.



Figur 14 Eget foto som viser forløbskoordinatorens fejllister

Fra observation i kontrolleret miljø

Det ligger i lægens arbejdsopgaver, at han skal kigge i modtagne henvisninger, om der er kommet nogle henvisninger, han skal visitere. Ofte visiterer lægen først sidst på dagen, så sekretæren kan godt forestille sig, at der kan gå et døgn nogle gange. På samme måde ligger det i arbejdsopgaven for sekretærerne i ambulatorierne at klargøre nye henvisninger til visitation samt viderebehandle de visiterede henvisninger.

Registreringsskemaet, se figur 15, er placeret forrest i patientjournalen. ”Første fremmøde skriver sekretæren på, og så er det at lægerne skal udfylde de her, der er markeret med rødt” (sekretæren peger på registreringsskemaet imens). Sekretærerne vil gerne have at lægerne udfylder alle de aftalte felter i registreringsskemaet. Lægerne inkluderer ofte implicit oplysningerne i et journaldiktat og mener dermed ikke det er nødvendigt at

udfylde skemaet. ”... det er jo nok også derfor, at lægen ikke gider forudfylde dem”. Det er dog ikke altid nemt for sekretærerne at udlede oplysningerne fra diktaterne. ”Hvis der er flere notater og patienten har været til flere forskellige ting, hvornår er det egentlig, at lægen beslutter sig for, hvad det er, der skal ske”.

Registreringsskema for pt. med ventegruppe 48 Udfyldes af læge

Målepunkt A - henvisning modtages - Ventestatus 11 (henv. diagnose DZ031*, henvist fra 1 (egen læge) eller 2 (speciallæge) inkluderer patienten i forløbet) HUSK Ventestatus 23, hvis pt. ønsker sin tid udskudt på et eller andet tidspunkt i forløbet.		
Cpr. nr.	Sygehus 5501	Afdeling
Dato for modt. henvisning	Dato	
Henv. diagnose + evt. tillægsdiagnoser	DZ031*	Kode for H-diagn.
Målepunkt B – start på udredning AAF20 = forundersøgelse, samt kode for skopi		Dato for evt. Rtg.us., som start på udredn.
Dato for første fremmøde i amb. (hvis pt. indlægges til udtømning = indl. dag)		Dato
Ventestatus 25 = ikke ventende, under udredning (indtil udredningen er slut)		
Målepunkt C1 – dato hvor henv.diagnose be- eller afkræftes HUSK at ændre <u>diagnosekoden</u> sv.t. det fundne.		Dato
Hvis pt. afsluttes til beh. et andet sted for en bekræftet cancer, skal der <u>Canceranmeldes</u> Procedurekode ZZ5650 (Aktuel mistanke om sygdom afkræftet) + DZ031* Procedurekode ZZ5653 (Aktuel mistanke om sygdom bekræftet) + DZ031*		Bekræftet ☐ Afkræftet ☐ Diagnosekode
Målepunkt C2 – dato for klinisk beslutning om endelig behandling Dato for afsluttet udredning og beslutning om behandling. Procedurekode ZZ0153A (Klinisk beslutn. om endelig beh.) + DC* eller DZ031*		Dato
Målepunkt D – dato for informeret samtykke til behandling Procedurekode BWW21C (inf. samtykke til beh. iht. opstillet beh.plan) + DC* eller DZ031*		Dato
Ved ambulant behandling: Ventestatus ændres til 12 ved planlægelse af ambulant behandling, 26 ved behandlingens start. Ventestatus 22 (hvis behandlingen afsluttes samme dag som den starter).		
Ved indlæggelse til behandling: afsluttes til indlæggelse med afslutningsmåde L, henv. diagnose afhængigt af, om der er C-anmeldt i ambulatoriet.		
Afslutningsmåde (G – hvis pt. går direkte fra amb. op på afd. Ellers L)	L ☐	Andet ☐
Afsluttet til sygehus + afd.	Sygehus ☐	Afdeling ☐
Procedurekode v. afslutning uden efterfølgende behandling eller beh. i anden afd. ZWCM0 Alternativ cancerbehandling ZWCM1 Besluttet ingen udredning (klin.) ZWCM7 Besluttet beh. i anden afdeling (klin.) ZWCM8 Besluttet ingen behandling (klin.)		Udfyldes evt. Koder med blå markering anbefales ZWCM
Oprettelse af henv. til indlæggelse m. ventestatus 12 og henvisningsmåde G (Vigtigt)		
Målepunkt E1 – behandlingsstart organisatorisk (pt.s første fremmøde)		
Dato for organisatorisk behandlingsstart = indlæggelsesdato	Dato	
Målepunkt E2 – behandlingsstart klinisk (pt.s første behandlingsprocedure) HUSK Canceranmeldelse ved epikrise, hvis det ikke er gjort i ambulatoriet		
Dato for klinisk behandlingsstart = operationsdato	Dato	
Procedurekoder for behandling		

Det udfyldte skema anvendes til kodning, arkiveres derefter i mappe i den enkelte afd.
Skemaet udfyldes, også selvom diagnosen afkræftes.

Figur 15 Skema, som anvendes til kodning på Kirurgisk Afdeling SVS

Afdelingen har forsøgt at gøre de fysiske rammer bedre for sekretærerne. Der er lavet et specielt sekretærkontor, hvor der kun skrives journaler. Sekretærerne skiftes til at være i ambulatoriet. Den registreringsansvarlige sekretær udtrykker, at hvis man som ”sekretær afbrydes i arbejdet, er det hurtigt at trykke billedet frem igen, og jeg kan faktisk ikke helt forstå, hvorfor det er så svært at få det til at køre. For jeg synes, det er meget simpelt. Men det er åbenbart ikke helt simpelt.”

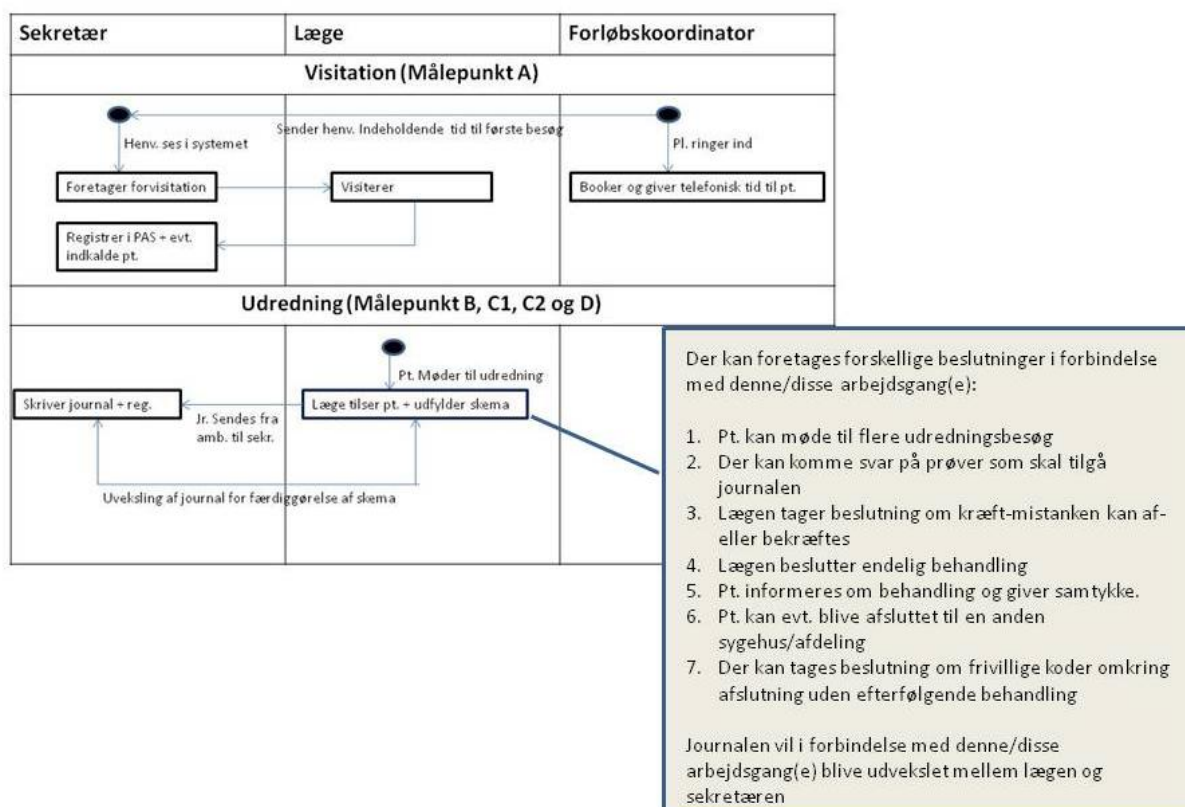
Mini-interview med sekretærer

Vi spurgte her flere sekretærer, der registrerer, om hvilke faldgruber de ser i løbet af registreringsforløbet for kræftpakkemonitoreringen.

De angav de største fejlkilder som værende i forbindelse med:

- at patienten indlægges akut fra andre sygehuse
- at patienten skal behandles eller udredes på andre sygehuse,
- at patienten udredes under indlæggelse,
- at skemaet ”gemmer” sig blandt andre papirer i journalen,
- at lægen ikke får udfyldt skemaet, og det skal derfor ”lægges” til ham.
- at lægen ikke tager stilling til den cancerdiagnosen, så henvisningsdiagnosen fortsat benyttes i det videre forløb.
- at der er en anden kræftdiagnose
- at man glemmer at afkræfte henvisningsdiagnosen.

Nedenstående figur 16 viser de arbejdsgange, der finder sted i forbindelse med visitation af en henvisning til et kræftpakkeforløb og den efterfølgende udredning af patienten, indtil enten afslutning eller behandling. Disse arbejdsgange genererer de diagnose- og procedurekoder, som bliver indberettet til Landspatientregistreret og som efterfølgende danner grundlag for kræftpakkemonitoreringen.



Figur 16 Arbejdsgange i forbindelse med visitation (egen tegning)

8.10.1 Diskussion af data vedrørende opgaver

Forløbskoordinatoren og den registreringsansvarlige mener, at det udelukkende er patienter, der kommer med en obs. cancer henvisningsdiagnose fra primær sektor, der skal indgå i kræftpakkemonitoreringen. På direktionsniveau på SVS er informanterne vidende om, at overlæger på andre sygehuse i Regions Syd visiterer til pakkeforløb, selvom den praktiserende læge ikke har gjort det. Men de fastholder, at disse patienter ikke vil komme med i monitoreringen på SVS. Regionsrepræsentanten derimod siger, at det er den visiterende læge på sygehuset, der har ansvaret for den henvisningsdiagnose, som registreres i PAS-systemet og dermed indberettes til Landspatientregistret. Repræsentanterne IT-afdelingen og Planlægningsafdelingen på SVS mener, at praksislægerne i deres del af regionen ikke er så gode til at sende patienterne til pakkeforløb. Forløbskoordinatoren undrer sig over, at de praktiserende læger ikke benytter sig af muligheden for at ringe op til afdelingen og få en udredningstid til en patient, hvor lægen har mistanke om kræft.

For den registreringsansvarlige sekretær og for den forløbsansvarlige sygeplejersker fylder fejl og mangler i registreringen meget. De synes først og fremmest, at det er tungt at få lægerne til at udfylde registreringsskemaet, men samtidig undrer de sig over, at ikke flere

sekretærer selv kan finde frem til målepunkter ud fra lægens journaldiktat. IT-afdelingen genererer lister over de manglende registreringer. Hvis der er generelle fejl, gør de særlig opmærksom på det overfor sekretærerne. Informanten på sygehusniveau ser det som problematisk, at afdelingerne ikke får afsluttet korrekt, når patienter sendes videre til andre sygehuse. På regionsniveau har de i monitoreringssystemet udarbejdet en fejlliste, som kan trækkes på de enkelte sygehuse. Gruppen ser, at organisationen fra afdeling via sygehusniveau til regionen har stor fokus på disse manglende og fejlregistreringer. Ud fra fejllisterne bliver manglerne udbedret af den registreringsansvarlige sekretær. Hun bemærker selv, at det ikke er den bedste måde at formidle læring omkring korrekt registrering videre på, men i samme åndedrag siger hun, at hun ikke kan finde tid til denne undervisning/tilbage melding til de specifikke sekretærer, som håndterer den daglige registrering. Vi finder, at en prioritering af denne undervisning/tilbage melding ville kunne medvirke til færre fejl og manglende registreringer i fremtiden.

Visitationen af de modtagne henvisninger ligger hos bestemte læger, men lægerne har så meget andet arbejde, at de ofte først når visitationen sidst på dagen. Konsekvensen er, at der kan gå en dag, før sekretæren kan foretage den videre behandling af henvisningen. Gruppen skønner, at visitationsopgaven med fordel kunne gøres mere eksplicit i lægens arbejdsdag, således at tid til visitation kalendersættes.

Afdelingen har været opmærksom på problemet, som afbrydelser kan være for sekretærers arbejde med skrivning af journaler og registreringer, og afhjulpet problemet med oprettelsen af et separat kontor. Det svarer meget godt til, hvad gruppen fandt i projektet om skaderegistrering på skadestuen i Silkeborg, hvor én af anbefalingerne netop var at sekretærkontoret bør være lukket for at skabe mere arbejdsro (Sanogo og Grøndahl 2009 s. 89)

De konkrete arbejdsgange i forbindelse med registreringer til kræftpakke-monitorering

Ud fra observationen udarbejdede vi en oversigt over de detaljerede arbejdsgange i forhold til registrering til kræftpakke-monitoreringen. Den er utrolig omfattende, og der er mange led i arbejdsgangene for hver aktør for hver delopgave. Se uddrag af arbejdsgangsbeskrivelsen nedenfor i tabel, og den fulde beskrivelse i bilag 1.

Arbejdsgang/sekvens	Aktør	Bemærkning
Åbner sygeplejelog	Sekretær	
Åbner ”postkassen”	Sekretær	
Åbner modtagne henvisninger	Sekretær	Modtages fra e.l. og andre sygehusafdelinger.
Vælger Kirurgisk Klinik	Sekretær	
Vælger specialet	Sekretær	
Vælger og åbner henvisningen fra liste	Sekretær	
Ser i teksten, hvad patienten er henvist for	Sekretær	
Evt. videresende henvisning, hvis henv. Er fremsendt til forkert speciale	Sekretær	
Skriver evt. bemærkning eller sætter makro ind til visitator	Sekretær	Makro til parenkymkir. Indikerer om det drejer sig om øvre- eller nedre mave/tarm.
Sætter ansvar på	Sekretær	”fordi så behøver den der er ansvarlig kun at gå ind på dem, han har ansvar for”.
Sender til visitering	Sekretær	
Sceneskift		
Åbner sygeplejelog	Læge	
Åbner ”postkassen”	Læge	
Åbner modtagne henvisninger til visitering	Læge	
Vælger speciale og ansvar	Læge	
Udfylder felt til visitering	Læge	” siger hvad skal patienten”
Sætter ventegruppe på	Læge	Altid ventegruppe 48 ved dem der haster.
Sætter diagnosekode på	Læge	” skal så være en af de her DZ03 og et bogstav bagefter, så kommer de med i de her kræftpakker”.
Trykker på knappen ”Visiter”	Læge	

Tabel 4 Viser uddrag af detaljeret arbejdsgangsbeskrivelse for delopgaverne modtagelse af henvisning og visitation.

Den registreringsansvarlige sekretær giver hele tiden udtryk for modsatrettede synspunkter om, hvorvidt det er svært eller ej at foretage disse registreringer.

” Som ”gammel” sekretær i afdelingen, mener jeg, at man i mange tilfælde sagtens kan se, hvornår de her målepunkter er opfyldt, men ”det er der åbenbart mange af mine kolleger, der ikke føler sig sikre på.”

”jeg kan faktisk ikke helt forstå, hvorfor det er så svært at få det til at køre. For jeg synes, det er meget simpelt. Men det er åbenbart ikke helt simpelt.”

På den ene side er det svært at få lægerne til at udfylde registreringsskemaet korrekt, og på den anden side, forstår hun ikke, at sekretærerne ikke kan udlede flere af målepunkterne på egen hånd ud fra lægernes journaldiktater.

I løbet af observationen, hvor hun ’tænker højt’, bemærker hun flere gange, at *”her er der en mulig fejlkilde”* i forhold til bestemte trin i registreringen. De svarer meget godt til de fejlkilder, som den registrerende sekretær giver udtryk for.

9. Konklusion

I dette kapitel præsenteres konklusionen for projektet til besvarelse af vores problemformulering, som er:

Hvilke faktorer i organisationen har betydning for at sikre korrekte data i registreringen af kræftpakkeforløb?

Vores undersøgelse viser overordnet, at der er mange faktorer, der har betydning for sikringen af korrekte data i registreringen af kræftpakkeforløb, og at de berører alle delområderne i vores teorimodel.

Historie

Vi finder, at Region Syddanmark inden opstarten på landsplan, allerede havde etableret en monitoreringsgruppe for kræftpakkeforløb. Monitoreringsgruppen havde sit udspring i en arbejdsgruppe, der beskæftigede sig med kvalitetsdata i regionen. Historien vedrørende den tidlige etablering af en monitoreringsgruppe mener gruppen, er en betydelig faktor for, at Region Syddanmark er langt fremme med implementeringen af kræftpakkeforløb og monitoreringen heraf.

Derimod finder vi, at historien vedrørende Vejle-erfaringen med pakkeforløb ikke er en samlende faktor inden for regionen. Én af forklaringerne kan være, at det er en ung organisation, som først nu er ved at opbygge sin egen historie.

Omverden

Repræsentanterne for IT-afdelingen og Planlægningsafdelingen føler, at regionen har lyttet til behovene for forbedringer af monitoreringssystemet fra SVS.

På afdelingsniveau føler de sig derimod ikke hørt i regionen, hvad angår kravet fra regionen om passiv-registrering, som der ikke tages højde for i monitoreringen med dårligere statistikker for afdelingen til følge.

Noget, der bliver fremhævet af informanterne på afdelingsniveau, er, at visitationsopgaven til kræftpakkeforløb vanskeliggøres af, at de praktiserende læger ofte ikke angiver de korrekte oplysninger i henvisningen, fx at der i feltet særlige forhold ikke anføres ”kolorektal cancer, obs. pro.”. Denne oplysning kan findes på Region Syddanmarks hjemmeside med sundhedsfaglig information til praksis, kommuner og sygehuse

(VisInfoSyd.dk). Konsekvensen er, at afdelingen ikke får så mange patienter visiteret til kræftpakkemonitorering, som informanterne kunne forvente.

Vi ser, at kommunikationen med den af informanterne oplevede omverden er en vigtig faktor i forhold til registreringen af kræftpakkeforløb.

Vision, værdier og mål

Det overordnende mål med kræftpakkemonitoreringen er, at kræftpatienter skal tilbydes et hurtigt udrednings- og behandlingsforløb. Vi oplever en organisation, som på alle niveauer arbejder for at opnå dette mål. Vores informanter på alle niveauer giver udtryk for en oplevelse af, at patienterne får en hurtigere behandling end tidligere.

Vores undersøgelse viser, at kræftpakkemonitoreringen er en del af afdelingens visioner, værdier og mål.

Vigtige faktorer for registreringen af kræftpakkeforløb er at medarbejdere på alle niveauer i organisationen kender formålet med opgaven, og at medarbejderne på afdelingsniveau oplever at ledelsen prioriterer registreringen.

Motivation og belønningssystemer

Vores undersøgelse viser, at der på alle niveauer i organisationen er en forståelse for vigtigheden af at motivere, fastholde og udvikle medarbejdere i forhold til forandringsvisionen læs kræftpakkemonitoreringen.

På sygehusniveau er der en forståelse af vigtigheden af, at overlægerne skal se værdien af kræftpakkeregistreringen, således at de kan bakke sekretærene op. Hos den ledende overlæge ser vi en stor forståelse for vigtigheden af motivering af medarbejderne, for eksempel gennem fremhævelse af gode resultater i afdelingen.

Da pakkeforløb vedrørende kræft blev implementeret i Region Syddanmark inkluderede det undervisning af registreringsansvarlige på samtlige sygehuse i regionen. Til det nye system, har Regionen udarbejdet vejlednings- og informationsmateriale og fremsendt det til sygehusene. Til gengæld ser vi, at man lokalt på SVS ikke har forberedt undervisning til det nye monitoreringssystem. På afdelingsniveau har undervisning af de enkelte sekretærer i kræftpakkeforløb foregået ved enkeltmandsundervisning af forløbskoordinatoren.

Den ledende overlæge har fokus på at formidle afdelingens visioner og mål bl.a. gennem deltagelse i de respektive faggruppers personalemøder og en forestående fælles temadag for hele afdelingen.

Den registreringsansvarlige og forløbskoordinatoren har stort fokus på manglende registreringer og fejlregistreringer. De følger op på fejllister og korrigerer, men de melder ikke tilbage til de sekretærer, som i det daglige udfører registreringerne.

Samlet konkluderer vi, at motivation og belønningssystemer er en vigtig faktor for korrekt registrering af kræftpakkeforløb.

Organisationskultur

I undersøgelsen finder vi ikke en fælles ”vi-kultur” for regionen. Vi ser det som udtryk for, hvor svært det er at skabe en ny organisationskultur ved store strukturelle ændringer, som regionsdannelserne har været.

På alle niveauer i organisationen ser vi en stolthed for det arbejde, der lokalt gøres i forhold til registreringen og monitoreringen af kræftpakkeforløbene.

Vi ser, at der på Kirurgisk Afdeling på SVS udelukkende afholdes personalemøder i de fagprofessionelle subkulturer. Det resulterer i, at der ikke er et fælles forum, hvor fx læger og sekretærer kan diskutere arbejdsgangen omkring registreringen af kræftpakkeforløb. Men initiativet fra den ledende overlæge om en fælles temadag, ser vi som et tiltag til understøttelse af en samlet ”vi-kultur” i afdelingen.

Undersøgelsen viser, at organisationskultur er en meget vigtig faktor for registrering og monitorering af kræftpakkeforløb. Vi ser den ikke kun som en isoleret variabel, men som tæt forbundet med hver af de øvrige variabler i vores teorimodel.

Fysiske rammer

Oprettelsen af det separate sekretærkontor viser, at afdelingen har haft fokus på at give mere ro til sekretærernes arbejde. Sekretærerne er nu fysisk placeret i en anden bygning, end der hvor patientbehandlingen foregår. Dermed er sekretærerne fysisk langt fra de klinikere, der skal give dem data til kræftpakkeregistreringen. Registrering af kræftpakkeforløb kræver samarbejde imellem flere personalegrupper, og det er nødvendigt at være ”tæt” (fysisk placering) på hinanden for at kunne udføre registreringsopgaven optimalt. En teknologi, som overflødiggør ekstra artefakter som papirskemaer, ville gøre det mindre nødvendigt at være på samme lokalisation for at kunne udføre den fælles opgave, som registrering af kræftpakker er.

Vores undersøgelse viser, at de fysiske rammer for registreringen af kræftpakkeforløb.

Struktur

I undersøgelsen har vi set, at organisationen omkring kræftpakke-monitoreringen ikke har udnyttet de muligheder, som informationsteknologi kan give til en forbedring og forandring af informations- og kommunikationsvejene på tværs af hierarkier og faggrupper. Ud fra interviewene er det uklart, hvorvidt der er en bevidsthed i organisationen omkring, hvem der modtager information og kommunikation. Specielt at:

- medarbejderne på sygehusniveau kan blive ”flaske-hals” i forhold til kommunikation fra regionalt niveau til afdelingsledelserne.
- afdelingsledelsen kan blive en ”flaske-hals” i forhold til den videre kommunikation ud til medarbejderne.

Vi ser et problem i, at information, som skal kommunikeres ud i organisationen, i sidste ende modtages i en ”privat” elektronisk postkasse. Vi ser en fare i, at den enkelte person, der modtager informationen ikke har bevidsthed om sit ansvar for den videre distribution i organisationen.

Vores undersøgelse viser, at det er vanskeligt at kommunikere informationer fra sygehusniveau til de praktiserende læger. Vi ser dog, at informanterne på alle niveauer i organisationen arbejder for, at dette samarbejde skal forbedres. Bl.a. har man forsøgt med informationsmøder, og der er praksiskoordinatorer med i kræftstyregruppen regionalt og på sygehusniveau. Derudover taler den ledende overlæge om at tage personlig kontakt til praksiskoordinatoren.

Vi ser i vores undersøgelse at kommunikationsvejene følger det traditionelle hierarki i sundhedsvæsenet. Dette viser, at informationsteknologien ikke udnyttes til at udbrede information på tværs af organisationen.

Vores undersøgelse viser, at strukturen i organisationen er en vigtig faktor for registreringen af kræftpakkeforløb.

Teknologi

Vi ser, at det er problematisk for regionen at få trukket data ud til kræftpakke-monitoreringen fra 4 forskellige PAS-systemer.

Den ledende overlæge giver udtryk for, at dokumentationen i det nuværende PAS-system er gammeldags, både fordi der mangler hjælpeværktøjer og fordi der pågår dobbeltregistrering på papir til kræftpakke-registreringen.

Der er mange ting, sekretæren skal huske i forbindelse med registreringen af data i PAS-systemet. Det drejer sig fx om de specifikke koder samt hvilke felter i registreringsbilledet, der skal udfyldes.

Repræsentanten for IT-afdelingen fortæller, at PAS-systemet kan sættes op til at give flere valideringer, men at dette er fravalgt, idet der er et nyt PAS-system på vej i Regionen.

Vi ser, at teknologi er en vigtig faktor for registreringen og monitoreringen af kræftpakkeforløb. Region Syddanmark har et nyt PAS-system på vej, som forventes at løse nogle af de problemer for registreringen og monitoreringen af kræftpakkeforløb, som undersøgelsen har vist. Hvorvidt det nye PAS-system er fuldt integreret i den elektroniske patientjournal, der skal indføres i Region Syddanmark, vides ikke. En integration er afgørende for, hvorvidt det vil blive muligt, at registreringer kan 'fødes' med klinikkernes dokumentation.

Opgaver

Registrering af kræftpakkeforløb har sit udgangspunkt i henvisninger fremsendt fra praktiserende læger. Igennem vores informanternes udtalelser oplever vi, at der er en uklarhed i organisationen om, hvorvidt kræftpakkemonitoreringen både omfatter de patienter, som er visiteret af en praktiserende læge og de patienter, som visiteres til kræftpakkeforløb på sygehuset.

Vores observation af registreringsarbejdsgangen viser, at der anvendes to forskellige IT-systemer i forbindelse med registrering af kræftpakkeforløb: en sygeplejejournal (til modtagelse og visitation af henvisninger) og et PAS-system til registreringen af kræftpakkeforløb. Igennem observationen fremgår det, at ingen andre faggrupper end sekretærerne anvender PAS-systemet. Derfor er det nødvendigt at anvende et registreringsskema for at sikre kommunikation af data til kræftpakkeregistreringen fra klinikerne til sekretærerne. Sekretærerne mener, at det er vigtigt for kvaliteten af kræftpakkeregistreringen, at lægerne selv udfylder data i registreringsskemaet. Lægerne mener, at sekretærerne kan lære at udlede data til registrering fra journaldiktater. Der er altså to modsatrettede holdninger til løsning af problemet med den manglende udfyldning af registreringsskemaet.

Sammenfattende viser vores undersøgelse en organisation, hvor der er et godt fokus på vision, mål, og værdier, motivation og belønningssystemer, fysiske rammer, teknologi, og har formået at skabe en god basis for en forandringsorganisation (Kotter 2007). Flere

problemer er relateret til teknologien, men med en ny teknologi på vej både for registreringen og monitoreringen, kan det forventes, at disse vil reduceres. Men uden en fuld integration i en elektronisk patientjournal vil det ikke blive muligt, at registreringer kan være tilknyttet klinikkernes dokumentation af patientbehandling. Registreringen vil fortsat være andenhånds og dermed en mulig fejlkilde til registreringen. En fælles elektronisk patientjournal vil reducere behovet for at registrerende sekretærer er placeret tæt på klinikkerne. Der er noget, der tyder på at sygehusorganisationskulturen kan være en hæmsko i udviklingen af en mere rationel kommunikation- og informationsstruktur.

10. Metodekritik

Vi besluttede tidligt i projektprocessen, hvilken teori vi ville anvende til at undersøge vores problemformulering. Efterfølgende tog vi beslutning om vores undersøgelsesdesign, hvor vi primært valgte at anvende det kvalitative forskningsinterview i form af ekspertinterviews som metode og sekundært en observation i kontrolleret miljø. Vi er bevidste om, at vores valg af både teori og undersøgelsesmetode har stor betydning for udfaldet af projektet.

Gruppen har valgt at dele metodekritikken op i tre dele:

- Undersøgelsesmetoden
- Teori
- Generaliserbarhed af undersøgelsesresultater

Undersøgelsesmetoden

Med udgangspunkt i vores videnskabsteoretiske ståsted (kapitel 5), har det været naturligt for os at vælge den kvalitative tilgang til undersøgelsen i Region Syddanmark. Vi har valgt triangulering som forskningsmetode med henblik på at øge undersøgelsens validitet. (Bowling, A 2002)

Vi så, at det var vigtigt for belysningen af vores problemformulering, at indsamle informationer fra flere niveauer i organisationen, idet vi i vores 2. års projekt vedrørende skaderegistrering (Grøndahl og Sanogo 2009), havde fravalgt ledelsesaspektet, hvilket efterfølgende manglede i besvarelsen af problemformuleringen.

Det er en svaghed i dette projekt, at der ikke blev foretaget interview af en praktiserende læge til uddybning af grunde til, at der ofte er mangler i henvisningerne til kræftpakkeforløb.

Vi foretog vores undersøgelse i 3 trin: På trin 1 foretog vi interview på regionsniveau. Dette interview gav os bl.a. informationer om, hvordan Region Syddanmark har valgt at organisere kræftpakkemonitoreringen. Informationerne fra dette interview anvendte vi efterfølgende i forbindelse med udarbejdelsen af interviewguides til trin 2, som var interviews på SVS. Fra interviewet med den registreringsansvarlige og forløbskoordinatoren brugte vi informationerne vedrørende registreringsarbejdsgangen til at forberede observationen på trin 3. Det har været vigtigt for os at kunne anvende informationerne fra de forskellige trin undervejs i undersøgelsen, og det har altså ikke været ligegyldigt i hvilken rækkefølge, undersøgelserne er blevet udført.

De enkelte interviews er foretaget på forskellig vis, hvilket vi mener, har udvidet vores interviewmateriale betragteligt:

- 2 interviews er foretaget traditionelt med én deltager. Det drejer sig om interview med repræsentanten for sundhedsområdet i regionen samt interviewet med den ledende overlæge (hvor forløbskoordinatoren dog deltog som observatør).
- 2 interviews er foretaget med 2 personer samtidig. Det drejer sig om interviewet på sygehusniveau, hvor der deltog en person fra IT-afdelingen og en person fra Planlægningsafdelingen samt interviewet på afdelingsniveau, hvor både den registreringsansvarlige og forløbskoordinatoren deltog.
- I miniinterviewet på sekretærkontoret deltog 4 sekretærer samt den registreringsansvarlige, hvor 2 sekretærer primært besvarede vores spørgsmål.

Vi mener, at interviewmetoden med deltagelse af 2 informanter, har givet flere oplysninger, end et interview af informanterne enkeltvis ville have givet. I begge interviewene har informanterne hver især haft egen specialviden, men de har samtidig kunnet uddybe de enkelte udsagn på tværs.

Miniinterviewet på sekretærkontoret skete som en opfølgning på observationen af registreringsarbejdsgangen, hvilket vores informant foreslog, idet vi havde supplerende spørgsmål, som hun ikke umiddelbart kunne svare på. Vi mener, at dette miniinterview har bidraget til at validere de indsamlede oplysninger fra observationen.

Den direkte observation af registreringsarbejdsgangen var planlagt til at skulle foregå i et kontrolleret miljø, altså i et lokale, hvor vores informant ikke ville blive forstyrret i registreringsarbejdet. Det lod sig dog ikke gøre, idet det ikke var muligt at få adgang til de involverede IT-systemer i det planlagte lokale. Umiddelbart må det siges at være en svaghed ved vores observation, at vores informant blev forstyrret flere gange i løbet af seancen. På den anden side fik vi et mere realistisk indblik i, hvor mange gange en sekretær afbrydes i sit arbejde. Ved at observationen foregik i et almindeligt kontormiljø på SVS, fik vi også en fornemmelse af fx støjniveau; folk, der kommer ind og ud af kontoret, samtaler (som ikke vedrører den specifikke sekretær) samt døre, der larmer i baggrunden.

Vi har valgt ikke at foretage en direkte observation af sekretærernes arbejde. Dette valg har vi truffet på baggrund af, at selve registreringen af kræftpakkeforløb er opdelt i mange mindre registreringsseancer, som foregår over et tidsforløb. Set retrospektivt kunne et

observationsstudie af både lægers og sekretærers arbejde, have givet input til yderligere belysning af vores problemformulering.

Vi ville i dette projekt have brugt data fra MIS Kræft og SydLIS til problemanalysen og til trianguleringen af undersøgelsen. Men vi så os nødsaget til at opgive det af to grunde. Dels beslutningen fra Sundhedsministeriet (2009) om ikke at videreføre MIS Kræft som nationalt monitoreringssystem, dels omlægningen af LPR, der betød at monitoreringssystemerne ikke modtog data i første kvartal af 2010. Vi har dog arbejdet en del med data fra MIS Kræft for selv at opnå en dybere forståelse for problemområdet.

Teori

Som teoretisk baggrund for vores projekt har vi valgt at udarbejde egen teorimodel med udgangspunkt i Leavitt-Ry-modellen. Modellen berører mange faktorer i den samlede organisation, hvilket vi mener, er vigtigt til belysning af vores problemformulering, som efterlyser ”faktorer”, der kan have indflydelse på korrekt registrering af kræftpakkeforløb. Vi har valgt at uddybe flere af variablerne i modellen; Motivation/belønning, struktur og kultur, som vi har udbygget med mere dybdegående teorier.

Teorimodellen har været omdrejningspunkt igennem hele undersøgelsen fra udarbejdelse af interviewguides, hvor vi sikrede, at de forskellige variabler var dækket i spørgsmålene, til analysen, hvor vi kategoriserede de enkelte udtalelser inden for variablerne i modellen samt endelig i vores konklusion.

Vi mener, at det er en stor fordel for besvarelsen af vores problemformulering, at teorien inddrager så mange faktorer omkring organisationen. Vi ser det også som en fare, idet man risikerer at være meget overfladisk i undersøgelsen, når så mange faktorer skal afdækkes. Vi har forsøgt at imødegå dette problem, ved at se nærmere på specifikke variabler i modellen.

Generaliserbarhed af undersøgelsesresultater

Ifølge Riis s. 161 (2005) indebærer generalisering at specificere, hvor tilsvarende mønstre kan forventes at forekomme, og hvor de ikke vil forekomme. Generaliseringen udvider konklusionen fra det foreliggende materiale ved at indkredse paralleller og kontraster.

Vi vil i dette afsnit argumentere for, at det er muligt at generalisere resultatet af vores undersøgelse i Region Syddanmark til de andre regioner i Danmark.

Gruppen har valgt at foretage undersøgelsen i Region Syddanmark, da man, som beskrevet i kapitel 3 (problemanalyse), på nogle områder kan anse denne region som ”mønster region” inden for registreringen af kræftpakkeforløb. Dels pga. at Vejle Sygehus, som er beliggende i denne Region, har været pioner inden for etableringen pakkeforløb, og dels fordi denne region har opstartet kræftpakkemonitorering inden, det var endeligt besluttet på landsplan. Nogle udtræk fra MIS Kræft viser, at Region Syddanmark ligger i front og andre udtræk viser, at også Region Syddanmark har mulighed for forbedringer.

Valget af ”mønster regionen” som undersøgelsesområde, har ikke været tilfældigt, idet Schofield (1990) ifølge Kvale (1997) påpeger, at man kan foretage undersøgelser af de mest avancerede tilfælde, som kan give resultater, der efterfølgende kan generaliseres.

I vores konklusion ser vi flere resultater, som kan generaliseres:

- Udtræk fra MIS Kræft viser, at der i alle regioner er problemer med at få registreret de korrekte henvisningsdiagnoser ved mistanke om kræft, hvilket gør, at mange patienter ikke medtages i monitoreringen.
- Ved observation af registreringsarbejdsgangen ser vi et ældre PAS-system, hvor der er behov for anvendelse af et registreringsskema i papirform til opsamling af data. Da der endnu ikke er mange fuldt udbyggede EPJ-systemer i Danmark med fuld integration mellem EPJ (den kliniske registrering) og PAS, ser vi også dette som et generelt problem i Danmark.
- Vi finder, at der afholdes fagopdelte personalemøder. Ud fra egen empiri som henholdsvis sygeplejerske og lægesekretær, er vi vidende om, at sygehusorganisationskulturen på dette punkt ligner hinanden mange/de fleste steder i Danmark.
- Vores informanter giver udtryk for, at kommunikationsflowet i Region Syddanmark følger de traditionelle hierarkier. Dette punkt, mener vi også at kunne generalisere til de andre Regioner i Danmark, idet opbygningen af sygehusvæsenet i de enkelte regioner ikke differentierer meget fra hinanden.
- Vi finder, at der på alle niveauer i organisationen er en forståelse for vigtigheden af at motivere, fastholde og udvikle medarbejdere i forhold til forandringsvisionen på baggrund af en synlig ledelse. Vi mener også at kunne generalisere dette punkt, idet motivation og synlig ledelse er vigtige i alle organisationer, der skal indføre forandringer (Kotter 1996)

På baggrund af ovenstående mener vi, at fundene i dette projekt kan generaliseres, og at anbefalingerne i perspektiveringen (kapitel 11) kan indgå i arbejdet med registrering og monitorering af kræftpakkeforløb i alle regioner i Danmark.

11. Perspektivering

Ud fra fundene i dette projekt, giver vi en række anbefalinger, som vi mener, kan bruges på tværs af regioner og sygehuse i Danmark som baggrund for forbedringstiltag til en mere korrekt registrering af kræftpakkeforløb.

Anbefalinger

På baggrund af både positive og negative resultater fra vores undersøgelse i Region Syddanmark og SVS er vi nået frem til følgende anbefalinger i forhold til de faktorer, vi mener, har betydning for korrekt registrering af kræftpakkeforløb. Disse anbefalinger, mener vi, kan gælde for alle dele af sundhedsvæsenet i Danmark, som beskæftiger sig med registrering af kræftpakkeforløb.

- **Historie:** Regionerne bør arbejde på at få en fælles historie og kultur gennem fx fremhævelse af succeshistorier i regionen.
- **Omverden:** Det bør sikres, at relevante og vigtige oplysninger vedrørende kræftpakkemonitoreringen tilgår alle involverede aktører på alle niveauer i organisationen.
- **Omverden:** En forløbskoordinator kunne have en udadvendt rolle i forhold til de praktiserende læger – fx igennem telefonisk kontakt til praksisser, hvorfra der modtages ufuldstændige henvisninger.
- **Vision, værdier og mål:** På alle niveauer bør det sikres at vision, værdier og mål kommunikeres tydeligt ned gennem organisationen til samtlige medarbejdere.
- **Motivation/belønningssystemer:** På afdelingsniveau bør der være en synlig ledelse, således at medarbejderne bliver fastholdt i motivationen for korrekt registrering af kræftpakkeforløb.
- **Motivation/belønningssystemer:** Efterregistrering af fejl og mangler bør uddelegeres til de registrerende sekretærer og den dertil nødvendige undervisning skal etableres.
- **Organisationskultur:** En afdelingsledelse bør arbejde aktivt for at øge kommunikationen og samarbejdet imellem de fagspecifikke kulturer.
- **Struktur:** Der bør afsættes midler til et forskningsprojekt med fokus på brugen af informationsteknologi til kommunikation og information på tværs en organisation (det være sig en region, et sygehus eller en afdeling). Et sådant forskningsprojekt ville kunne danne grundlag for udarbejdelse af politikker og retningslinjer for

hvorledes informationsteknologien anvendes som kommunikation og informationsmiddel.

- **Struktur:** Der bør etableres erfa-grupper for registreringsansvarlige og forløbskoordinatorer på sygehus/regionsniveau.
- **Teknologi:** IT-system til registrering af kræftpakkeforløb bør indeholde hjælpeværktøjer og valideringer, der kan guide brugeren igennem registreringsprocessen.
- **Teknologi:** Koder til indberetning bør opsamles i forbindelse med den kliniske registrering, således at dobbeltregistrering undgås.
- **Opgaven:** Der bør etableres et forum, hvor læger og sekretærer kan diskutere problemer/aftaler/forbedringer til den fælles registreringsopgave.

Anbefalingerne kan i det store hele være gældende i forhold til opsamling af data generelt både til LPR og andre kvalitetsdatabaser.

Andre anbefalingerne kan anvendes mere generelt, fx vil et større fokus på, hvordan information distribueres i sundhedsvæsenet ved hjælp af informationsteknologi kunne give værdi på mange forskellige områder.

12. Abstract

In recent years, there has been a focus on improving the treatment of cancer in Denmark. This has happened in a number of ways, including the implementation of cancer pathways. The monitoring of the cancer pathways is based on the National Patient Registry. The aim of this is to provide statistical foundation for quality control and development, as well as for political, administrative, and clinical decision making in the area of cancer. However, the entries often contain incorrect or incomplete data which compromises the aim. This project studies which organizational factors are pertinent to correct registration of cancer pathways. The science theory base of the project is the phenomenological hermeneutics, a transcendental philosophical epistemology and the hermeneutical circle as the ontology. The study was carried out in the Region Syddanmark, at the hospital Sydvestjysk Sygehus (SVS) and its surgical department through interviews with staff at the regional, hospital and department level. Also, an observation study in a controlled environment was conducted to look specifically at the registration task. The Leavitt-Ry model (2005) combined with the eight-stage process in Leading Change by J. Kotter (2007), and the role of information technology inspired by Thorsvik and Jacobsen (2002) was chosen as a theoretical background for the study and the analysis of the findings. Some of the pertinent factors for a correct registration of cancer pathways found in this study are: diagnoses of referral from the general practitioners are frequently incomplete or incorrect, data for the registration is gathered on paper before the actual registration by a secretary, and the patient administrative system in use at SVS is not integrated in an electronic health record, and does not offer dropdown choices or data validation, information technology is underutilized for communication and information other than through the traditional hierarchy, the head of the department is aware of the importance of maintaining motivation for the monitoring of the cancer pathways among his staff, and that vision, values, and goals are being communicated well throughout the department. In conclusion these findings lead to show an organization, that has focus on visions, values and goals, motivation, technology and the physical environment, which all are pertinent factors for a correct registration of cancer pathways. The study also shows an organization, in which the traditional hospital organization culture is an obstacle for developing a more rational communication and information structure. In the method discussion, we examine, how the results from this study can be generalized to the rest of the country. Lastly, a number of recommendations are given as to how a more correct registration of cancer pathways can be achieved.

13. Litteraturliste

- Andersen, I 2005, *Den Skinbarlige Virkelighed*, Forlaget Samfundslitteratur, Frederiksberg
- Bowling, A 2002, *Research methods in health*. Open University Press, Berkshire
- Eriksen, H og Ulrichsen, H 1991, *Tre kulturer i hospitalssektoren*, Erhvervsøkonomisk Forlag S/I, København
- Fuglsang, L og Olsen, PB 2004, *Videnskabsteori i Samfundsvidenskaberne*, Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg
- Gaub J et al 2005, *Bilag til Kræftplan II – 6.1 Patientforløb organiseret i pakker*, Sundhedsstyrelsen. Kan downloades fra:
http://www.sst.dk/publ/Publ2005/PLAN/Kraeftplan2/bilag/Bilag_6_1_Patientforloeb_organiseret_i_pakker.pdf (17.10.2009)
- Grøndahl, S og Sanogo, EG 2009, *Skaderegistrering*, Sundhedsinformatik AAU, 2. årgang.
- Hatch, MJ 2006, *Organization Theory*, Oxford University Press, New York
- Højberg, H 2004 Hermeneutik fra Fuglsang, L og Olsen, PB (red) 2004, *Videnskabsteori i Samfundsvidenskaberne*, Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg
- Indenrigs- og sundhedsministeriet 2010, *Rekordlav ventetid på kræftoperation og ballonudvidelser*. Kan downloades fra:
http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Kraeft/2010/Maj/Lavere_ventetider.aspx (06.05.2010)
- Jacobsen og Thorsvik 2002, *Hvordan organisationer fungerer*, Hans Reitzels Forlag, København.
- Kotter, JP 1996, *Leading Change*, Harvard Business School Press, Boston
- Kotter, JP 1997, *I spidsen for forandringer*, Peter Asschenfeldts Nye Forlag, København
- Kristiansen, S og Krogstrup, H 1999, *Deltagende Observation*, Hans Reitzels Forlag, København
- Kvale, S 1997, *InterView En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*, Hans Reitzels Forlag, København
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2009, *Baggrund for beslutning om at stoppe statslig finansiering af monitoreringsinformationssystem for pakkeforløb for*

kræftpatienter (MIS Kræft). Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

- Nielsen, RJC og Ry, M 2002, *Anderledes tanker om Leavitt – en klassiker i ny belysning*, Nyt fra Samfundsvidenskaberne, København
- Ordbogen.com 2010.

Kan tilgås fra:

<http://www.ordbogen.com.zorac.aub.aau.dk/opslag.php?word=faktorer&dict=auto#ddno>

- Region Syddanmark 2010, *Kræftmonitorering i SydLIS*, Region Syddanmark.
- Rendtorff, JD 2004, *Fænomenologien og dens betydning*, fra Fuglsang, L og Olsen, PB (red) 2004, Videnskabsteori i Samfundsvidenskaberne, Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg
- Riis, O 2005, *Samfundsvidenskab i Praksis*, Hans Reitzels Forlag, København
- Rønn, C 2006, *Almen Videnskabsteori for professionsuddannelserne*, Alinea, København
- Schein, EH 1994, *Organisationskultur og ledelse*, Forlaget Valmuen, København
- Sharp et al 2007, *Interaction design*, John Wiley & Sons Ltd, England
- Sundhedsstyrelsen 2000, *National Kræftplan – Status og forslag til initiativer i relation til kræftbehandlingen*, Sundhedsstyrelsen. Kan downloades fra: http://www.sst.dk/publ/Publ2000/Kraeft/National_kraeftplan_1.pdf (18.10.2009)
- Sundhedsstyrelsen 2005, *Kræftplan II – Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet*, Sundhedsstyrelsen. Kan downloades fra: <http://www.sst.dk/publ/publ2005/plan/kraeftplan2/kraeftplan2.pdf> (18.10.2009)
- Sundhedsstyrelsen 2007, *Opfølgning på Kræftplan II*, Sundhedsstyrelsen. Kan downloades fra: http://www.sst.dk/publ/Publ2007/PLAN/KraeftplanII/Opfoelgning_paa_kraeftplanII.pdf (14.05.2010)
- Sundhedsstyrelsen A 2008, *Kom godt i gang med MIS Kræft*, Sundhedsstyrelsen. Kan downloades fra: <http://www.sst.dk/~media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Maaling%20af%20kvalitet/Kom%20godt%20i%20gang%20med%20MIS%20Kraeft/2009%200115%20Kom%20godt%20igang%20med%20MIS%20Kraft%20kraft%20i%20tyktarm.ashx> (23.05.2010)
- Sundhedsstyrelsen A 2009, *Principper for fremtidig monitorering af kræftområdet*

med henblik på halvårlige offentliggørelser, Sundhedsstyrelsen

- Sundhedsstyrelsen B 2008, *Registrering af pakkeforløb for kræftpatienter – Vejledning*, Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen B 2009, *Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2010*, Sundhedsstyrelsen.

Kan downloades fra:

http://www.sst.dk/publ/Publ2009/DOKU/basisregistrering/basisreg_sghpt2010.pdf
(16.05.2010)

- Sundhedsstyrelsen C 2009, *Monitoreringsmodel – Målepunkter*. Kan downloades fra:

<http://www.sst.dk/~media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Maaling%20af%20kvalitet/Generel%20INFO%20Kraeftpakker/2009%200708%20Registrerings-%20og%20monitoreringsmodel%20Pakkeforlb%20for%20Kraftpatienter.ashx> (27.10.09)

- Sundhedsstyrelsen D 2009, *Notat Monitorering af pakkeforløb for kræftpatienter*.

Kan downloades fra:

<http://www.sst.dk/~media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Maaling%20af%20kvalitet/pakkeforloeb%20for%20kraeftpatienter/2009%200708%20Beskrivelse%20af%20registreringspunkter%20p%20monitoreringsmodel.ashx> (27.10.09)

14. Bilag

14.1 Bilag 1 - Arbejdsgang vedr. registrering af kræftpakkeforløb

Nedenstående skema viser arbejdsgangene i registreringen af kræftpakkeforløb. Selve arbejdsgangen er fortalt/vist af den registreringsansvarlige, som undervejs fortæller, hvilken aktør, der udfører de enkelte sekvenser. Bemærkningsfeltet indeholder yderligere forklaring til den enkelte sekvens.

Arbejdsgang/sekvens	Aktør	Bemærkning
Åbner sygeplejefjournal	Sekretær	
Åbner ”postkassen”	Sekretær	
Åbner modtagne henvisninger	Sekretær	Modtages fra e.l. og andre sygehusafdelinger.
Vælger Kirurgisk Klinik	Sekretær	
Vælger specialet	Sekretær	
Vælger og åbner henvisningen fra liste	Sekretær	
Ser i teksten, hvad patienten er henvist for	Sekretær	
Evt. videresende henvisning, hvis henv. Er fremsendt til forkert speciale	Sekretær	
Skriver evt. bemærkning eller sætter makro ind til visitator	Sekretær	Makro til parenkymkir. Indikerer om det drejer sig om øvre- eller nedre mave/tarm.
Sætter ansvar på	Sekretær	”fordi så behøver den der er ansvarlig kun at gå ind på dem, han har ansvar for”.
Sender til visitering	Sekretær	
Sceneskift		
Åbner sygeplejefjournal	Læge	
Åbner ”postkassen”	Læge	

Åbner modtagne henvisninger til visitering	Læge	
Vælger speciale og ansvar	Læge	
Udfylder felt til visitering	Læge	” siger hvad skal patienten”
Sætter ventegruppe på	Læge	Altid ventegruppe 48 ved dem der haster.
Sætter diagnosekode på	Læge	” skal så være en af de her DZ03 og et bogstav bagefter, så kommer de med i de her kræftpakker”.
Trykker på knappen ”Visiter”	Læge	
Sceneskift		
Åbner sygeplejelog	Sekretær	
Åbner ”postkassen”	Sekretær	
Åbner listen modtagne henvisninger, som nu står som visiteret	Ambulatoriesekretær	
Åbner en visiteret henvisning	Ambulatoriesekretær	
Ser hvad pt. Skal have lavet – samt ser om der er booket en tid til patienten.	Amb.sekretær	
Sender pt. Til PAS-systemet	Amb.sekretær	
Forløbsoversigt åbnes og vælger eller opretter nyt forløb i PAS.		Ved 48-timers patienter er det et nyt forløb.
Vælger ambulant eller indlæggelse	Amb. Sekretær	
Vælger henvisningsmåde	Amb. Sekretær	
Vælger ventetid	Amb. Sekretær	Årsagen til ventetid jf. fællesindhold.
Sceneskift		
Henvisningen på listen i sygeplejelog har nu en grøn vinge		Grøn vinge betyder at henvisningen er sendt til PAS
Sceneskift		
Bookingmodulet åbnes	Amb. Sekretær	

Hvis der ikke i forvejen er en tid, så bookes der en tid til patienten i bookingmodulet.	Amb. Sekretær/forløbs-koordinator.	En sygeplejerske kan på dette tidspunkt have ringet til patienten og givet en tid. Hvis der ikke kan findes et telefonnummer til pt., så sendes der et brev.
Sceneskift pt. Kommer til første besøg		
Får journal(er) fra ambulatoriet/dagkirurgisk center	Sekretær	
Finder patienten i PAS	Sekretær	
Skriver journalnotat	Sekretær	Lytter sig frem til dele af registreringen.
Fremsøger registreringsbillede	Sekretær	Via dos-kommandoer
Registrere besøgstype	Sekretær	
Tjekker ventestatus – skifter evt.	Sekretær	
Registrere besøgsdiagnoser = henvisningsdiagnose	Sekretær	
Koder forundersøgelse AAF20	Sekretær	
Koder procedure(r) + intern behandlerkode	Sekretær	
Skriver dato for første fremmøde på skema	Sekretær	Registreringsskema for kræftpakker
Sceneskift pt. Kommer til andet besøg		
Pt. Kommer til samtale om svar, som enten be- eller afkræfter cancerdiagnosen.	Lægen	Registreringsskema for kræftpakker
a) Ved afkræftelse af diagnosen, så skrives dato samt kryds i afkræftetfelt.	Lægen	Registreringsskema for kræftpakker
Skriver patientens diagnosekode på skemaet.	Lægen	Registreringsskema for kræftpakker

b) Ved bekræftelse af diagnosen, så skrives dato samt kryds i bekræftet-felt	Lægen	
Skriver patientens diagnosekode på skemaet	Lægen	
Skriver dato for klinisk beslutning om endelig behandling	Lægen	
Skriver eller dikterer hvor behandlingen skal foregå (hvis andet sygehusafdeling skrives dette på skemaet)	Lægen	
Skriver dato for informeret samtykke til behandling	Lægen	
Sceneskift – registrering hos sekretær		
Får journal(er) fra ambulatoriet/dagkirurgisk center	Sekretær	
Finder patienten i PAS	Sekretær	
Skriver journalnotat	Sekretær	Lytter sig frem til dele af registreringen.
Fremsøger registreringsbillede	Sekretær	Via dos-kommandoer
Registrere besøgstype	Sekretær	
Tjekker ventestatus – skifter evt.	Sekretær	
a) Hvis afkræftet, så skal der en afkræftetkode + koden for henvisningsdiagnosen	Sekretær	
Endelig aktionsdiagnose sættes på og patienten afsluttes i PAS.		Aktionsdiagnosen bør være lig med det patienten egentlig fejler. *
b) Hvis cancerdiagnosen bekræftes, så skal der sættes en bekræftetkode + henvisningsdiagnose samt		Obs. Når der sættes en cancerdiagnose på som aktionsdiagnose, skal der canceranmeldes og derfor

cancerdiagnose som tillægskode.		ventes med dette indtil behandlingskontakten.
Registrere kode for klinisk beslutning om endelig behandling		
Registrere kode for informeret samtykke til endelig behandling		
Ventestatus opdateres ved planlægning af ambulant behandling		
Ved planlagt indlæggelse til behandling afsluttes til indlæggelse med afslutningsmåde L		
Hvis afslutning til andet sygehus, registreres sygehus- og afdelingskode		Lægen skriver måske kun dette tekstuelt.

14.2 Interviewguides

14.2.1 Bilag 2 - Interviewguide med repræsentant sundhedsområdet

Historik/proces i kræftpakkeregistreringen frem til nu:

- a. Forhistorien, idet Region Syddanmark har været primusmotor i etableringen af kræftpakkeregistreringen.
- b. Hvordan har hele omlægningen fra Amter til Regioner påvirket kræftpakkeregistreringen?
 - i. Hvordan påvirker andre prioriteter prioriteringen af kræftpakkeregistreringen fx nye politiske prioriteringer.
 - ii. Hvordan påvirkes registreringen af, at Regionen har flere forskellige PAS-systemer?
- c. Hvilke krav har der været fra sundhedsstyrelsen til registreringen?
- d. Hvad har jeres erfaringer været med monitoreringen via MIS Kræft?
- e. Hvad var/er Regionens visioner/mål for kræftpakkeregistreringen
 - i. Hvordan var/er Regionens samarbejde med de andre Regioner?
2. Hvilke tiltag har regionen brugt i forbindelse med den primære opstart af kræftpakkeregistreringen (her tænkes på, hvordan de enkelte afdelinger/medarbejdere er blevet involveret).
3. Hvordan har Regionen brugt centrale personer fra pionerorganisationen til udbredelsen af kræftpakkeregistreringen i resten af Regionen? (har man gjort det?)
4. Har afdelingsledelser/klinikere mulighed for at komme med ideer til forbedringsforslag til registreringen?
5. Har der været undervisning eller andre metoder for formidling af indførelsen af kræftpakkeregistreringen?
 - a. Er der efterfølgende foretaget en evaluering disse tiltag?
 - b. Har det evt. medført ændringer i vision og strategi?
6. Hvordan vil I monitorere kræftpakkeregistreringerne fremover?
 - a. Hvordan tænker I, at samarbejdet med Sundhedsstyrelsen omkring de opsamlede data skal være?
 - b. Hvordan tænker I, at samarbejdet med de andre Regioner omkring de opsamlede data skal være?
 - c. Hvilke aktører er involverede i opbygningen af det nye monitoreringssystem?
7. Hvad er Regionens planer for monitorering af kræftpakke-data?

- a. Hvordan tænkes disse data formidlet til dels regionalt/politisk administrativt niveau.
 - b. Hvordan tænkes disse data formidlet til afdelingsledelsesniveau og ”kliniker-niveau” samt sekretærer, som for en stor dels vedkommende registrere data?
 - i. Hvilke værktøjer har afdelingsledelserne til at følge op på resultater fra monitoreringen af kræftpakkeregistreringen?
 - c. Er kræftpakkeregistreringen tænkt ind som en del af kvalitetssikringsaktiviteterne i Regionen?
8. Hvordan tænker Regionen at anvende data fra kræftpakkeregistreringen fremover?

14.2.2 Bilag 3 - Interviewguide til registreringsansvarlig og forløbskoordinator

Organisationsstruktur, kultur og læring.

1. Hvordan bliver personalet informeret (af ledelsen) omkring nye registreringstiltag som fx kræftpakker.
2. Organisation omkring kræftpakkeforløb (hvilke afdelinger/personalegrupper er involveret)
3. Organiseringen af registreringen af kræftpakker
 - a. Er der foretaget yderligere uddannelse i forhold til registreringen af kræftpakker?
 - b. Er der etableret en instruks/procedure i forhold til registreringen hos jer – kender folk den og følger de den.
 - c. Ser I udtræk fra SydLis?
 - i. Har I personalemøder hvor disse (kunne) kommunikeres? Semi/tværfaglige?
 - ii. Hvordan er jeres fornemmelse af kvaliteten af jeres registrering? Er det noget I diskuterer semi/tværfagligt?
 - d. Giver ledelsen tilbagemelding på hvordan jeres data bliver brugt og bruges det som motivation i forhold til personalet.
 - i. Gives der fx tillæg til registreringsansvarlige sekretærer/læger?
 - ii. Har I mulighed for at komme med ønsker til registreringssystemet?
 - iii. Kan I komme med ønsker til ”nye koder” I ønsker at registrere?

Arbejdsgange:

4. Hvordan foregår den nuværende arbejdsgang omkring registreringen af kræftpakker?
 - a. Hvem foretager registreringen?
 - b. Hvem kommer med input til registreringen?
 - c. Bruger I papirskemaer/tjeklister i forhold til registreringen?
 - d. Hvordan fungerer jeres nuværende PAS-system i forhold til registreringen?
5. Hvordan og hvor starter registreringen af en given patient til en kræftpakke?
 - a. Hvordan er samarbejdet med primærsektor – vedrørende henvisningens formulering og henvisningsdiagnose.
 - b. Hvordan er arbejdsgangen hos jer omkring visitering af henvisninger?
6. Hvordan sikrer I at ”udredning slut/endelig behandling” ZZ0153A+tillægskode registreres?
7. Registrerer I de frivillige koder (Diagnose be- og afkræftet ZZ5650/ZZ565, klinisk beslutning om ingen udredning ZWCM1 og behandling ZWCM8, patientinitieret ingen udredning ZWCM9A og behandling ZWCM9B).

Giver input til både arbejdsgange samt organisationskultur/læring med henblik på forslag til nye arbejdsgange.

8. Har I gjort jer tanker omkring eventuelle forbedringer i forhold til denne registrering
 - a. Organisatorisk – hvem gør hvad
 - b. Teknologisk – kunne registreringssystemet være bedre?

14.2.3 Bilag 4 - Interviewguide med repræsentanter SVS

1. Historik/proces i kræftpakkeregistreringen frem til nu:
 - a. Forhistorien, idet Region Syddanmark har været primusmotor i etableringen af kræftpakkeregistreringen. Vejle var først med denne registrering, hvordan har det været for Esbjerg Sygehus at komme i gang? Større krav fra Regionen til sygehusene?
 - b. Hvordan har hele omlægningen fra Amter til Regioner påvirket kræftpakkeregistreringen?
 - i. Hvordan påvirker andre prioriteter prioriteringen af kræftpakkeregistreringen fx nye politiske prioriteringer.
 - c. Hvilke krav har der været fra Regionen til registreringen?
 - d. Hvad har jeres erfaringer været med monitoreringen via MIS Kræft?

- e. Hvad var/er Sygehusets visioner/mål for kræftpakkeregistreringen
 - i. Hvordan var/er Sygehusets samarbejde med de andre i regionen?
- 2. Hvilke tiltag har sygehuset brugt i forbindelse med den primære opstart af kræftpakkeregistreringen (her tænkes på, hvordan de enkelte afdelinger/medarbejdere er blevet involveret).
- 3. Har afdelingsledelser/klinikere mulighed for at komme med ideer til forbedringsforslag til registreringen?
- 4. Har der været undervisning eller andre metoder for formidling af indførelsen af kræftpakkeregistreringen?
 - a. Er der efterfølgende foretaget en evaluering disse tiltag?
 - b. Har det evt. medført ændringer i vision og strategi?
- 5. Hvad er dit kendskab til den nye monitorering af kræftpakke-data i SydLIS?
 - a. Hvordan tænkes disse data formidlet til afdelingsledelsesniveau og ”kliniker-niveau” samt sekretærer, som for en stor dels vedkommende registrere data?
 - i. Hvilke værktøjer har afdelingsledelserne til at følge op på resultater fra monitoreringen af kræftpakkeregistreringen?
 - b. Er kræftpakkeregistreringen tænkt ind som en del af kvalitetssikringsaktiviteterne på sygehuset?

14.2.4 Bilag 5 - Interviewguide til afdelingsledelsen

1. Hvordan informeres ledelsen om nye tiltag som fx kræftpakkeregistreringen (Regionalt/nationalt)?
 - a. Hvordan giver I denne information videre til medarbejderne?
2. Indgår kræftpakkeregistreringen/behandlingen af patienter via kræftpakker som en specifik del af afdelingens strategi/vision?
 - a. Hvordan udarbejdes strategi/vision for afdelingen – fx er der deltagelse af medarbejderrepræsentanter i arbejdsgruppen?
 - b. Hvordan får medarbejderne kendskab til afdelingens strategi/vision?
3. Hvordan prioriteres kræftpakkeregistreringen i forhold til andre tiltag fx akkreditering?
4. Har afdelingen haft indflydelse på de kræftpakker i arbejder med? (medarbejdere i arbejdsgrupper)

5. Hvor ofte ser du/I udtræk fra SydLis vedr. kræftpakkeregistreringen? Sendes disse ud til medarbejderne, på hvilken måde.
6. Hvordan mener du/I kvaliteten af registreringen her i afdelingen er, set i forhold til andre afdelinger, I kan sammenligne jer med?
7. Arbejder I med at forbedre jeres registreringer, i givet fald hvordan?
8. Afholdes der personalemøder i afdelingen – semi/tværfaglige?
9. Gives der speciel belønning (tillæg) til medarbejdere der varetager registreringen?
10. Har afdelingen samarbejde med primærsektor (pl.læger/privat hospitaler) vedrørende kræftpakkeregistreringen?
11. Mener du/I, at kræftpakkemonitoreringen medvirker til at kræftpatienterne tilbydes et bedre behandlingsforløb?

14.3 Analyse af interviews og observation i kontrolleret miljø

14.3.1 Bilag 6 - Analyse af interview med repræsentant for sundhedsområdet

Leavitt-Ry	Udtalelser
Historie	• Jeg kender ikke så meget til, hvordan de har arbejdet med kræftpakkerne før det blev Region, men jeg ved, de har haft det der hed lungepakken her i Vejle. Det er det, de har profileret sig rigtig meget på. • – jeg deltog faktisk i den inden jeg blev ansat fra OUH, kvalitetsdatagruppen, tror jeg den hed dengang. Den indkaldt vi så og den har vi samarbejdet med – den er nu blevet omdøbt til monitoreringsgruppen. Hvor vi arbejder dissideret med monitoreringen af kræftpakker.
Omverden	• da der kom den der 7 punkts plan fra Danske regioner, hvor vi skulle indkalde inden for 48 timer. For de her kræftpakker, det var så lungekræft og hoved/hals-kræft på det tidspunkt. Det var en udfordring. Fordi vi havde 4 PAS-systemer i Region Syddanmark og det gav store problemer. • og har et godt samarbejde med SST. Indtil første jan. Hvor de lavede LPR om, der har vi ikke fået data siden, det er et stort problem. • Vi gik faktisk meget ind i det, da det startede. Vi fik at vide, at vi skulle lave det her monitoreringssystem og det er da super godt, men på det tidspunkt da det startede, da havde vi bare brug for data her og nu. Vi har her i regionen en ledelse, der sådan meget siger, det skal vi have noget på, så vi var bare nødt til at levere fra starten af og finde ud af at levere nogle data. Og derfor har vi jo ikke kunnet vente på MIS Kræft. Og da jeg så det første gang, tænkte jeg, det her kommer vi aldrig til at bruge. Det var alt for kringlet, det var alt for besværligt at komme igennem. Alt for klinisk rettet. Det var de der

	kvalitetsdatabaser om igen. Inden for de forskellige områder. Det er jo ikke det, det her skal honorere synes jeg. De har ikke det administrative med. Ventetider for patienten. Der er så vigtige nu og her. Det har de ikke med, det kan vi ikke bruge. Derfor opfylder det ikke dets formål. Vi gik ind i det og vi har også haft dem herovre og undervise – det var ikke så godt, men de var her. Der var også brugere der blev oprette og vi har også været inde og kigge på det, men vi har ikke kunnet bruge det og det har været for besværligt. Og vi har ikke kunnet komme på, det er jo sådan en Region Hovedstaden ting, så bare de kan komme på på sjælland, så vi andre klare os som vi kan. Ja sådan har det lidt været, det kasserede vi ret hurtigt. • Jeg mener, det er MIS Kræft der har fejlbedømt, hvad de tager med. De går ind og tager for meget med. De går ind og kigger på cancerindberetningen også til cancerregistret, hvor de går ind og tager de der koder med. • Den har vi ikke med, men det er med vilje. For vi har fokuseret på dem, der bliver henvist med kræftdiagnoser på nuværende tidspunkt og jeg ved ikke, om systemet bliver udbygget på et senere tidspunkt. Vi er lidt nervøse med den udvikling vi har lige nu, med de LPR-data altså, det gør det hele lidt problematisk. Og udviklingen fremover kan også blive påvirket af det. For der er jo nogen, der begynder at snakke om, at vi skal have data et andet sted fra – det ville jeg være meget ked af, hvis det skulle være sådan. • Men nu har de jo lige lavet om på det der med den afkræftede mistanke i SST, at den udgår pga. afbureaukratiseringsprojektet, som obligatorisk. Den bruger vi faktisk og det har de også stor forståelse for • Hovedsagelig med midt. Vi har også haft meget samarbejde med Nord til at starte med, men jeg ved ikke,
--	---

	om de er stået lidt af på opgaven med at monitorere selv. Midt det er så specielt på hjerteområdet, de er begyndt at komme på banen. De har været her ned og vi har snakket sammen, om vi kan gøre noget rimeligt ens. For de kunne heller ikke acceptere den måde hjertemonitoreringen foregik på. De vil også have pakker der. Det vil vi også og det har vi også lavet. Det har hovedsageligt været med dem og de har spurgt os om mange ting, men Olaf og jeg vi havde et oplæg med de andre regioner. Som de havde bedt om – den der arbejdsgruppe under taskfors sidste år – om vi ville komme og fortælle, hvad vi gjorde og da var de repræsenteret alle sammen med flere 20-30 stykker, hvor vi var samlet ovre på OUH, hvor Olaf havde et oplæg og jeg fortalte om vores monitorering. Så vi har øst ud af det vi ved og det vi har arbejdet med, men det er ligesom det er lidt svært, fordi vi hele tiden bliver fremhævet som duksene i det her. Og det kan godt være svært at acceptere rundt omkring, kan jeg mærke. • Men vi vil selvfølgelig kunne sige, at det er meget pudsigt med de der tal i sammenligning med vores. SST meldte også nogle tal ud, som de havde fra MIS Kræft, som de sendte ud til koordinationsgruppen månedligt og der har også været en heftig dialog med dem og det er fordi, de har taget det hele med igen. Tallene passede ikke rigtigt med vores og det har jeg skrevet lidt frem og tilbage med dem om, men det er fordi, vi ikke er helt enige om, hvilke kriterier der skal lægge til grund for det her, for at gøre det så godt som muligt.
Fysiske Rammer	
Visioner/værdier/mål	• Det er at få patienterne hurtigt igennem. At give patienterne en hurtig adgang til at blive behandlet for deres kræft. Det er faktisk det formål vi har med det. AT de kommer igennem så glidende som muligt.

Belønningssystemer	• Og de synes jo også, det er jo lige nøjagtig de kan se alle dem, der kommer ind i pakkerne, som ikke har kræft. Rent klinisk har de jo meget brug for de data. Og det er sådan en slags opbakning til dem, at vi har det her med.
Organisationskultur	• Olav han er jo superekspert i det der og har et godt samarbejde med SST • Og vi sagde vi fortsætter med vores eget og så holder vi øje med, hvad der sker og vi har kommenteret når der har været noget og vi har gået konstruktivt ind i det, men vi har ikke siddet og dyrket det, for det ville være tidsspilde. • Og de synes jo også, det er jo lige nøjagtig de kan se alle dem, der kommer ind i pakkerne, som ikke har kræft. Rent klinisk har de jo meget brug for de data. Og det er sådan en slags opbakning til dem, at vi har det her med. • Det har faktisk været en rigtig god øvelse og jeg synes, vi er blevet rigtig gode til det. • Jeg synes, vi har fået sat noget solidt i gang. Vi laver sådan en halvårs rapport i 2008 også, nej jeg lavede den faktisk i 2009,
Opgaver	• Det er rigtig nok, det skal selvfølgelig være registreret korrekt, men i den her sammenhæng er det fuldstændig ligegyldigt og derfor har jeg påpeget flere gange – det skal ikke med – man skal have mulighed for at undgå dem. Sådan at de ikke tæller med. Der blev så mange fejl, at der ikke var nogen data tilbage i nogen af pakkerne og sådan var det i hvert fald. Man skal ikke sætte sådan nogle barrierer. • For at finde ud af de her ventetider, så behøver man ikke at have alle de der registreringer med, man er nødt til at skille skidt og kanel i forhold til det formål man har. • Den visiterende læge på sygehuset har ansvaret for den henvisningsdiagnose, der står i sygehusets system og det er den, der styrer, om de er med i kræftpakken eller ej

	• Vi monitorere fra patienten bliver henvist med en mistanke om kræft til de bliver evt. afsluttet eller afkræftet den her mistanke eller starter behandling. Vi har valgt at begrænse til det, fordi det kan vi styre lige nu. Og vi har en god, når det kører og vi er godt tilfreds med det og det hele er afklaret, så har vi snakket om, om vi skulle udvide det. Men det er vi nødt til lige at vente på. • De har svært ved at forstå, at de både skal registrere den kliniske beslutning og samtykke. Det er der, den halter allermest. Der har vi så valgt at vi bare tager en af dem, selvom det egentlig er samtykkes tidspunktet vi måler på – det siger jeg også, og jeg skriver det også, men vi går ind og tager de andre også. Det kan være svært at lige at få det hele med. Men det ligger derinde, så de kan se, om det er registreret, når de går ind og kigger på det. Og vi har også lavet en lille fejlliste i SYD-lis, hvor man kan se, at der er fejl i den her, hvor man kan se, at der mangler et eller andet og det har jeg også lavet en beskrivelse på, hvad det er for nogle fejl, der kan ligge derinde. •
Struktur	• den er nu blevet omdøbt til monitoreringsgruppen. Hvor vi arbejder dissideret med monitoreringen af kræftpakker. Og nu også hjertepakkerne. Der har vi også lavet vores eget koncept. Det samarbejde vi har haft med dem har været guld værd. • Og det laver jeg hver måned og sender ud til monitoreringsgruppen og så sender de det videre ud på sygehusene. De sender til sygehusledelsen og så har vi lokale kræftstyregupper, som nu også er omdøbt til hjerte- og kræft lige som de har gjort i SST. Men de har også holdt løbende møder og det er så dem vi referere til. • Vi har så arbejdet i to faser med et her. Der er to grene af det her. Vi har en monitoreringsdel af det og sygehusene i

	forbindelse med registrering og planlægningsafdelingen har det kliniske faglige niveau, læger og arbejdsgrupper. Der har været nedsat arbejdsgrupper inden for hver enkelt kræftform, hvor de har siddet og beskrevet til, hvad hedder det vente... Kliniknyt, hvor de har beskrevet noget om samarbejdet med de praktiserende læger. De har også haft samarbejde med de praktiserende læger. De har haft det hele med i de der pakker og vi har så været inde og taget monitoreringsdelen. Ud fra de beskrivelser, der så har ligget på SST, der har vi været inde og bruge dem. Og også de ventetider, der er beskrevet. De fagligt begrundede ventetider, det har vi så lagt ind i vores eget system. • Vi har haft nogle udfordringer på det område (samarbejde med primærsektor) , ved jeg. Jeg har været involveret i det et par gange. De mennesker der er i vores gruppe, de er ikke så højt på strå som dem i den anden gruppe. Og så ender problemstillingerne tit i vores gruppe. Altså de der ting, vi har haft med de der område, hvor man har sagt, at patienterne ikke kommer med en diagnose fra den praktiserende læge, der siger at det her er en mistanke om kræft, så skal vi heller ikke have dem ind i pakkerne. Og der har vi jo så meget klart og tydeligt også i samarbejde med vores sundhedsdirektør, han er med i den kræftstyregruppe selvfølgelig, sagt, at det ikke kun den praktiserende læge, der har ansvaret for det her. • Og det har betydet, at jeg har været nødt til at lave et notat, der fortæller det, til vores kræftstyregruppe og bede dem om at tage en endelig beslutning. Så jeg har et stykke papir på det, at vi fortsætter, som vi har gjort hidtil. • Det har jeg jo beskrevet i et notat, hvad der er undtaget og hvad der er problemer med og sådan nogle ting, det har vi gjort meget ud af. Vi havde jo opringtoner hver gang, vi
--	---

	havde lavet de der fra enten læger eller de der koordinatore i gruppen, der lige var kommet i tvivl om nogle ting, og så ringer de ind og spørger, hvordan kan det lige være, at de der ikke er med. ” men det ved i jo godt, det har vi aftalt, det står jo der og der”. ”nåh ja”. • Ja vi har jo monitoreringsgruppen der – det er 2-3 fra hvert sygehus, der kommer med til de møder. Det er en åben gruppe, og når jeg melder ud. Der er mange mennesker, jeg kalder det bare monitoreringsgruppen. Jeg har en 30-40 mennesker stående inde i den mailgruppe, men der er så en kerne af dem, som kommer til møderne, som er faste faktisk og det er 2-3 personer per sygehus og så er vi tre her i vores afdeling. Og det er så mig der arbejder med det og olaf der er chef og der er en kollega, der også er med på sidelinjen. Og sommetider deltager de fra planlægningsafdelingen, hvis de har et eller andet, de gerne vil bidrage med eller høre om. Og høre sygehusenes mening om. Og de har arbejdet meget grundigt med det her. I starten da vi fik de her data ind, så sendte jeg filer til sygehusene hver uge excel filer hvor vi havde lagt dem ind på cpr-nummer, så de selv kunne gå ind og kigge i det – hvordan det så ud og så fulgte de op på pakkerne på den måde. Indtil de så fik SYD-lis. Som vi er så stolte af og glade for i den her sammenhæng, hvor vi så har lagt de der variabler og ting ind, som gør, at vi så kan gå ind og finde det helt ned på cpr-niveau. Når man har speciel adgang til det. Så det er virkelig et godt værktøj, vi har fået lavet. Jeg har haft den der hele tiden – de der valideringslister, som jeg har sendt ud til dem. Der har de så været inde og kigge hver uge, der er så også den der irritation, der er kommet til udtryk ved at der nogen der har stået længe og så har vi prøvet på at samle lidt op på dem, så vi har kunnet pille dem af listen. Og så ser vi på,
--	---

	om det nu også er rigtigt. De der overvejelser der er i det, der kan man lave nogle regler, hvis man får nogle koder for det og så parkere dem et eller andet sted også tage fat i dem igen. • nej det er administrativt personale, det er registreringskoordinatorer på sygehusene og kvalitetsmedarbejdere og sådan nogle stabsmedarbejdere alle sammen. Vi har noget der hedder en registreringsgruppe også. Det er den vi har, vi referere til. Jeg deltager i koordineringsgruppen for regionen. Vi har så en registreringsgruppe her – hvor vi ligesom kigger materialet igennem, inden jeg tager til møde i koordineringsgruppen. Der er nogle af dem, der er gengangere. Det er stort set de samme personer, der tager sig af det hele. Men de der kvalitetsmedarbejdere, de gør forskellen og det er jo meget godt, at vi har dem med også. Det synes jeg, har været rigtigt vigtigt, de har nogle andre vinkler på det. • Det er så en anden del af det. Sundhedsdirektøren holder møde med sygehusene til nogle såkaldte dialogmøder, det gør de 2-3 gange om året med hvert sygehusområde, vi har fire områder. Der laver jeg også nogle specielle rapporter til det. Dem jeg laver månedligt, der tager jeg for hvert sygehus tager jeg hver kræftform og stiller dem op overfor hinanden og sammenligner – altså sygehusene med nogle bestemte kriterier for det. Så har jeg også nogle jeg laver for sygehusene for et par måneder ad gangen, hvor de forskellige kræftformer bliver linet op, hvor vi så kan se udredningsvarighed, hvor hurtigt de bliver kaldt ind og alle de krav vi har der. Som de bruger, så vi så kan skrive ud fra deres tal i forhold til regionen og så drøfter de det ud fra det. Hvordan de ligger i regionen. Det er en anden måde at kigge på det på. Det er mere specifikt for
--	---

	det enkelte sygehus, hvor den anden det er mere den der sammenligning, som de er meget interesseret i, hvor de ligger. • Jeg har været ude og undervise i det, jeg har været på alle sygehusene undtagen i Sønderjylland, hvor jeg har fortalt overordnet om det. Vi har også haft SST ude og fortælle noget og der har jeg så også fortalt noget. Hvis de spørger, så kommer jeg og der har jeg så været på OUH og det er jo så stort, så de har startet en organisation op med registrering og undervisning i det og der har jeg så været ude på alle de hold, de har haft og lige fortalt lidt om det her. Også i Svendborg. Så de der registreringsansvarlige, der har været igennem de kurser, de har også alt den viden omkring det her. Og så har jeg så fortalt det overordnede og så har de selv fortalt om det, der hører til systemet og det har været rigtig godt. Det har jeg også lært rigtig meget af, fordi jeg kender de eksempler, de kommer med. Det betyder rigtig meget, når jeg også skal snakke med dem i gruppen. • Jo det har de. Det er det, de får. Alle i region syddanmark har adgang til Syd-lis, men de har ikke adgang på individ-niveau, det er en til to per afdeling, der må komme ind og kigge på det. Og så selvfølgelig nogle administrative medarbejdere. Det var det, vi skulle til at lukke op for, ved at sende det her ud og det har efterspurgt det derude. Stabsmedarbejderne vil også gerne have at afdelingerne selv får ansvar for det her, så de bare kan overvåge det. • Jeg skriver i de der rapporter, jeg laver, til dialogmøderne – når jeg laver de der månedlige rapporter, så laver jeg dem meget objektivt, når jeg beskriver det – men når jeg laver det til dialogmøderne, så skriver jeg også, at det kan gøres bedre og sådan nogle ting. I starten skrev jeg at det var meget tilfredsstillende eller ikke tilfredsstillende. Det
--	---

	har jeg fået mange kommentarer på. Nu har jeg jo lavet lidt om på det jo ikke. • Jeg synes, vi har fået sat noget solidt i gang. Vi laver sådan en halvårs rapport i 2008 også, nej jeg lavede den faktisk i 2009,
Aktører	
Teknologi	• Fordi vi havde 4 PAS-systemer i Region Syddanmark og det gav store problemer • da lavede vi vores eget indberetningssystem i sådan et SAS-program. Vi havde sådan en SAS-konsulent her, der hjalp os med at lave et databaseprogram. Nogle af dataene kunne vi få direkte fra CSC, de andre sygehuse skulle så indberette manuelt. Det var tungt. Da der var gået 3 måneder begyndte det allerede at være frygteligt, men så begyndte vi med de her kræftpakker, hvor vi også har været involveret i forhold til sundhedsstyrelsen. Meget involveret. Jeg har deltaget i en arbejdsgruppe derinde omkring det tekniske. • Da koordinationsgruppen kom med sit første forslag til hvordan der skulle registreres kræftpakker, da nedlagde vi VETO, fordi de ville have start og slut flag på. Start behandling, start med det ene start med det andet og det ville vi ikke have, for det har vi erfaringer med fra færdigregistrerede. Så det vil vi ikke have. Så vi havde et lille slagsmål der. Og fik så gennemført at det blev procedurekoder i stedet for. Og det har vi været rigtig glade for. • Der har han lagt det ind i vores ledelsesinformationssystem – SydLIS. Og der bliver dannet rapporter derinde automatisk om jeg så må sige. Vi har lavet et stort stykke arbejde og det er også SAS, der har været inde over. Der henter vi det hele frem og det er rigtig godt. Det er et godt opfølgningværktøj, vi har fået

	der. • Det tror jeg det gør. Så vi vil helst have det fra LPR. For så for vi de samme data fra alle. Så skal vi ikke ind og have fat i nogen private til at levere noget som helst. Man kan hurtig blive afhængig og jeg man skal passe lidt på med.
Kotter	Udtalelser
	• Vi har lige lavet vejledninger og sådan en lille folder til sygehusene og dem kan i også få med. Vi er lige blevet enige om, at vi ikke sender dem ud før vi får data igen. Der er ikke noget værre end at sende noget ud til brugere, hvor systemet ikke virker. Vi kan godt bruge data fra sidste år indtil 13. december, men det er jo ikke godt nok. Det er vi rigtig kede af, men det er der ikke noget at gøre ved. (4) • Og jeg laver så månedlige rapporter. Det er sådan en slags ledelsesinformation. Hvor vi kigger på et par måneder bagud med udredningsperioden og lidt længere tilbage med behandlingsperioden. For de data kan godt risikere ikke at være kommet ind endnu. Vi måler fra et tidspunkt pt. Bliver henvist på, så data kan godt ligge lidt senere på behandlingssiden. Og det laver jeg hver måned og sender ud til monitoreringsgruppen og så sender de det videre ud på sygehusene. De sender til sygehusledelsen og så har vi lokale kræftstyregrupper, som nu også er omdøbt til hjerte- og kræft lige som de har gjort i SST. Men de har også holdt løbende møder og det er så dem vi referere til. (1+6) • Fordi de har – den har også lidt to ben – på den ene side siger de så, når de kommer i kræftpakkerne, så skal vi udrede hurtigt og vi skal behandle hurtigt og det kan vi ikke, så vil vi ikke have dem ind i kræftpakkerne, men de vil også gerne fortælle os, hvor mange der kommer ind i

	kræftpakkerne, der ikke skulle være der. Det arbejder vi også lidt med. Og prøver at beskrive det. Det giver dem også lidt mere blik for, hvad der skal med og det er sådan noget jeg forsøger at beskrive nogle gange, når jeg laver nogen notater. (1+4+5) • . Vi har også nogle andre ting, vi skal have afklaret i den forbindelse. Fordi på nuværende tidspunkt måler vi ligesom SST har gjort i kræftpakkerne, tidspunkt for start af udredning, er det tidspunkt, hvor pt. Starter i stamafdelingen. Det er den, de har brugt også meget fast her i region syddjyland og der er mange andre muligheder og der har vi så et stort ønske om i vores egen monitorering alene at udredningen starter ved den første undersøgelse, at det er mere retfærdigt, selvfølgelig. Og det vil vi gerne. Og det skal der træffes en formel beslutning om i kræftstyregruppen inden vi kan få det implementeret. Den har vi også med. Også vil vi have nogle flere koder, som vi har brug for rent administrativt og som sygehusene også efterspørger. Nogle der kan fortælle, at der er co-morbiditet på en simpel måde, sådan at vi kan pille dem ud, fordi vi er trætte af, at der er mange der står med lange udredningsperioder og det er fordi de egentlig ikke kan blive færdigudredt. Der er også nogle af dem, der skal ind i et andet regi. De har ikke kræft, men for en sikkerheds skyld, vil vi gerne se dem igen om et halvt eller et helt år. Dem vil vi også gerne have en kode for, så vi kan sige, at vi har så og så mange af dem. For dem skal vi ikke monitorere på i det her. Det kigger vi på, på et senere tidspunkt. Det slører billedet og sygehusene er meget fokuseret på de ting. (3+7) • Ja det skal vi have luget ud i, det satser vi på. Det er så den tredje ting, vi skal have afklaret på det møde, det er så her sidst i marts. Og så skal vi lige have snakket om
--	---

	afrapportering for i år. Når vi får det klaret af så kan vi begynde at se på noget mere. Så kan vi godt begynde at udbygge det lidt. Det bliver også spændende. Der er også mange der siger, hvorfor kan de ikke komme ind i pakkerne, når de kommer fra andre afdelinger. Vi slører jo tallene, når de ikke er med. Men når man skal måle på det, så er det faktisk godt at have det afgrænset. Det har faktisk været en rigtig god øvelse og jeg synes, vi er blevet rigtig gode til det. Så når vi lige får de nye ting på plads, så tror jeg, vi kan åbne op igen og tage noget nyt ind. Og det synes jeg er fint, det er så tæt som overhovedet muligt, vi kan komme på det rigtige. (7) • Jeg synes, der har været meget stor interesse for det her, jeg kan mærke, at det ligesom tager lidt af nu. Men nu kører det jo også. Nu får de bare de her informationer, når det så lykkes. Selvfølgelig vil der komme noget nyt, der er mere interessant. Når der kommer nye ting, så er det det, man kaster sig over mens det her kan køre i sådan en vedligeholdelsesfase. Også kan vi måske gøre det bedre og så komme i fokus igen. Det er den måde, man måske kunne gøre det på. At de sådan kunne interessere sig lidt for det igen. Vi har haft kræft og nu har vi hjerterne på trapperne også arbejder vi meget med intensiv og noget med fællesakut modtagelse, så er det det, der får fokus. Og de systemer, der kan hjælpe det på vej. • Jeg har været ude og undervise i det, jeg har været på alle sygehusene undtagen i Sønderjylland, hvor jeg har fortalt overordnet om det. Vi har også haft SST ude og fortælle noget og der har jeg så også fortalt noget. Hvis de spørger, så kommer jeg og der har jeg så været på OUH og det er jo så stort, så de har startet en organisation op med registrering og undervisning i det og der har jeg så været ude på alle de hold, de har haft og lige fortalt lidt om det
--	---

	her. Også i Svendborg. Så de der registreringsansvarlige, der har været igennem de kurser, de har også alt den viden omkring det her. Og så har jeg så fortalt det overordnede og så har de selv fortalt om det, der hører til systemet og det har været rigtigt godt. Det har jeg også lært rigtig meget af, fordi jeg kender de eksempler, de kommer med. Det betyder rigtig meget, når jeg også skal snakke med dem i gruppen. (7) • Det er ikke noget vi står for, det er OUH, som har valgt at lave det. Nu er OUH så stort, så de måske har følt, at de var nødt til at lave det på en anden måde. De har også lagt nogle pædagogiske principper og sådan nogle ting ind over det, som har gjort, at det er blevet lidt anderledes end andre steder. De andre steder har de følt at de kunne klare det selv, og det har de også stort set gjort. • Stabsmedarbejderne vil også gerne have at afdelingerne selv får ansvar for det her, så de bare kan overvåge det. Det ligger lige klar, jeg har kasserne stående nede ved mig. Men vi vil ikke sende det ud, før vi har nogle data, vi kan tro på. Det her er jo ikke noget jeg bare har lavet, jeg har også involveret sygehusene i det. Der har været en fra hvert sygehus fra vores monitoreringsgruppe som har deltaget i arbejdet og det har været rigtigt godt, så tager de ejerskab til det. Det er det, der er behov for. (1) • Jeg synes, vi har fået sat noget solidt i gang. Vi laver sådan en halvårs rapport i 2008 også, nej jeg lavede den faktisk i 2009, (7)
--	--

14.3.2 Bilag 7 - Analyse af interview med registreringsansvarlig og forløbskoordinator

Leavitt-Ry	Udtalelser
Historie	• K: Det startede i 2007 med kolorektal-pakken. • R: Det startede vel med et informationsmøde i

	Direktionen, et par måneder efter det var startet. • K: Ja jeg blev pludselig kaldt til et møde, at nu var den kræftpakke startet og jeg var blevet forløbsansvarlig uden at få en funktionsbeskrivelse og det har jeg stadigvæk ikke, men sådan startede det med kolorektal og så var det bare med at sætte sig ind i, hvad er kræftpakker overhovedet, jeg vidste det ikke. • R: Der var jo så ikke blevet registreret i de to første måneder, hvor det havde kørt – så det skulle efterregistreres. • R: Og så blev der også holdt nogle møder i Regionen, hvor jeg var med. Jeg kan huske at jeg var i Odense og høre noget om registreringen og også om baggrunden for den.
Omverden	• K: Vi har store problemer med at praksis ikke har orienteret sig omkring kræftpakkerne og ikke går ind og læser på VIS-info, hvor hver eneste kræftpakke er registreret og hvilken funktion praksislægen skal udføre inden de henviser, det er få henvisninger, der opfylder de kriterier. Desværre, et er meget sejt, jeg bruger meget tid på det, at praksis ikke gør det, de skal. Ofte kan jeg ikke se, om patienterne er orienteret og de er ofte ikke orienteret om at de er henvist til en kræftpakke. Og det giver problemer, når jeg så ringer til dem. • R: og det er også tit, du ikke har det telefonnummer, du skal bruge. • K: og så står der på VIS-info, at så må jeg vente med at indkalde dem til om 14 dage, men det gør jeg jo sjældent, for det går ud over patienten. At patienten kommer bagest i køen pga. lægens manglende oplysninger. Det synes jeg er et stort problem. • E: Er det noget, der bliver fulgt op på, på et eller andet plan?

	• K: Jeg har kontakt med nogle praksis-konsulenter og vi har holdt et kræftpakke-møde, hvor der mødte 5 eller 7 af hele regionens praktiserende læger og det har nok været dem, der har kendt til kræftpakker i forvejen. Det tror jeg faktisk ikke vi fik noget ud af. Der er en udfordring der. • R: Man kunne godt bruge en til at tage rund til de praktiserende læger for at informere. • K: Nu skal jeg have møde med vores ledende overlæge i dag og så vil jeg bede ham kontakte praksiskonsulenten, som gerne skulle kontakte sine kolleger om, at de er nødt til at sætte sig ind i de her pakker. • E: Det lyder som om, der er en opgave for regionen. • K: Jeg ved, at lægerne på Fyn er vant til at bruge VIS-info, men herovre har vi ikke haft det så længe. • E: Men I har fået information om, at I kan registrere på den måde fra regionen? • R: Jeg ved ikke fra regionen, men det er sundhedsstyrelsen, der var ude og undervise der første gang. At det var meget vigtigt, at vi kodede det. Fordi det går fra vores ventetid. • K: og nu har jeg lige opdaget fejl i de urologiske ventetidsregistreringer. Der har regionen regnet med 3 hverdage, men det er 5 hverdage. Så jeg synes, det er utrolig ærgerligt og jeg har også tænkt mig at melde til dem, at vi gør et stort arbejde ud af at overholde det, vi skal og så sender regionen forkerte rapporter ud. Der viser dårligere tal end virkeligheden er. Jeg kan ikke forstå, at de vil være det bekendt. •
Fysiske Rammer	
Visioner/værdier/mål	•
Belønningssystemer	• E: Bliver der givet ekstra tillæg til nogen, der har specielle funktioner omkring det her, som registreringsansvarlig

	eller koordinerende sygeplejerske? • R: Jo man har et tillæg som registreringsansvarlig, men det har ikke med kræftpakkerne at gøre, det er generelt. • K: Vi har jo heller ikke nogen funktionsbeskrivelse, for den der tager sig af det her, vel. Så på den måde kan man måske sige, at det ikke er så højt prioriteret. •
Organisationskultur	• E: De der fejllister, når I så får dem, hvordan behandler i dem? • R: Det er mig, der sidder og retter dem, i hvert tilfælde indtil videre. Det er egentlig ikke sådan som det skulle være. For man lærer mest af sine egne fejl, men jeg har simpelt hen ikke haft tid til at sidde sammen med nogen og rette dem. Men nu er vi begyndt at tage det op på specialemøder, som vi har med sekretærerne og prøver at undervise der. • På side 8 er der nogle udtalelser fra R, som kan indikere, at hun ikke føler sig hørt og føler sig heller ikke tilstrækkeligt informeret. • E: Har i nogen tanker om, hvordan man kunne forbedre det organisatorisk i forhold til de problemer, I ser? • R: jeg synes, det er utroligt så meget man åbenbart skal undervises for at det fiser ind, om man så må sige, ikke særlig pænt. Følelsen af ansvar er åbenbart ikke særlig stor rundt omkring. • E: Ved folk, hvorfor de skal registrere. • R: Det tror jeg da, de gør. • E: Hører de også om resultaterne fra Syd-lis. • R: Nej det gør de ikke. • K: men i tager listerne med til specialemøderne. Så ser de sort på hvidt. • R: Men det er jo svært, fordi vi ikke har fået de der fejllister i lang tid. For det er jo dem, jeg vil præsentere

	dem for. Også prøve at tage nogle eksempler – jeg tog et eksempel ved et stormøde, har i teksten, her har i kodningen, hvad er det, der er galt. Og det tror jeg faktisk, at de syntes var helt sjovt at prøve at finde ud af. • E: Det der, det er stadigvæk bare registrering. Det der med hvorfor, hvad det skal bruges til overhovedet, har i en fornemmelse af, at folk ved hvorfor? • R: Det forestiller jeg mig da, men det er da nok et godt spørgsmål, det kan godt være, det er noget vi mangler at gøre noget ud af. • E: Får patienterne en bedre kræftbehandling, fordi vi registrerer? • R: Nej det gør de ikke. Vi registrere jo kun alle de her koder, fordi sundhedsstyrelsen skal kunne monitorere dem. • E: Hvorfor skal de monitoreres? • R: For at tvinge os til at få dem hurtigere igennem. For hvis vi får dårlige tal • E: Får de så ikke en bedre behandling, hvis de kommer hurtigere igennem? • R: Det hænger jo selvfølgelig sammen det hele. Kodningen i sig selv er ikke nogen garant for at pt. Får en bedre behandling. • K: Vi har absolut fået bedre behandlingsforløb efter at pakkerne er blevet obligatoriske. Det er åbenbart sådan i det offentlige system, at vi skal dikteres, vi kan ikke selv finde ud af det, at det vil være en god idé. Vi skal have et diktat om, at nu kommer der den kræftpakke og den kræftpakke, så kan vi godt finde ud af det. Og jeg synes absolut, at vores patienter har nogle gode forløb her hos os. Det fungerer godt i praksis i stort set alle forløbene, selvom registreringen halter. Så fungerer det godt for patienterne, det er jeg overbevist om. Og bevidstheden er
--	---

	også hos alle blevet sådan, at det her med kræft, det skal køre. •
Opgaver	• K: Det gjaldt om at sætte sig ind i, hvad vil det sige det her. Vi skal til at have de her patienter hurtigere ind i systemet, vi har altid haft dem, så det var ikke flere patienter, der skulle ind, men de skulle ind indenfor en ventetidsgaranti. Så vi var nødt til at lukke nogle tider, som så var forbeholdt dem. Og det var så det vi startede med – at lukke tider til første besøg. Også fandt jeg ud af, at man også på røntgenafdelingen havde snakket om, at man skulle være med i det her. Og de havde reserveret CT-skanningstider til de her patienter. Så vi kunne ringe op og få en af de tider, når vi havde patienterne og havde fundet ud af, at de havde altså kræft. På den måde fik vi bygget forløbet op i praksis. • K: Det starter som regel med en skopi, nu snakker vi om kolorektal ikke. Og den kommer udefra via egen læge eller speciallæge og skopierne bliver lavet i kirurgisk ambulatorium eller i dagkirurgisk center og nu også i Grinsted. Og nogle gange på central OP ved akutte patienter. Det vil sige, det er 4 steder, hvor vi kan opdage en cancer. • R: Men for at den kan indgå i et pakkeforløb, skal den være henvist med en bestemt diagnose. I hvert fald tastet ind i vores system, som henvisning med en bestemt diagnose. For at de så begynder at trække på den inde i sundhedsstyrelsen. Så dem der bliver opdaget på afdelingen for eksempel, jeg tror ikke, de monitorere på dem. • R: Indgangen til pakkeforløb det er den der henvisningskode. På den måde tror jeg ikke de bliver monitoreret.

	• K: Det gør de ikke. • R: men de bliver behandlet efter de samme forskrifter. • R: Det starter med en henvisning fra egen læge, som en af vores overlæger visiterer. Og når han visiterer den, sætter han den her kode på, hvis det er en af de patienter, der skal indgå i et forløb. Og så overfører sekretæren henvisningen til vores PAS-system og det er så der, der bliver trukket oplysninger fra. Når pt. Så kommer til det første besøg, så er der en sekretær, der skriver besøget og de skal så i forløbet kode de koder, der angiver hvornår de forskellige målepunkter er. • K: Der skal lægen komme med input hertil. • R: Så er det, at lægen skal angive de datoer for de forskellige målepunkter og så skulle registreringen være rimelig nem. • R: Det er jo fordi, at de har besluttet, at inklusionskriteriet er en henvisning fra egen læge. Og hvis den ikke kommer ind på den måde, så kommer den bare ikke med. Men hvis man opdager en på afdelingen, så skal man lade den indgå på det tidspunkt hvor den er på skemaet i flowet og så får den bare de målepunkter, der er efterfølgende. • K: De kommer ind i forløb på begrundet mistanke om kræft ude fra praksis og det er en bestemt henvisningskode, som sundhedsstyrelsen monitorere på og alle andre, hvis de kommer fra medicinsk afdeling eller lignede, de bliver ikke monitoreret på endnu i hvert tilfælde. • E: Visitering det er altid en læge? • R: Det er en der har det speciale. • E: Det vil sige, det er nogle bestemte læger. • R: Ja. • K: Det kommer sådan set an på, hvilke pakkeforløb det drejer sig om. For hvis det er øvre mave-tarm, så er det
--	---

	praksis, der skal ringe ind og sige, de gerne vil have en tid til gastroskopi, men der er bare meget få, der gør det. Det vil sige, der visiterer han jo så selv, der når den ikke at komme omkring vores læger – der er det ham selv der laver visitationen. • R: og urologien (der visiterer den praktiserende læge også). • E: Hvordan foregår det registreringsmæssigt? • R: Han må jo sende en henvisning, som bliver kørt på den sædvanlige måde. • K: Det gælder alle kirurgiske kræftpakker, at lægen kan ringe ind og få en tid, mens han har patienten, bortset fra kolo-rektal. • E: Så de er faktisk visiteret fra praksis samtidig med henvisningen. Så det giver jo en god statistik. • K: hvis det foregik sådan, sådan burde det foregå. • S: Er der nogen af dem, hvor de burde have ringet ind – får i dem som almindelige henvisninger, som bliver visiteret på vanlig vis, hvor det er lægen her, der opdager, at det er en kræft? • K: Det er meget ofte, hvor det er vores læge der siger, det her lyder som begrundet mistanke og så visiterer han den som en kræftpakke, hvor egen læge ikke har gjort det. • E: Er der nogle gange en sekretær eller K, der ser noget, som de siger til den visiterende læge? • R: Vi kan jo se af henvisningsdiagnosen, men jeg gør ikke noget aktivt for at sige, er du lige opmærksom på, at der er noget her, for det kan de jo selv, hvis jeg kan se det, så kan de jo også se det. • E: Måske forkert formuleret, for jeg tænkte mere på nogle, er ikke er så nemme at se, at der var nogle, der var skjult i nogle andre diagnoser. • K: Det kan der sagtens.
--	---

	• R: Men det er stadigvæk lægen, der er den bedste til at bedømme det. • K: Jeg synes, vores læger er meget large til at visitere til kræftpakker for ikke at overse noget. • E: Hvordan er jeres fornemmelse af jeres tal? • R: Der er jo for mange fejl, synes jeg, eller mangler, det er tungt. Det er tungt at få lægerne til at gøre det, de skal. • E: Hvor er det, det går galt? • R: Nu er jeg jo gammel på afdelingen og jeg vil jo synes i mange tilfælde kan man sagtens som sekretær se, hvornår de her målepunkter er opfyldt, men det er der så åbenbart mange af mine kolleger, der ikke føler sig sikre på. Og så ryger journalerne frem og tilbage imellem lægerne og sekretærerne eller også smutter det. • R: De tager det ikke specielt alvorligt, synes jeg. • E: Hvordan sikre I, at udrednings slut/endelig behandling kommer på? • R: Den hedder dato for beslutning for endelig behandling C2 – ja den bruger vi. • K: Det gør vi den dag, pt. Er inde til information og så skulle lægen gerne diktere i journalen ellers så skal sekretæren reagere, det er der, hvor der kommer samtykke og beslutning om behandling. • R: Dato for beslutning om endelig behandling og dato for samtykke kan være samme dag, men det kan også være forskellige dage. Det kan være når histologisvaret kommer fx at man skriver et notat om.... •
Struktur	• K: Det er kolo-rektal, øvre gas., pancreas og galde, levermetastaser der udgår fra mave-tarmkanalen. Også har vi de plastikkirurgiske maligne melanom. Og alle de urologiske kræftpakker er også i vores regi og mamma. De ligger såovre i mammaklinikken, så dem har jeg ikke

	noget at gøre med. Så det er alle de kirurgiske pakker undtagen mamma, som jeg har med at gøre. • K: De lister jeg trækker, jeg har ikke noget med fejlregistreringer at gøre. Det har jeg ikke forstand på, men det er patientens reelle Så har jeg møde med den ledende overlæge og de specialeansvarlige overlæger, hvor vi sidder og kigger på tallene. Hver 2. måned, hvor vi prøver at følge op på det. • E: Men I gør det ikke sammen med R? • K: Jo R er som regel med. • R: Og den ledende sekretær er også med. • E: Er der nogle af jer, der har været med til møder på sygehusniveau i forhold til Regionen, hvor man har arbejdet omkring forbedringer. • R: Nej det er nok dem, I skal møde i eftermiddag fra EDB-centralen – B og E S. • R: Hun (B) sidder i direktionen, men lige hvad hendes funktion er i forhold til det her, har jeg aldrig hørt om. • S: Jeg havde lige en ting, da jeg sad og kiggede igennem. Hvis I vil beskrive lidt, hvordan i holder personalemøder. Vi har hørt, at i holder nogle sekretærmøder, men holder i også noget på tværs af faggrupper? Og hvordan bliver lægerne informeret og hvordan bliver sygeplejersker informeret? • K: Vi har undervist lægerne nogle gange. • R: På morgen conference. Vi kunne lige få lov at få 10 min. • K: Det hjælper nok ikke, selvom vi fik 20 min. Jeg har også været rundt på afdelingerne og fortælle noget. Altså jeg har også været rundt og fortæller om kræftpakker. • S: Til sygeplejersker? • K: Ja og også på operationsgangen og også til vores eget personalemøde.
--	---

	• R: Vi holder ikke noget mellem sygeplejersker og sekretærer, det har vi ikke gjort. • S: Det er monofagligt og lægerne holder deres morgenkonference og det er deres personalemøde? • R: Nej de er begyndt at holde nogle andre personalemøder også. De holder speciallægemøder og møder for yngre læger. Det har vi fået efter den nye ledende overlæge er kommet. • S: Er det jer, der har ansvaret for informationen eller er det ledelsen – den ledende overlæge og oversygeplejersken? • R: Informationen, den kommer fra EDB-centralen, synes jeg. B. • K: Det kommer an på, hvad du tænker på. • S: Det jeg tænker på, det er hvis den ledende overlæge får noget information fra EDB-centralen omkring noget nyt omkring kræftpakker, hvordan kommer det så fra den ledende overlæge og oversygeplejersken ned i organisationen? Eller er det fordi I fanger det som specialister inden for det her felt? • R: Hvis jeg fanger det, så er det fordi B sender noget ud i forbindelse med kodningen, ellers synes jeg ikke, der kommer noget. • K: Jeg er også usikker på, om jeg er opdateret. Jeg ved ikke, især ikke med den nye overlæge. Med den gamle ledelse var det meget tilfældigt, om jeg fik informationen. Derfor er jeg meget usikker på.... • R: Fx sådan noget som når det her er på vej, så kunne man jo godt melde ud fra regionen til de relevante mennesker. • K: Jeg har også indtryk af, at Regionen går helt til toppen i afdelingsledelsen. • R: Afdelingsledelsen, nej jeg tror det er direktionen de går til.
--	--

	• K: Bekræfter R's udtalelse – det ligger deroppe. Jeg har ikke indtryk af at de har sådan en liste, som de sender ud til, når det drejer sig om kræftpakker. • E: Du er ikke med i nogen gruppe, hvor der er nogen tilsvarende med din rolle på andre afdelinger. • K: Nej. Ikke endnu, jeg ved ikke om det kommer. Hvis det bliver obligatorisk at der skal være en forløbskoordinator, så kan det være, at der bliver lavet noget. •
Aktører	
Teknologi	• R: Jeg har lavet nogle skemaer og skemaet bliver så sat i journalen, der udfyldes undervejs af lægen, det er så der, vi har det store problem – eller det er ikke kun der, men bl.a. der. • R: Der er ikke nogen tekniske problemer i det (PAS-systemet). • R: I forhold til kodningen skal man skrive koderne ind. E: Det er sådan et, hvor man skal gå i en bestemt rækkefølge. R: Ja • E: Har I fået det nye Syd-lis? • R: Jeg har lige fået det i dag, jeg har ikke været klar over det. Så jeg skal have søgt mig en kode til at kunne komme ind selv at trække fejllister. Vi har heller ikke fået fejllister i flere måneder. Det er helt tilbage til december, men det er LPR, der er problemet. • K: Det Syd-lis jeg har kunnet gå ind i har ikke kunnet vise cpr-numre. Det har bare vist hvor mange patienter vi har fået igennem og hvor mange har overholdt tiderne. Så jeg har ikke kunnet gå ind og kontrollere, jeg har ikke kunnet gå ind og lave audit. Så det synes jeg ikke, jeg har kunnet bruge til noget. Så jeg har bedt de IT-ansvarlige for

	pakkeforløb B O, som I også skal møde at trække lister til mig med cpr-numre. • K: hvor jeg så kan gå ind og følge alle patienterne, jeg skal selvfølgelig have hjælp til at slå dem op, det kan jeg ikke selv finde ud af. Hvor jeg kan gå ind og se hele deres forløb igennem. Og det er den eneste måde jeg kan gå ind og kontrollere det på. Nogle gange har vi fundet journalerne frem for at se, hvad der er sket, hvorfor er der dårlige tal her. Og det er som regel altid registreringsfejl. • E: Er der nogle ting, I går og tænker på, I godt kunne tænke jer skulle være anderledes og nemmere? Nu er det jo svært, fordi du har arbejdet med det her i 15 år og kan det (Kigger på R). Så tænker man måske ikke så meget over det mere? Er det noget I taler om blandt sekretærerne? • R: Nej det synes jeg ikke. Vi ved jo, at vi har et nyt PAS på vej og der ligger nok nogle muligheder I at gøre nogle ting anderledes. Men jeg må indrømme, nu siger du det kunne være windowsbaseret – det er jo slet ikke tanke, jeg har tænkt. Jeg kan slet ikke forestille mig, hvordan et nyt PAS kunne komme til at se ud. Man er nok gravet lidt for dybt ned i det, man sidder i. • K: Men når man indfører sådan en ny monitorering, så kunne jeg godt tænke mig, at der var noget mere automatik og at der kom nogle røde tal eller et eller andet – hov her skal du lige være opmærksom – for sekretærerne, for vi ved jo godt – hov nu kommer der en akut journal eller der ringer en telefon, eller nu er der det her eller det her. Så hvis man kunne bliver hjulpet af lidt mere automatik i monitoreringssystemet, det kunne måske hjælpe. Hele tiden at blive mindet om... • E: Sådan noget validering, der kunne hjælpe hen ad vejen. • K: Ja eller et andet inde på skærmen, jeg ved slet ikke, om
--	--

	det kan lade sig gøre, men at der popper et eller andet op, det her var en cancerdiagnose, har du husket... Men det kan nok heller ikke lade sig gøre. • R: Jo det kan det godt Latter... • K: Et eller andet der blinker med at har du husket – det ville være godt. • E: Tror du du skal have skemaet i den nye patientjournal? (kigger på R). • R: Nej jeg vil da håbe, at der vil være et eller andet mere fleksibelt. • K: I starten registrerede vi jo manuelt, så der skulle vi have skemaerne, men da vi så ikke havde det mere, så tænkte vi, at vi kunne slippe for skemaerne, men så blev vi enige om, at det kunne vi altså ikke. Fordi det var lidt en tjekliste. •
Kotter	Udtalelser
	• R: Nej. Jeg tror, det var sundhedsstyrelsen der arrangerede de møder rundt om i landet, hvor de fortalte om baggrunden for det og hvordan registreringen skulle være. (1) • K: Så har der været to møder i Vejle, hvor vi har snakket kræftpakker. Og så har vi også været til den der MIS Kræft-undervisning, men det bruger vi så ikke mere. Og jeg tror heller ikke, det fungerer mere. (1) • R: Jeg har lavet nogle skemaer og skemaet bliver så sat i journalen, der udfyldes undervejs af lægen, det er så der, vi har det store problem – eller det er ikke kun der, men bl.a. der. (4) • K: Jeg har rent fysisk været til stede, det er den måde, jeg har forsøgt at få det implementeret, der hvor sekretæren har siddet og booket og prøvet at undervise hele tiden

	omkring det pakkeforløb. (4) • E: Ser I udtræk fra jeres tal? • K: Det kan du tro, vi gør. • R: Fra SydLis burde vi kunne se noget, men vi synes, vi har mange problemer med det. Koder, som de ikke tager højde for i deres lister. Så vi fremkommer med nogle dårlige tal på nogle punkter, som indkaldes til tiden. De beder os om at kode en passiv ventetid, hvis patienten vil vente, så tager de ikke højde for det, når de sender tallene ud. Det har vi store problemer med. • K: Det har vi store problemer med, at Regionen ikke har styr på det og at de ikke meddeler os det. De offentliggør nogle rapporter, som ikke er rigtige og de skriver ikke obs. I skal være opmærksomme på, at vi ikke kan registrere passiv. Vi er meget omhyggelige – jeg ved at med kolo-rektal, der overholder vi stort set ventetiderne, vi er meget omhyggelige med at passiv-registrere, når patienten ikke ønsker den tid, jeg tilbyder. Og det fremkommer bare ikke i monitoreringslisterne. • K: I starten havde vi en anden ledelse, i hvert tilfælde havde vi ikke den samme ledende overlæge. Ham vi har nu, har vi haft siden august og da vi startede oplevede jeg ikke, at ledelsen prioriterede det overhovedet må jeg sige. De gav bolden til mig og så kunne jeg arbejde videre med det. • R: De var ikke interesseret i at høre resultaterne... • K: Og heller ikke sende mails videre til mig med information om møder. Fordi selvom jeg ikke var sekretær, så kunne jeg jo også lære af at være med til de møder, for jeg vidste ingenting i starten. Så det var bare nul-prioritering, men med den nye ledende overlæge bliver det prioriteret anderledes højt og det er dejligt, så føler man sig knapt så alene.
--	--

	• E: Det var så en anden ledende overlæge, men hvad med oversygeplejersken? • K: Det er den samme oversygeplejerske, så der er ingen ændring sket der. • På side 8 er der nogle udtalelser fra R, som kan indikere, at hun ikke føler sig hørt og føler sig heller ikke tilstrækkeligt informeret. • Og bevidstheden er også hos alle blevet sådan, at det her med kræft, det skal køre. • E: Ser I noget til i de her tal i Syd-lis om, hvilken position i har i forhold til andre? • K: Det går jeg meget højt op i. (6) • R: Det gør jeg altså ikke. (1) • K: Det er de rapporter, som vores monitorering bliver offentliggjort i, hvor der er fejl i vores rapporter og det gør mig harm. (8) • R: Ja så har jeg ad den vej fået noget information, men jeg har ikke fået den som noget officielt. (4) • K: Det er også derfor, jeg hele tiden skal spørge, har de nu medregnet vores passiv-registrering. Jeg får ikke nogen informationer om, i det de sender ud, om at vi kan desværre ikke.... (4) • Både R og K indikerer på s. 13-14, at de ikke føler sig godt informeret fra Regionsniveau.
Manglende funktionsbeskrivelse	• K: Ja jeg blev pludselig kaldt til et møde, at nu var den kræftpakke startet og jeg var blevet forløbsansvarlig uden at få en funktionsbeskrivelse og det har jeg stadigvæk ikke, men sådan startede det med kolorektal og så var det bare med at sætte sig ind i, hvad er kræftpakker overhovedet, jeg vidste det ikke. • K: Jeg var ikke inviteret med til de møder, fordi jeg ikke var sekretær der skulle registrere, så derfor kom jeg ikke med til de møder.

	• K: Vi har jo heller ikke nogen funktionsbeskrivelse, for den der tager sig af det her, vel. Så på den måde kan man måske sige, at det ikke er så højt prioriteret. •
--	---

14.3.3 Bilag 8 - Analyse af interview med repræsentanter SVS

Leavitt-Ry	Udtalelser
Historie	• B: Jeg har ikke noget kendskab til, at Vejle var først. Jeg er så også først kommet ind i det her for 1 års tid siden. • E: Jeg mener, at det er Regionen, der har taget initiativ til det, til monitoreringsdelen i hvert tilfælde. Så det undre mig lidt, at I siger det er vejle og i hvert tilfælde, hvis det er vejle sygehus, så har jeg aldrig hørt om det. • B: Jeg tror man har implementeret pakkerne her i den rækkefølge, man skulle. Det startede for 2-3 år siden og det begyndte alle på samtidig. S: Det er jo fordi, de udviklede modellen til den slags pakkeforløb allerede i 1999, så det er måske en forkert formulering at sige kræftpakker, men det at behandle patienter inden for nogle forudbestemte forløb, så det er egentlig det kræftpakkerne har baggrund i. Vi har tænkt, at det at Vejle var forud og at de andre sygehuse fulgte efter og var bagud, men det er ikke sikkert, at I har følt det sådan. • E: Altså vores historie er lidt anderledes og det er nok derfor, at vi ikke har følt det sådan. Historien er faktisk den, at på SVS startede man med brystkræft lang tid før Vejle. Jeg ved godt, at den historie florerer at det er Vejle der har været først ude med det her. Det er fordi Vejle er rigtig gode til at profilere sig, men pakkeforløb inden for brystkræft, det startede her. Derfor har man kendt til det her i rigtig mange år her. Så har man været rigtig god til det inden for et område og det har haft en afsmittende virkning til de andre områder.

	S: Er man startet op med brystkræft før nogen andre? - E: Det har man gjort lang tid før, at der overhovedet var noget der hed pakkeforløb. Else: Der er også nogen der har været pionerer her, men de har ikke skrevet så meget om det. - E: Nej det har de nok ikke. - B: Jeg kan godt se på dem, hver gang Vejle bliver nævnt, at det var jo egentlig her det begyndte. S+Else: Det har vi ikke hørt før. Else: Omlægningen fra amter til Regionen, hvordan har det påvirket alt det her omkring kræftpakker? - E + B: fortæller i munden på hinanden at de har været der i så kort tid, at det ved de ikke. - E: Jeg tror ikke det havde noget... jeg kan ikke forestille mig, at det havde været anderledes. De startede ud med det her initiativ fra Regionen om monitorering.
Omverden	- B: Regionen har en monitoreringsgruppe, den sidder vi også med i, så der får vi en masse information. Plus det de sender ud. - Der har også på et eller andet tidspunkt været det landsdækkende MIS Kræft, som nu er afgang ved døden for ikke så lang tid siden. Der var der også noget undervisning, hvor registreringsansvarlige og også K Kruse var på kursus, men det var alt for dårligt og vi brugte det ikke. Man kunne ikke stole på data. Det lavede nogle lister, som var intetsigende. - E: De sorterede alt for mange patienter fra, så data passede slet ikke med vores egen monitorering. - B: Vi kom aldrig til at bruge det, det var ikke værd at spille tid på. - B: Så vidt jeg ved, vil region midt også til at bruge det system, vi har. Else: er det noget I har givet videre til monitoreringsgruppen?

	• E + B: Ja, det har vi snakket meget om. • E: Jeg er ikke helt sikker på, at det er lavet tilfredsstillende endnu. • B: Vi mangler nogle koder til at angive, at de er sendt videre. • E: De er lydhøre for det, men det sker bare ikke så hurtigt. Jeg ville gerne have, at det stod lidt mere tydeligt. Else: Når du synes, de er lydhøre, så kan du vel også gå tilbage en gang til. • E: Jeg ved ikke, hvor mange gange jeg har været tilbage. • E: Når de trækker rapporter ud, så skelner de altså ikke. Det tror jeg, de synes, der skal bruges for mange ressourcer til. Men så kunne jeg godt tænke mig, at der i det mindste var en stjernemarkering, så kunne man se, at pt. Var på OUH. Men den del vil de ikke. Det er bare lidt ærgerligt. Så hvis folk er ærekære, så er det ærgerligt, at det er sådan nogle ting. S: Er det en af de ting, der bliver taget op i kræftstyregruppen? • E: Ja der har vi haft det oppe at vende.
Fysiske Rammer	
Visioner/værdier/mål	• E: Vi er lige ved at lave en ny, vi har noget vision og overordnede mål og nu er vi lige ved at lave en ny strategi for 2011 – 2013 og der vil jeg faktisk sige, at den ikke er med. Men måske, jeg tror, det er fordi man mener, at det kører, når vi tænker strategi, så er det meget med, hvad vil vi arbejde med fremover, hvad er det for nogle udfordringer vi har, der kan komme til at påvirke os, hvad er det vi specielt gerne vil arbejde med. Og der er det, at det her kører rimelig meget på skinner i dag. Så derfor kan man sige, at hvis vi skal have strategisk fokus på noget, så skal det være på nye ting. Strategien er på et meget overordnet niveau også laver vi etårige handleplaner og sådan noget. Dels så laver vi etårige handleplaner for hele

	sygehuset, der synes jeg egentlig heller ikke, jeg kan huske... det er i hvert tilfælde ikke højt prioriteret, strategi/visionsmæssigt. S: Heller ikke tilbage i tid? - E: Altså efter hukommelsen, når jeg tænker på den for de sidste 3 år, så var det heller ikke med. Med udgangspunkt i denne her handleplan for hele sygehuset, så laver vi kontrakter med afdelinger, så kommer vi helt ned på handlingsniveau. - E: Det betyder ikke, at det ikke har fokus, det kommer bare ind fra en anden kant. Men måske er der så mange andre ting på det niveau, som et sygehus skal gøre, så det kommer ikke ind på det her niveau. S: Det kommer ikke ind på top 10. - E: Vi laver en strategi på 7 punkter.
Belønningssystemer	
Organisationskultur	- E: På det sidste styregruppemøde, da blev det efterlyst af nogle læger, at der blev lavet et kursus for lægesekretærer. Et kursus, der ikke gik ud på, hvordan man registrerer, sådan korrekt på den facon, men sådan at de tænkte på, at hvis en læge ikke har sagt det her godt nok og fået koderne med og ditten og dat, så skal de selv ud fra det lægen siger tænke sig til, at når de siger sådan, så skal jeg også tænke mig til, at jeg skal gøre sådan. Altså når han nu siger sådan, så betyder det også at jeg skal registrere og jeg skal kode på den og den facon. Hvordan man så skal få lavet sådan et kursus, det ved jeg ikke. - B: Det må vi også have til cancerregistreringen. - E: Det vil de prøve på. Lægerne siger, de har så travlt. Vi sidder måske og snakker med patienten og så får vi ikke lige – jeg ved ikke, om de dikterer ind, eller om de skriver, så får de ikke det hele med altid. Så de vil meget gerne lære sekretærerne....

	Else: At tænke selv. • E: Det var faktisk de ord de brugte – at tænke selv. Det er vi bare ikke kommet til endnu. Jeg har haft kontakt til nogle sekretærer. De ved godt i deres travle hverdag, at de ikke altid får det hele med.
Opgaver	• og det er jo når jeg har nogle udtræk med manglende registreringer, som jeg jo så sender dertil. Og så melder de tilbage, at nu har de rettet fejlene, andre skal man rykke lidt mere for. Else: Kigger i så på, hvad det er for nogle typer fejl? Er der en opfølgning på • B: når jeg laver sådan et udtræk, så kigger jeg på, om det er en generel fejl, så skriver jeg det til dem, at de skal være opmærksomme på, hvis det er en speciel kode, de glemmer. Eller det måske er nogle bestemte sekretærer, som skal være mere opmærksomme på at få det hele registreret. Nu har I jo snakket med R og vi har jo lavet sådan et skema til at indsamle oplysninger, som de kan bruge til at opsamle oplysninger. • B: Tidligere skulle vi ud på afdelingen og have en dialog med dem, så var det dem, der fortalte os, det er slet ikke vores patient mere. Else: Har i nogle forslag til, hvordan man kunne løse det, skulle de egentlig udskrives de her patienter? • B: Jeg vil gerne have at de blev udskrevet altså afsluttet. • E: Det gør de i nogle tilfælde. • B: Ikke i alle tilfælde. • E: Det kunne godt være, at når man laver sine registreringsrapporter, så kunne det godt være at dem, der er sendt videre til et andet sygehus, at dem behandler vi på en anden måde. Og det skulle gerne tydeligt fremgå, hvor mange det er. Problemet er lidt stort en gang i mellem, så nogle afdelinger bliver generet mange gange med det her.

	Men vi er nødt til at undersøge det hver gang. • E: Fordi dem vi skal registrere, det er jo kun dem, der er i pakkeforløb. Og der kan vi ses på SVS, at på nogle områder får vi ikke så mange i pakkeforløb som de andre. Jeg tror, det skyldes to ting. Dels er vores praksislæger ikke så gode til at sende ind til pakkeforløb, vi har faktisk skrevet ud til dem, at vi meget gerne have at med pakkeforløb, skal de gøre sådan og sådan. Jeg ved ikke, om det har forøget intensiteten, men så tror jeg også på nogle andre sygehuse. Altså så registrere de, hvis overlægen fx tænker, at det burde have været et pakkeforløb også registrere de det som et pakkeforløb og det er ikke det, reglerne siger. Det er kun dem, der kommer ind på den her måde, vi skal registrere. Men der er en tendens til at vi på nogle områder ligger lavere. Når vi ser på 4 forskellige sygehuse, så registrere de på forskellige måder, det kan godt være, at inden for nogle af vores specialer, at vi også gør det på den facon, men man forsøger jo, selvom de ikke kommer ind via pakkeforløb, at give dem den samme behandling. Men vi får dem bare ikke registreret, fordi de ikke er kommet ind på den rigtige måde. Else: Kan man ikke putte dem ind, selvom de ikke kommer ind med den rigtige henvisning – om ikke man kan putte dem ind i pakken fra det næste punkt. • B: De kan godt komme ind i pakken, men de kommer ikke med i monitoreringen. Det er kun dem, der kommer fra egen læge. Og det med røntgen afdelingen det er i effekt nu. Men den nationale monitorering er der nu tale om, at man vil gå baglæns og se på dem, der ender med cancer og så gå tilbage igennem systemet. Der får man så ikke alle dem med, der bliver afkræftet. S: Det er det nye med afbureaukratiseringen.
--	---

	• B: Det er så fx det med at diagnoser afkræftet ikke længere er obligatorisk. Men her i region syd har man besluttet at blive ved med at registrere den. Fordi vi bl.a. Har fået opbygget det nye monitoreringssystem. Fordi ellers falder det jo fuldkommen til jorden. Eller også er der noget af det der falder til jorden i hvert tilfælde.
Struktur	Else: Hvem er den styregruppe her? • E: Det er vores sygeplejefaglige direktør, der er formand for den og så er det forskellige overlæge, som har speciale i og jeg tror også, der sidder en oversygeplejerske. Vores anden direktør er også med i gruppen. Vi havde nogle andre forløbstider for et år siden, så kom den nationaleplan med nogle nye forløbstider. Der har vi så snakket meget om i Regionen og også her – fordi de nye forløbstider er mere lempelige kan man sig end de gamle var – og der har vi sagt, at vi vil blive ved med at bruge de gamle. Hvis vi har kunnet gøre det med de gamle forløbstider tidligere. Det vil man så gerne blive ved med. Men når vi skal monitorere, så skal vi bruge de nationale, men internt og tankemæssigt, så vil man gerne forsøge at leve op til de mere stramme tidspunkter. Det betyder også, at der er bevågenhed. Else: Hvordan bliver det meldt ud? • E: Langt de fleste, der har med kræft at gøre, sidder i den styregruppe. Hver gang vi får monitoreringsrapporter – hver eller hver anden måned. • B: Det har ikke været så stabilt på det sidste. • E: De bliver så sendt ud og de bliver drøftet på styregruppemødet og vi kigger på, hvor godt ligger vi. Hvis der så er noget, hvor vi kan sige, at vi ikke ligger så godt monitoreringsmæssigt, så går vi ud og undersøger. Så alle de ledende overlæger, der har med kræftspecialer at gøre, de ved, vi kommer og spørger. Hvis de rent

	monitoreringsmæssigt ikke ligger så godt. Så handler det ikke om, at de ikke gør det i virkeligheden, men at man har fået registreret forkert. Så kan det nogle gange se dårligt ud på papiret, så får de rettet op på det. Det er også med til, at der er meget fokus på det. Så bliver man jo ikke spurgt så tit. S: Du siger ledende overlæger – er oversygeplejersker ikke med? • E: Det kan jeg ikke huske, men det kan jeg undersøge. Sidste gang der aflyste de kræftstyregruppemødet, fordi de ikke havde nok punkter. Jeg er simpelthen med i så mange grupper, så jeg kan ikke skelne den ene fra den anden. • B: Det var især, da de begyndte at lave om på de der forløbstider, der har de jo sendt materiale ud til os, så har vi formidlet dem videre til afdelingsledelserne. Hvert halve år, der får vi også noget fra nationalt plan, hvor vi skal udfylde nogle skemaer og det sender vi ud til alle afdelinger til ledende overlæge. Vi sender ikke ud til registreringsansvarlig men til ledende overlæge, så er det op til dem at stå inde for og sige i hvilken udstrækning de opfylder forløbstiderne. Else: også ændringer til registrering, går det også til ledende overlæge? • B: nej det går til de registreringsansvarlige, dem har jeg navnene på. Else: Vi har talt med K kruse, er der forløbskoordinatorer på andre afdelinger? • B: Nej det er kun på kirurgisk afdeling. Else: Bruger i dem, der er længere ned på gulvet, som er tæt på det, som det handler om? • E: til B – du er nok den, der er tættest på. • B: Det er jo de registreringsansvarlige, jeg har kontakt med Else: Er der nogle aktiviteter i forhold til kvalitetssikring og
--	---

	registrering? • E: Vi laver journalaudits en gang om året eller jeg ved ikke hvor mange gange om året det er. • B: Jeg tror nu det er to gange om året, men det er ikke noget vi har med at gøre. Vi ser bare nogle referater fra det. S: Det er igennem den ledende overlæge, at den information skal gå ned igennem organisationen? Der fx sidder med i kræftstyregruppen. • E: Ja, men det er jo ham, der er ansvarlig for deres registreringer eller hende. • E: Vi kan ikke bare sige, at det er nok det samme som sidst. Der er også den regionale kræftstyregruppe, hvor der bliver stillet spørgsmål til det her. Til vores direktør fx Der er så meget hierarki, så det giver så meget arbejde for noget, som vi godt ved, ikke er noget problem. Men vi bliver jo bare nødt til at belyse det. Men det er i hvert tilfælde tænkt sådan, at i det nye system, skulle man kunne se, at den her patient er sendt til OUH til videre udredning. • E: Der er en ledende oversygeplejerske med i den der styregruppe
Aktører	
Teknologi	• E: Nu har jeg jo så prøvet det monitoreringssystem, som de har lavet på regionsbasis, det bliver åbnet op nu her. Hvor vores kliniske afdelinger også kan få adgang til at se registreringer helt ned på cpr.-niveau. Det har vi ikke haft tidligere. Der har kun været nogle få på hvert sygehus, der har fået lov til det. • B: Det er jo ikke åbnet op endnu, fordi der er ikke adgang til data endnu. Men man kan godt søge om en kode, men der er ikke adgang til data endnu. Men når det kommer, så skal, du spurgte om dem der var længere ude i systemet,

	så skal de have en introduktion til det her. Til hvordan bruger vi egentlig det her system. Så vil de også frem over selv kunne gå ind og trække de der lister. Else: Nu skal i have en ny EPJ et nyt PAS, har I gjort jer nogle tanker til forbedring eller gøre det nemmere at registrere? • B: Det her nye PAS-system, det er jo først lige besluttet, men i forbindelse med kræftpakker, så er det faktisk bygget op, sådan at det understøtter alt det, du skal igennem. Og hvis du vil have det til det, så kan det faktisk køre op imod LPR, hvor det så kommer tilbage og siger, du mangler lige et eller andet. Så det kan faktisk elektronisk guide dig igennem, så du får det mere rigtigt fra starten, hvis man vil bruge det. Else: Er det noget I skal beslutte lokalt, om I vil sætte det op på den måde? • B: Ja og det kan der jo være forskel på. Det skulle gerne altid være sådan, at man kan komme videre, men det kan man også, man kan faktisk godt validere op imod og så får man en fejlrapport og så kan man vælge, om man vil rette det lige her og nu. I mit hoved ville man spare ressourcer ved det i stedet for at man skulle tage den samme patient op igen en uge efter. Men der kan være de gange, hvor man skal have nogle andre mennesker ind over for at kunne kode det færdigt og der kan man jo lade det ligge. Så kan man gå hen og finde en liste – man kan få det vist i en oversigt, hvor jeg har nogle fejlregistreringer, så der kan man hele tiden gå tilbage, så nu vil jeg gerne have tømt den liste. Else: Har i overvejet om i vil sætte det op på den måde med de valideringer? • B: Da vi fik det præsenteret, så var vi noget uenige. Else: hvad kunne modargumenterne være? • E: Jamen det kunne være at personerne ikke skulle sidde
--	--

	og belemres med, at det hele tiden skulle stå og validere, at det er sådan et irritationsmoment. Men jeg tror, når vi får diskuteret det ordentligt igennem, at så vil vi gøre det alligevel. For der er så mange fordele ved at gøre det og du kan hele tiden lægge dem over i den der skuffe i den oversigt over fejlvalideringer. Med mindre det er noget, der kommer til at tage maskinressourcer, så det går langsommere, så vil jeg tro, det er det, vi gør. Vi skulle gerne kunne komme til at spare meget tid, ved at vi ikke behøver at tage fat i den samme patient flere gange. Det er jo ikke noget patienten bliver mere rask af – om der er registreret rigtigt. • Nogle gange her på SVS kan vi stå med nogle dårlige udredningstider, fordi vi har sendt nogle patienter til OUH. Systemet tager ikke højde for, hvor patienten er. Der er rigtig mange af dem, som vi bliver bedt om at gå ind og kigge på, hvor det så faktisk er patienter, der er sendt til OUH. Det vil vi gerne have systemet til at fortælle os lige med det samme. • E: I det nye system, hvor systemet i langt højere grad melder ud og siger, at der er fejl, men at det er det og det og det, der er fejl på, sådan at man ikke bare får et cpr.nr. der skal du rette noget. Så melder systemet ud mere præcist at det er fordi, du mangler en dato der eller en kode. De vil forfine det hele tiden den her monitorering. Else: Det har I også haft indflydelse på? • E: ja. Det er i hvert tilfælde min opfattelse at de er meget lydhøre i forhold til hvad der kommer ud fra sygehusene. S: hvad er jeres fornemmelse, er det også systemet der er skyld i de manglende registreringer eller er det den manuelle, det at man ikke husker. • B: Jeg tror at det er det, at man glemmer. Man kunne godt lægge flere valideringer ind, men det er jo så af
--	--

	økonomiske årsager, for det er jo et gammelt system og man har ikke ønsket at bruge flere penge på at lægge flere valideringer ind.
Kotter	Udtalelser
	Else: Så I har planlagt noget undervisning? • B: Vi har ikke planlagt nogen datoer E: Og vi har heller ikke planlagt, hvordan det skal være. • B: Det er meningen, de selv skal gå ind og lave tjek på, om de får det gjort, men de skal jo have en introduktion til, hvordan de bruger systemet. (7) • E: Ikke fordi vi monitorere det, men jeg vil tro, de gør det, fordi der er fokus på det, men jeg ved ikke om man kan se, om de får en bedre behandling. Men de kommer hurtigere igennem end man generelt gjorde tidligere. (1) Else: Er der nogen af jer, der underviser dem, der skal registrere? • B: Ikke ret meget. Jeg har været med ude og introducere. Else: Jeg tænkte bare på, hvad i siger til dem, hvorfor de skal registrere? • B: For det første skal de gøre det, fordi de skal gøre det. Det er et krav, der skal registreres. • E: Jeg tror i hvert tilfælde ledelsen er meget opmærksomme på, at de vil meget gerne så sig godt. Det har formodentligt også noget med ærekærhed på sine faglige ting, de vil godt stå godt i statistikkerne. • E: (henvendt til B) I hvert fald ud til den sidste, der er det meget via jer. Og ellers er det også den ledende overlæge, der har fokus på at de skal gøre det. Men de ved jo ikke nødvendigvis hvordan man skal gøre det. • B: Der har vi jeg og mine kollegaer været ude på de afdelinger og holdt nogle små møder med sekretærer og nogle sygeplejersker og gennemgå de her skemaer. Else: I har også gjort det med sygeplejersker? • B: Ja det har også i nogle tilfælde været med

	sygeplejersker. • E: På et tidspunkt demonstrerede jeg faktisk både MIS Kræft og vores eget. Jeg kan godt se de her overlæger bare inden man er gået i gang – så skal de ind i det her, vores ledelsesinformation kan de bruge til mange ting. De er gode til at trække kvalitetsdata og økonomidata, men inde i det, så ligger der også den her. Men så nogle gange så står de fuldkommen af – nej skal jeg så også selv og det der med overhovedet at høre efter. Og det er faktisk ikke særlig kompliceret det her system, men alene det at skulle komme derind, hvis det var noget, de selv skulle – det bliver de helt forpustede af. Så hvis bare de kunne lære at have en anden holdning til sådan nogle ting – var der også noget der var lidt nemmere. Næste gang så var det meningen at vi skulle demonstrere det her nye – det var meningen til det møde, der blev aflyst fordi der ikke var nok punkter på dagsordenen – men så vil vi gøre det for ledelsesgruppen en gang til. Så kan det være, at de kan huske bare en lille smule fra sidst. Eller også kan vi tage udgangspunkt i, det var i hvert tilfælde min hensigt, hvor ser det fejl ud på papiret og hvor ser det dårligt ud i vores monitoreringsrapport. Så kan vi gå ind på skærmen og sige, det ser dårligt ud pga. det og det, fordi I har fejlregistreret. Så kan de måske få fokus på – kan vi bruge det til det, når vi selv går ind og være med til at kvalificere at det vi sender af sted rent faktisk er det rigtige. Det giver måske mening for dem. S: tror du at de informationer den ledende overlæge går ind og finder, at de kommer hele vejen ned igennem systemet? Helt ned til den sekretær, der sidder og registrere? • E: Det er egentlig for at gøre dem interesseret, at vi har sådan et system, så de kan bakke sekretærene op. Jeg tror det i høj grad er sekretærene, der kommer til at anvende
--	---

	det. Men så kan de bakke dem op i, at de skal anvende det og de kan se, at der er værdi i brugen af det. Else: Har man overvejet at have en sekretær med i den styregruppe. • E: Nej, for man kommer ikke ned på det niveau. • E: Ja der er meget fokus på akkreditering, men der er også meget fokus på at leve op til kræftpakkeforløbene. Jeg tror også, at noget af det, der holder gang i det er, at vi har den styregruppe, som mødes jævnligt med repræsentanter fra hele det her område. • E: De vil forfine det hele tiden den her monitorering. Else: Det har I også haft indflydelse på? • E: ja. Det er i hvert tilfælde min opfattelse at de er meget lydhøre i forhold til hvad der kommer ud fra sygehusene.
--	--

14.3.4 Bilag 9 - Analyse af interview med afdelingsledelse

Leavitt-Ry	Udtalelser
Historie	•
Omverden	• Og så føler vi ikke, at vi har et særlig godt samarbejde omkring registrering. Jeg ved ikke, om K har nævnt det her med passiv-registrering, det går os rigtig meget på. Der er rigtig mange patienter, der selv springer ud af pakken, så at sige og det er fuldstændig sundhedsfagligt forsvarligt, det er ikke noget der bekymre mig en dyt og det er en god service for patienterne, men det giver os dårlige tal, som vi kan dokumentere, men vi som alligevel ikke kan registrere. Det er det ene problem vi har og det andet problem vi har er, at vi har problemer med de patienter, vi selv flytter rundt. Der kommer en henvisning fra en praktiserende læge, og han ikke henviser pt. Som en 48 timers patient, men vi kan læse at det her lyder farligt. Vi vil gerne gøre ham til en 48 timers patient, så mister vi en dag, for så er forarbejdet ikke gjort, nogle gange mister

	vi 2 dage. Vi vælger så at putte ham i pakken og vi har en meget entydig håndtering af de her patienter. Det er sådan, at der er en 48 timers patienter og så er der en ventegruppe og en anden ventegruppe og vi har taget den midterste ud. • Så skal vi til at ringe ud til dem og lave den praktiserende læges arbejde og det er tungt. E: Har i noget samarbejde med de praktiserende læger i forhold til det? • C: ja der er noget kontakt imellem en praksiskoordinator og afdelingen. Som vi godt kunne bruge noget bedre. Og så har vi et fælles samarbejdsværktøj som hedder visinfo syd, som er sådan en hjemmeside, hvor vi kan gå ind.. en hjemmeside, hvad det er som er.... Men det er mit klare indtryk, at de ikke bruger den. • C: ikke som en dialog. Mere i en form, hvor vi har lagt vores programmer ud, kriterier for at være 48 timers patient eller hvordan de skal håndteres, det har vi lagt ud. For alle kræftpakker. S: Det er fælles for syd danmark ikke også? • C: Ja, det er fælles for hele syd. Det er hver afdelings umiddelbare kontaktflade til de praktiserende læger. Det er der vi lægger retningslinjer ud for, hvordan de skal henvise til os. Og hvor de skal sende patienterne hen. For det er lidt en jungle for dem. Efterhånden som sygehusene nedlægger nogle funktioner og flytter til andre. Jeg synes ikke, det er noget godt værktøj. S: Jeg tænkte også lige, fordi du sagde I skulle ud og kapre kunder ved konkurrenterne, det kunne man i princippet også gøre via den der – stå sig lidt bedre som afdeling. Eller er det fælles for alle afdelinger? • C: Nej det er hver afdeling, der har..... Vi har jo også en almindelig hjemmeside i huset, hvor vi tror patienterne
--	--

	henvender sig meget. Den er ikke blevet lavet om i 10 år, tror jeg, den arbejder vi på nu. Der har vi nedsat en lille projektgruppe, som skal se på, hvad der skal stå der. Og så har jeg en disputs med kræftens bekæmpelse, som også vil have sådan en patientens guide eller ABC, hvor de vil have, vi skal indberette data til kræftens bekæmpelse og så laver de en hjemmeside, hvor det står på. Men det er jeg meget bekymret for, for efterhånden får vi jo nogle forskellige vinduer, som vi skal sørge for at holde opdateret hele tiden. Det er meget nemmere for os at sige til kræftens bekæmpelse I må hente de data I skal bruge på vores hjemmeside og så er de egentlig ansvarlig for, at de er opdaterede. Det kan da gøres meget mere elegant end den måde, hvor det er nu, det ved vi godt, men vi skal lige nå det. E: Sammenligner du med, hvor gode i er i forhold til andre sygehuse? • C: Nej det er jeg ligeglad med. Men jeg ved da, hvad der sker. Når jeg sætter mine ventetider ned, så gør de det også ovre i Nyborg. De har fulgt mig slavisk det sidste halve år. • K: Det er også fordi vi ikke leverer patienter til Nyborg mere, så falder deres ventetider jo også, det gjorde vi før i tiden. Rask væk, fordi vi ikke kunne overholde vores ventetider. • C: Ja det kan også være en af grundene, men jeg tror, vi holder øje med hinanden. E: Er det for meget med konkurrenceaspektet nu? • C: Nej det er ok. Det har jeg ingen problemer med. Det er jo vores chance. •
Fysiske Rammer	
Visioner/værdier/mål	E: indgår kræftpakker og monitoreringen deraf i afdelingens

	visioner og strategi? • C: Ja det gør det. Det indgår på flere forskellige planer. For det første så er sådan en mavetarm-kirurgisk afdeling ret hårdt ramt af den danske kvalitetsmodel. For vi har både nip med perforeret mavesæk og med blødende mavesår, så har vi mammacancer og coloncancer og malignt mellanom, som er med i den danske kvalitetsmodel. Så alene der indgår de i forberedelsen til akkreditering i den danske kvalitetsmodel. Så har vi en strategi på området. Der er jo en kamp for tiden imellem de forskellige ikke universitetsafdelinger, hvem der skal håndtere disse cancerforløb. Der har vi en kort strategi og en lang strategi, for hvordan vi vil håndtere det. Den korte strategi er dokumenterbar, den langsigtede strategi er ikke dokumenterbar, men den er ved at blive udarbejdet lige nu i samarbejde med direktionen. • C: jah, hvordan bliver den meddelt. Vi holder jo personalemøder og der prøver vi at gøre sådan, at en gang i kvartalet, vi er 11 mellemledere på vores afdeling, så en gang i kvartalet prøver en af afdelingsledelsen at møde op til personalemøde for at gøre rede for lidt mere om hvad vores langsigtede strategi er på området der. Det overordnede budskab til vores medarbejdere er, at vi skal have større volumen. SVS er gået fra at være et stort hospital til lige pludselig at blive et lille hospital. Fordi alle de andre sygehuse har slået sig sammen og er lige pludselig blevet større, hvorimod vi var så store, at vi ikke havde nogen gevinst med at slå os sammen med nogen og så blev vi pludselig små. Og det kan ramme sådan et sygehus ret hårdt. Derfor har vi en bevidst strategi om at øge volumen på vores kerneydelser som er mammacancer, og kolon-rektalcancer og udredning af øvre gastrointestinal cancer. På cancerpakkeområdet er det det,
--	---

	der er vores satsningsområder. Så har vi et satsningsområde på rekonstruktiv mammakirurgi, hvis du har en brystcancer, får du lavet et helt bryst med det samme i samme operation. Var det 4, ja det var det. Men de der 4 områder det er sådan set vores maligne satsningsområder eller maligne ben om man så må sige. Så har vi også et benigt ben og et organisatorisk ben i vores satsningsområde og strategi. Men på de der områder har vi først og fremmest en kvalitets- og volumenstrategi, vi skal være større. Sundhedsstyrelsen siger, at der skal være 300.000 som optageområde til et velfungerende sygehus, der kan håndtere det her og SVS ligger nok i virkeligheden på ”200 og et eller andet”, så vi skal ud og score 100.000 hos konkurrenterne og det er vores strategi – overlevelsesstrategi, vil jeg sige. •
Belønningssystemer	E: Ønsker ledelsen at honorere dem der har nogle specielle funktioner i forhold til det her? • C: De får masser af ros (der grines). Altså hvis du tænker på den enkelte medarbejder, så honorere vi jo enten på kompetencen eller på funktioner. Lige nu, jeg er ikke inde i Ks løn og ansættelsesforhold, men jeg er ret sikker på, at hun får noget for sine kompetencer. Men om der bliver lagt noget i funktionen til den tid, det har vi ikke taget stilling til. Det er en styrke at specialisere folk, hvis de er fagligt tunge og har prøvet meget, men det er en svaghed at specialisere unge og uerfarne, så render der en masse mennesker rundt imellem hinanden, der kun kan én ting og det svækker vores organisation. Så kan vi ikke lige pludselig hive K ud en dag og tage hende med ind i ambulatoriet sammen med mig. Ellers får vi nogen, der bare kan en ting, der siger jeg er sårsygeplejerske på plastikkirurgisk afdeling onsdag eftermiddag. Sådan en

	organisation vil vi ikke have. Det vil vi prøve at arbejde bevidst med.
Organisationskultur	• Vi siger enten er der mistanke om kræft og så skal du ind med det samme eller også har man ikke også kan man godt vente længere. Der er mange sygehuse, som kører med den der ventegruppe i midten som elastik. Det har vi valgt ikke at gøre. Det er en god service, at man kan sige til patienterne, at enten er vi bekymret og så tager vi dig med det samme eller også er vi slet ikke bekymrede og så skal du vente, fordi der er andre, der er mere syge. Det gør, at lægerne visiterer ret hårdt, det vil sige, at vi kan lige pludselig få nogle meget store pukler af patienter, som lægerne har visiteret til indenfor 48-timer. E: Udtræk fra sydlis, ser du dem? • C: Det gør jeg. Hver måned trækker min sekretær alle vores almindelige servicetal og en gang i kvartalet taler K og jeg om, hvor nøjagtig vi står henne med de her tal. Og så har vi en daglig dialog. Det er sådan at hvis der er tider, vi ikke overholder, så må vi ikke bare sige nå. Så kommer K eller sekretæren til mig og siger, nu har vi problemer med at overholde koloskopier eller et eller andet andet. Så vil der være en lægefaglig prioritering. Det vil sige nogen vil blive dømt ude, hvis vi ikke kan håndtere det. Og ellers vil vi prøve at sætte ekstra endoskopi tider eller ambulatorietider på. Eller flekse på en anden måde. Det er i hvert tilfælde 2 gange om ugen vi mødes ovre i ambulatoriet og snakker sammen om det. Ikke som et møde, men hvor jeg går forbi og hører, hvordan går det, er der problemer. E: Hvordan med den info tilbage til medarbejderne. Det er jo så en uformel måde, har du også en formel måder det bliver givet ud på? • C: Nej det er vi ikke dygtige nok til. Vi melder tilbage og

	roser, når det glider som det skal. Det prøver jeg at huske. K: og lover slik og nu er det snart ved at være sliktid. • C: Altså i sidste måned, der var vi på forkant med alle vores servicetal, alle patienter blev indkaldt til tiden, alle pt. Blev set i amb. Til tiden og alle pt. Fik operation til tiden, på nær nogle få galdepatienter. Der gav jeg en officiel udmelding til hele staben om, at det var vi godt tilfreds med. Men det er ikke systemiceret. Det er ikke sådan at vi siger til hvert personalemøde at i den her måned ser det sådan og sådan ud. • C: Men vi planlægger i efteråret en fælles temadag for hele afdelingen, hvor hele afdelingen tager hele dagen ud og der vil vi også komme ind på afdelingens strategi.
Opgaver	Mener du at kræftpakkeregistreringen medvirker til at pt. Får en bedre behandling? • C: Det går i hvert tilfælde hurtigere. Jeg er ikke sikker på, at det er bedre. At ting går hurtigere er ensbetydende med, at det går godt. I må forstå mig ret, det gode ved kræftpakkerne er, at de har tvunget sygehusene til at omorganisere deres patientforløb. Det er det gode. Det gode ved kræftpakkerne er, at man har sat nogle streger i sandet, hvor man skal have rykket og gå videre og det har jeg det meget respekt for. Jeg tror det er godt for sådan en organisation som vores at blive rusket op og at der bliver stillet nogle krav, men jeg er ikke helt sikker på, at det for alle patienter er det bedste – at en kvinde med en mamma-cancer går ned til sin læge om mandagen og spørger om der er noget og om onsdagen bliver hun kaldt op på sygehuset, så bliver der taget en prøve og der er svar om eftermiddagen og inden hun er gået hjem, har hun en operationstid mandag morgen. Jeg er ikke sikker på, at det er godt for en patient – det kan også gå for stærkt. Men det er et godt tilbud om, at det kan gå stærkt. Mange

	mennesker vil sige, det skal bare ud og jo hurtigere jo bedre, men nogle gange skal man også tænke på det menneskelige aspekt indover. Jo mere du putter ting i kasser, glemmer fagpersonale at kigge på den hele patient. Overordnet er jeg glad for det, det er en hjælp, at der er nogle klare retningslinjer. •
Struktur	• C: Det gør vi primært via direktionen, som meddeler os, hvad regionen nu har fået at vide via sundhedsstyrelsen eller regeringen eller de forskellige lovpakker, der er lavet omkring det. Eller hvad den lokale version af de tiltag det er. Det meddeles primært direkte til afdelingsledelsen typisk pr. mail. • C: Så har vi vores egen organisation her på afdelingen, som består af de specialeansvarlige overlæger, som der er inden for hver af de her kræftpakker. Og så har vi primært K kruse her, som egentlig holder overblikket både for dem og også for mig. Og så har vi en dialog omkring det her. Hvis der er nye implementeringer, hvordan vi så gør. Når det drejer sig om registrering, så har vi også en sekretær, der er inde over, som er afdelingens ekspert i de forskellige registreringer. Det er sådan set dem, der styrer det. Når vi så ligesom har fået tiltaget eller forandringen på plads, det som vi vil implementere, går vi ud i en større kreds. Det er typisk de sygeplejersker, der er i ambulatoriet på endoskopiafsnittene og de almindelige læger, som foretager undersøgelserne. E: Har i nogle tværfaglige møder nogle gange? • C: Det kan ikke blive mere tværfagligt. Der er sekretærerne, sygeplejersker og læger. Det kan vi ikke gøre bedre, vi har ikke andre faggrupper. Så det er meget tværfagligt. Lige fra dag et. Også i fællesledelsen, hvor der også er både en læge og en sygeplejerske.

	• C: Vi holder personalemøder både fagligt og geografisk opdelt. Vi har rundt regnet 190 medarbejdere. Vi holder sådan set personalemøder i speciallæge gruppen og i yngrelæge gruppen og nogle sygeplejefaglige grupper, som vi så holder på den geografi, de hører til, det vil sige i ambulatoriet og den ene sengeafsnit og det andet sengeafsnit og det andet ambulatorium og sekretærene holder også deres egne. E: Er der noget formaliseret arbejde i forhold til forbedring af registreringer? • C: Det har vi ikke. Vi holder et månedligt møde. Jeg har nedsat to grupper, som mødes en gang om måneden. Det ene er en booking og ambulatorium gruppe. Og det andet er en op-gruppe og så har jeg en sekretærgruppe. I bookinggruppen snakker vi ikke så meget om registrering. Men der sætter vi os ned og snakker om, er der nogen, der ikke bliver indkaldt til tiden, fungerer det, er der et eller andet der ikke fungerer. Hvordan er samarbejdet mellem sekretærene her og i Grinsted. Hvis der pludselig er nogle overflødige tider. Hvordan konfigurerer vi vores bookplan, så det hele tiden fungerer. Så har vi operationsgruppen, hvor vi ser på booking til operationer primært. Er der nogle patientkategorier, vi kunne flytte derover, så vi får noget plads her, hvor er narkosen henne, er der nedsat aktivitet, hvordan håndterer vi den nedsatte aktivitet hen over sommeren. I sekretærgruppen der sætter vi os ned og snakker om de her registreringer. Det andet forum er sammen med K og vores sekretær R M som også er ansvarlig for de her registreringer og som i sidste instans faktisk sidder med nogle af de her, som ikke er registreret korrekt og prøver at løse det. Og der mødes vi en gang i kvartalet. Altså hvor vi ser på hvordan det står og så går jeg tilbage til lægerne og siger, hvor jeg synes,
--	---

	vi har vores problemer og R går tilbage og siger til sekretærerne, for de er de to faggrupper, som halter lidt efter med tingene. Og hvert halve år indberetter vi til regionen, så vi skulle gerne have nogle bedre tal for hver gang. Man kører meget med begrebet årshjul på SVS E: Årshjul? • C: Rejser sig og henter et fra en opslagstavle – fx har vi det her for NIP. Hvor vi så sætter os ned og ser på hvad det er vi i løbet af et år skal nå. Og så booker vi alt det her i de forskellige folks kalendere og det laver vi stort set for alt hen ad vejen. Vi har et årshjul for hver cancer-gruppe, hvor vi har hele den her organisation i gang. Men vi har ikke et årshjul for det K. Hun er jo vores patientvejleder i sidste ende i en eller anden forstand. Det er hende der står for at koordinere. Vi har ikke et årshjul for den del af organisationen. Men det har noget at gøre med, at Ks stilling ikke er formaliseret endnu, den er ikke velbeskrevet og forhandlet på plads. Vi venter lidt på regeringens udmelding, hvordan det her kontaktpersonordning for cancerpatienter ender med. Om forløbskoordinator, vi venter på, hvad det er de vil, så kan vi få det på plads. Men sådan en organisation vil vi gerne lave for alle vores kerneydelser. Der bliver også sådan en for det.
Aktører	
Teknologi	C: Det hænger helt tydeligt sammen, men vi har problemer med det. Vi har problemer med at få registreret korrekt og på det rigtige tidspunkt. Det er ikke uvilje, men det er de manglende arbejdsredskaber. E: Hvad tænker du på der? C: Jeg tænker der på vores patientforløb og vores journalforløb, vores dokumentationsforløb det bliver jo håndteret ligesom det blev gjort i 50-erne. Populært sagt. SVS har ikke nogen

	elektronisk patientjournal, vi har heller ikke noget hjælpe-registreringsapparat til at registrere de forskellige data, vi henter i patientforløbet. Altså kommer han ind til tiden, finder man noget, finder man ikke noget, hvad er diagnosen. De arme vi skal registrere, det foregår på papir og så bliver det samlet op hos en person til sidst. Der er ikke nogen stopklods, der går ind og siger, du kan ikke komme videre, fordi du ikke har registreret det eller det, ligesom vi fx ved, der er for herniedatabasen eller for galdedatabasen, det mangler vi. Og det giver os en masse problemer registreringsmæssigt.
Kotter	Udtalelser
	E: Udtræk fra sydlis, ser du dem? • C: Det gør jeg. Hver måned trækker min sekretær alle vores almindelige servicetal og en gang i kvartalet taler K og jeg om, hvor nøjagtig vi står henne med de her tal. Og så har vi en daglig dialog. Det er sådan at hvis der er tider, vi ikke overholder, så må vi ikke bare sige nå. Så kommer K eller sekretæren til mig og siger, nu har vi problemer med at overholde koloskopier eller et eller andet andet. Så vil der være en lægefaglig prioritering. Det vil sige nogen vil blive dømt ude, hvis vi ikke kan håndtere det. Og ellers vil vi prøve at sætte ekstra endoskopi tider eller ambulatorietider på. Eller flekse på en anden måde. Det er i hvert tilfælde 2 gange om ugen vi mødes ovre i ambulatoriet og snakker sammen om det. Ikke som et møde, men hvor jeg går forbi og hører, hvordan går det, er der problemer. E: Hvordan med den info tilbage til medarbejderne. Det er jo så en uformel måde, har du også en formel måder det bliver givet ud på? • C: Nej det er vi ikke dygtige nok til. Vi melder tilbage og roser, når det glider som det skal. Det prøver jeg at huske.

	K: og lover slik og nu er det snart ved at være sliktid. • C: Altså i sidste måned, der var vi på forkant med alle vores servicetal, alle patienter blev indkaldt til tiden, alle pt. Blev set i amb. Til tiden og alle pt. Fik operation til tiden, på nær nogle få galdepatienter. Der gav jeg en officiel udmelding til hele staben om, at det var vi godt tilfreds med. Men det er ikke systemiceret. Det er ikke sådan at vi siger til hvert personalemøde at i den her måned ser det sådan og sådan ud.
--	--

14.3.5 Bilag 10 - Analyse observation i kontrolleret miljø

Nedenstående skema (som også vises separat i bilag 1) viser dels hvilken arbejdsgang som udføres, dels hvilke aktører som udfører arbejdsgangen. Nedenfor er specifikke spørgsmål og udtalelser trukket ud fra interviewet.

Arbejdsgang/sekvens	Aktør	Bemærkning
Åbner sygeplejelog	Sekretær	
Åbner ”postkassen”	Sekretær	
Åbner modtagne henvisninger	Sekretær	Modtages fra e.l. og andre sygehusafdelinger.
Vælger Kirurgisk Klinik	Sekretær	
Vælger specialet	Sekretær	
Vælger og åbner henvisningen fra liste	Sekretær	
Ser i teksten, hvad patienten er henvist for	Sekretær	
Evt. videresende henvisning, hvis henv. Er fremsendt til forkert speciale	Sekretær	
Skriver evt. bemærkning eller sætter makro ind til visitator	Sekretær	Makro til parenkymkir. Indikerer om det drejer sig om øvre- eller nedre mave/tarm.

Sætter ansvar på	Sekretær	”fordi så behøver den der er ansvarlig kun at gå ind på dem, han har ansvar for”.
Sender til visitering	Sekretær	
Sceneskift		
Åbner sygeplejelog	Læge	
Åbner ”postkassen”	Læge	
Åbner modtagne henvisninger til visitering	Læge	
Vælger speciale og ansvar	Læge	
Udfylder felt til visitering	Læge	” siger hvad skal patienten”
Sætter ventegruppe på	Læge	Altid ventegruppe 48 ved dem der haster.
Sætter diagnosekode på	Læge	” skal så være en af de her DZ03 og et bogstav bagefter, så kommer de med i de her kræftpakker”.
Trykker på knappen ”Visiter”	Læge	
Sceneskift		
Åbner sygeplejelog	Sekretær	
Åbner ”postkassen”	Sekretær	
Åbner listen modtagne henvisninger, som nu står som visiteret	Ambulatoriesekretær	
Åbner en visiteret henvisning	Ambulatoriesekretær	
Ser hvad pt. Skal have lavet – samt ser om der er booket en tid til patienten.	Amb.sekretær	
Sender pt. Til PAS-systemet	Amb.sekretær	
Forløbsoversigt åbnes og vælger eller opretter nyt forløb i PAS.		Ved 48-timers patienter er det et nyt forløb.
Vælger ambulant eller indlæggelse	Amb. Sekretær	
Vælger henvisningsmåde	Amb. Sekretær	

Vælger ventetid	Amb. Sekretær	Årsagen til ventetid jf. fællesindhold.
Sceneskift		
Henvisningen på listen i sygeplejejournalen har nu en grøn vinge		Grøn vinge betyder at henvisningen er sendt til PAS
Sceneskift		
Bookingmodulet åbnes	Amb. Sekretær	
Hvis der ikke i forvejen er en tid, så bookes der en tid til patienten i bookingmodulet.	Amb. Sekretær/forløbs-koordinator.	En sygeplejerske kan på dette tidspunkt have ringet til patienten og givet en tid. Hvis der ikke kan findes et telefonnummer til pt., så sendes der et brev.
Sceneskift pt. Kommer til første besøg		
Får journal(er) fra ambulatoriet/dagkirurgisk center	Sekretær	
Finder patienten i PAS	Sekretær	
Skriver journalnotat	Sekretær	Lytter sig frem til dele af registreringen.
Fremsøger registreringsbillede	Sekretær	Via dos-kommandoer
Registrere besøgstype	Sekretær	
Tjekker ventestatus – skifter evt.	Sekretær	
Registrere besøgsdiagnoser = henvisningsdiagnose	Sekretær	
Koder forundersøgelse AAF20	Sekretær	
Koder procedure(r) + intern behandlerkode	Sekretær	
Skriver dato for første fremmøde på skema	Sekretær	Registreringsskema for kræftpakker
Sceneskift pt. Kommer til andet besøg		

Pt. Kommer til samtale om svar, som enten be- eller afkræfter cancerdiagnosen.	Lægen	Registreringsskema for kræftpakker
c) Ved afkræftelse af diagnosen, så skrives dato samt kryds i afkræftetfelt.	Lægen	Registreringsskema for kræftpakker
Skriver patientens diagnosekode på skemaet.	Lægen	Registreringsskema for kræftpakker
d) Ved bekræftelse af diagnosen, så skrives dato samt kryds i bekræftet-felt	Lægen	
Skriver patientens diagnosekode på skemaet	Lægen	
Skriver dato for klinisk beslutning om endelig behandling	Lægen	
Skriver eller dikterer hvor behandlingen skal foregå (hvis andet sygehusafdeling skrives dette på skemaet)	Lægen	
Skriver dato for informeret samtykke til behandling	Lægen	
Sceneskift – registrering hos sekretær		
Får journal(er) fra ambulatoriet/dagkirurgisk center	Sekretær	
Finder patienten i PAS	Sekretær	
Skriver journalnotat	Sekretær	Lytter sig frem til dele af registreringen.
Fremsøger registreringsbillede	Sekretær	Via dos-kommandoer
Registrere besøgstype	Sekretær	
Tjekker ventestatus – skifter evt.	Sekretær	
c) Hvis afkræftet, så skal der en afkræftetkode + koden for	Sekretær	

henvisningsdiagnosen		
Endelig aktionsdiagnose sættes på og patienten afsluttes i PAS.		Aktionsdiagnosen bør være lig med det patienten egentlig fejler. *
d) Hvis cancerdiagnosen bekræftes, så skal der sættes en bekræftetkode + henvisningsdiagnose samt cancerdiagnose som tillægskode.		Obs. Når der sættes en cancerdiagnose på som aktionsdiagnose, skal der canceranmeldes og derfor ventes med dette indtil behandlingskontakten.
Registrere kode for klinisk beslutning om endelig behandling		
Registrere kode for informeret samtykke til endelig behandling		
Ventestatus opdateres ved planlægning af ambulant behandling		
Ved planlagt indlæggelse til behandling afsluttes til indlæggelse med afslutningsmåde L		
Hvis afslutning til andet sygehus, registreres sygehus- og afdelingskode		Lægen skriver måske kun dette tekstuel.

S: Hvordan får lægen at vide, at han skal gå ind og kigge nu.

R: Han skal gå ind og kigge et par gange om dagen, det ligger i hans arbejdsopgaver

S: Har lægen en liste liggende med de der diagnoser til at diktere?

R: Det har han formentlig ellers har han en kodebog. De bruger jo mest de samme, så jeg tror at dem der sidder og visiterer hver dag, de har rigtig mange i hovedet.

E: Er der nogen, der kommer frem i dropdown?

R: Man kan skrive de første tegn og så kan man trykke på søg og så får man en hel liste.

S: Siger han til dem, at nu er han færdig med at visitere, sådan at de kommer hurtigt efter eller ligger det også bare i deres arbejdsopgaver, at de skal gøre det et par gange i løbet af dagen.

R: Ja og jeg ved ikke, om K også går ind og kigger, det ved jeg faktisk ikke, men det kunne jeg da forestille mig, at hun gør.

S: har de en regel om, at der skal være tømt inden de går hjem.

R: Det vil jeg absolut tro.

S: Du tror ikke, der er noget manuelt fra lægen.

R: Nej det tror jeg ikke. Ofte visiterer lægen først sidst på dagen, for de er jo rundt til alle mulige ting. Så jeg kan godt forestille mig at der kan gå et døgn nogle gange. For så er det jo først næste dag, de kan se, at han har visiteret nogen.

R: Ja. Og ventetid på programmer er til meget stor irritation (venter på bookplan).

* R: Der har vores læger nok en tendens til at den kode der er at på i starten, det er den kode, der kører hele vejen igennem. De tager sig ikke sammen til at få lavet noget andet. Så er det meget op til os – jeg ved ikke, om de er blevet bedre til det, det kan man da håbe på. Det er i hvert tilfælde der, de gerne skulle angive en anden, hvis det blev afkræftet.

E: Jeg kan godt se, at du kan det der system på rygmarven. Du kører bare rundt i det som en mis.

R: Det er svært at lære som ny, der er så mange små detaljer, man skal huske.

E: Også fordi det er en tankegang, der er væk i de pc'ere man har derhjemme. Hele det der dos-system som dem der fra 70-erne og 80-erne kan, men som de unge slet ikke kan.

R: For mig er det bare hverdagen.

E: du har alligevel mange F-knapper.

R: Dem bruger jeg ikke. Jeg bruger bare tab og enter til linjeskift. Viser hvor der er tab og hvornår der bruges enter.

R: Det er nogle dumme koder og der skal så også + for enten henvisningsdiagnose eller for den diagnose, man har fundet.

R: Jeg synes de er svære fordi (kan ikke finde en logik i koderne). Der er ikke nogen logik.

E: Hvis du skriver forkert, hvad sker der så.

R: Hvis man skriver forkert, så vil den ikke tage det.

S: hvis det er en der findes, så tager den jo?

R: Det er jo så også en fejlkilde. Hvis man specielt med operationskoder, finder en som findes, så tager den den.

S: Validerer LPR for at det er de korrekte koder, når du har en cancer?

R: Den går ind og ser, om BW.... Er der. Når jeg har sagt bekræftet, så går den ind og tjekker for, at der er de to efterfølgende. Det er så det, der kommer tilbage på en fejlliste fra LPR.

E: Men det var jo fra syd-lis. I får ikke direkte noget fra LPR.

R: Nej det gør vi ikke. Det er fejl fra alle mulige andre ting, man får fra LPR. Om det er forkert sygehuskode fx Hvis man har skrevet en cancerkode og det er første gang at den optræde og man så ikke kommer de andre koder på, som hører til en cancer. (hun taler her om cancerregistreringen).

R: Nej, for der er lavet et specielt sekretærkontor, hvor der kun skrives journaler. Og man skiftes til at man skiftes til at være i ambulatoriet. Hvis man afbrydes, er det jo hurtigt at trykke billedet frem igen og jeg kan faktisk ikke helt forstå, hvorfor det er så svært at få det til at køre. For jeg synes, det er meget simpelt. Bliver den afkræftet så stopper vi der og bliver den bekræftet, så skal vi have nogle flere koder på. Men det er åbenbart ikke helt simpelt.

E: har du spurgt dem?

R: Nej det har jeg ikke sådan direkte. Jeg prøver jo at snakke med dem om, at der er de to muligheder. Jeg ved ikke, hvorfor det er de ikke synes, det helt kører, men vi kan jo gå en tur derover.

R+ sekr. På sekretærkontoret: De urologiske læger kommer fra Odense, det giver flere problemer: Fx siger disse læger, at de er vant til, at sekretærene sætter koderne på – og

derfor udfylder de ikke skemaet. Disse læger er ikke tilgængelige i huset og de har formodentlig ikke tid til at tage sig af ”udenoms-ting”. Kan være årsag til, at de urologiske registreringer umiddelbart ser værst ud.

Obs. Vi skal huske seancen med K, hvor vi kigger på udtræk, hvor K har streget felter ind med manglende registreringer. Huske, at hun mener, at ”over én kam bruger 3 dages ventetid, hvor det for de urologiske er 5 dage”, hvilket har betydning for mange af de fejl, de har på den liste.

Sekr.: Ser de største fejlkilder som: Hvis patienten indlægges akut fra andre sygehuse eller hvis patienten skal behandles eller udredes på andre sygehuse, udredes under indlæggelse, skemaet ”gemmer” sig blandt andre papirer i journalen, lægen får ikke udfyldt skemaet og det skal derfor ”lægges” til ham. Hvis ikke lægen tager stilling til den cancerdiagnosen, så benyttes henvisningsdiagnosen fortsat i det videre forløb. Hvis der er en anden kræftdiagnose og hvis man så glemmer at afkræfte henvisningsdiagnosen.

Vi spørger en sekretær på kontoret, som hun ved, hvad registreringerne skal bruges til – det svarer hun bekræftende på.