

Digitalisering og kvalitetsudvikling - fra EPJ til kvalitetsdatabaser

Udarbejdet af Marianne Møller

Master of Information Technology med specialisering i Sundhedsinformatik
Efter- og Videreuddannelse Aalborg Universitet 3. årgang

Vejleder: Sten Christophersen

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	2
Forord.....	4
Resume	5
1. Indledning.....	6
1.1 Initierende problem	6
1.2. Projektets opbygning	6
2. Problemanalyse.....	8
2.1 Digitalisering	8
2.2 Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet	9
2.2.1 Den Danske Kvalitetsmodel	10
2.2.2 Det Nationale Indikator Projekt.....	11
2.3 Digitalisering og kvalitetsudvikling – hvordan hænger det sammen?.....	12
3. Afgrænsning og problemformulering	17
3.1 Afgrænsning	17
3.2. Problemformulering	21
4. Metodebeskrivelser	22
4.1 Metodebeskrivelse for journalaudit	22
4.1.1 Formål med journalaudit i forundersøgelsen	23
4.1.2 Kvalitetsmål.....	24
4.1.3 Datakilder	24
4.1.4 Inklusionskriterier	24
4.1.5 Udvælgelseskriterier.....	25
4.1.6 Tilladelser.....	25
4.2 Metodebeskrivelse for observationsstudie	26
4.2.1 Type af observationsstudie	26
4.2.2 Undersøgelse af feltet	27
4.2.3 Afklaring af forforståelse.....	27
4.2.4 Afgrænsning af feltet	28
4.2.5 Fokusområder for observationen.....	29
4.2.6 Udarbejdelse af observationsguide	29
4.2.7 Forberedelse af informanten	30
4.2.8 Analyse af data	31
4.3 Metodebeskrivelse for interview.....	32
4.3.1. Tematisering	33
4.3.2. Design	34
4.3.3. Interview.....	36
4.3.4. Transskription.....	39
4.3.5. Analyse	40
4.3.6. Verifikation	41
5. Teoretiske perspektiver	42
5.1 Baggrund for valg af teorier	42
5.2 Den lærende organisation.....	43
5.2.1 De fem discipliner.....	44
5.3 Læring.....	46
5.3.1 Theory-in-use og Espoused Theory	46
5.3.2 Single- og dobbeltloop læring.....	47

5.3.3 Læring blandt højtuddannede	49
5.4 Forandringsledelse	50
5.4.1 Kotters 8 trins forandringsproces	51
6. Præsentation af resultater fra observationsstudie	55
6.1. Udførelse af observation	55
6.1.1 Arbejdsgange ved indberetninger af data	57
6.2 Udførelse af analysen	59
6.3 Præsentation af data	60
6.3.1 Anvendelse af artefakter	60
6.3.2 Fremsøgning af NIP data	62
6.3.3 Registreringsansvarlig	66
6.4 Sammenfatning og konklusion på observationsstudiet	69
7. Præsentation af resultater fra interviewundersøgelse	71
7.1 Udførelse af interviews	71
7.1.1 Sample	71
7.1.2 Interviews	72
7.2 Udførelse af analyse	73
7.3 Præsentation af data	76
7.3.1 Arbejdsgang for dokumentation	76
7.3.2 Viden om dokumentation	81
7.3.3 Opsamling, formidling og anvendelse af NIP data	84
8. Diskussion	90
8.1 Diskussion af metode	90
8.1.1 Journalaudit	90
8.1.2 Observationsstudie	90
8.1.3 Interviewundersøgelse	91
8.1.4 Forforståelse og at forske i egen organisation	92
8.2 Diskussion af teori.	92
8.3 Diskussion af resultat	93
9. Konklusion	95
9.1 Besvarelse af underspørgsmål	95
9.2 Sammenfattende konklusion	98
10. Perspektivering	99
Referenceliste	102
Bilagsfortegnelse	106
Abstract	124

Forord

Dette projekt tager sit udgangspunkt i digitalisering og kvalitetsudvikling, nærmere bestemt samspillet mellem den Elektroniske Patientjournal og det Nationale Indikator Projekts databaser. Inspirationen til projektet kommer fra mit daglige arbejde som EPJ konsulent på Odense Universitetshospital, hvor samarbejdet med klinikerne er en konstant kilde til nye udfordringer. Med projektet håber jeg at kunne sætte fokus på de udfordringer, der findes i at få EPJ til at være en medspiller i kvalitetsudviklingen.

Undersøgelserne er udført på Ortopædkirurgisk afdeling, Odense Universitetshospital, hvor jeg mødte stor imødekommenhed, hjælpsomhed og tillid i forhold til alle mine spørgsmål og undersøgelser. Det skylder jeg afdelingen en stor tak for. Det samme gør jeg til overlæge Jens Lauritsen for hans hjælp med at finde informanter, og til de informanter, der indvilligede i at deltage i undersøgelserne.

Derudover vil jeg gerne rette en tak til følgende:

Min medstuderende Bitten Kjærsgaard for godt og konstruktivt samarbejde i første del af projektet, og for kompetent sparring i anden del af projektet.

Min vejleder Sten Christophersen for kompetent og motiverende vejledning gennem hele projektet.

Min mand Mogens Michael Møller for korrekturlæsning og konstruktive forslag til det sproglige indhold.

Mine kolleger i It-afdelingen, fordi de bakkede mig op og trak læsset ved mit fravær.

Familie og venner for opbakning, rummelighed og tålmodighed under udarbejdelsen af dette projekt.

Marianne Møller, maj 2011

Resume

Projektet tager udgangspunkt i udfordringerne med at få digitalisering til at understøtte kvalitetsudvikling – med fokus på udfordringerne med, hvordan EPJ kan understøtte indberetningen af data til kvalitetsdatabaser.

Metode

Gennem et observationsstudie blev det kortlagt, hvad der sker i processen med at få data fra EPJ til NIP databasen. Resultaterne af observationsstudiet blev analyseret ved systematisk tekstkondensering. Observationerne viste bl.a., at der ikke sker en struktureret dokumentation af lægefaglige oplysninger, med konsekvenser for indberetningen. På den baggrund blev der udført en interviewundersøgelse, der undersøgte, hvorfor læger ikke dokumenterer struktureret. Disse data blev ligeledes analyseret ved systematisk tekstkondensering, og tolket i perspektivet af teorien om lærende organisation, inklusiv Argyris og Schöns teori om læring og Kotters teori om forandringsledelse.

Konklusion

Observationsundersøgelsen viste, at det har betydning for indberetningen til NIP databaser, 1) at data dokumenteres struktureret, 2) at der er aftaler om af hvem og hvor data dokumenteres, 3) at data kun dokumenteres et sted - i EPJ, samt 4) hvilke kompetencer den registreringsansvarliges besidder.

Interviewundersøgelsen viste, at grundene til at læger ikke dokumenterer struktureret i EPJ er 1) at afdelingen ikke har ændret arbejdsgange 2) at ledelsen har stort fokus på at opfylde dokumentationskravene, men ikke får forankret de nye procedurer i afdelingen, 3) at afdelingen ikke har en stærk læringskultur, 4) at den læring, der foregår, oftest er single loop læring hos den enkelte læge, og 5) at lægerne ikke har indsigt i processen omkring indberetningerne til NIP databaser.

Resultaterne fra de to undersøgelser giver et godt fundament for forbedringer af processen med indberetning fra EPJ til kvalitetsdatabaser, og for den fortsatte brug og udvikling af EPJ i forhold til kvalitetsdatabaser.

1. Indledning

I dette kapitel beskrives det initierende problem og projektets opbygning.

1.1 Initierende problem

Dette projekt tager sit udgangspunkt i to store indsatsområder indenfor det danske sundhedsvæsen - digitalisering og kvalitetsudvikling, og udspringer af erfaringer fra mit daglige arbejde med sundhedsinformatik på Odense Universitetshospital. Her er der i stigende grad fokus på Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), herunder Det Nationale Indikatorprojekt (NIP). Den forestående akkreditering og kravet om indberetninger til kvalitetsdatabase er anledning til frustration hos såvel klinikere som ledelser, fordi de finder det svært at finde data, der skal indberettes, i den elektroniske patientjournal (EPJ). Dette giver anledning til overvejelser omkring digitalisering og kvalitetsudvikling og nærmere bestemt, om implementeringen af EPJ i virkeligheden har betydet, at klinikerne oplever det som mere besværligt at finde data til indberetning i kvalitetsdatabaser og hvis, hvad er grunden så til det?

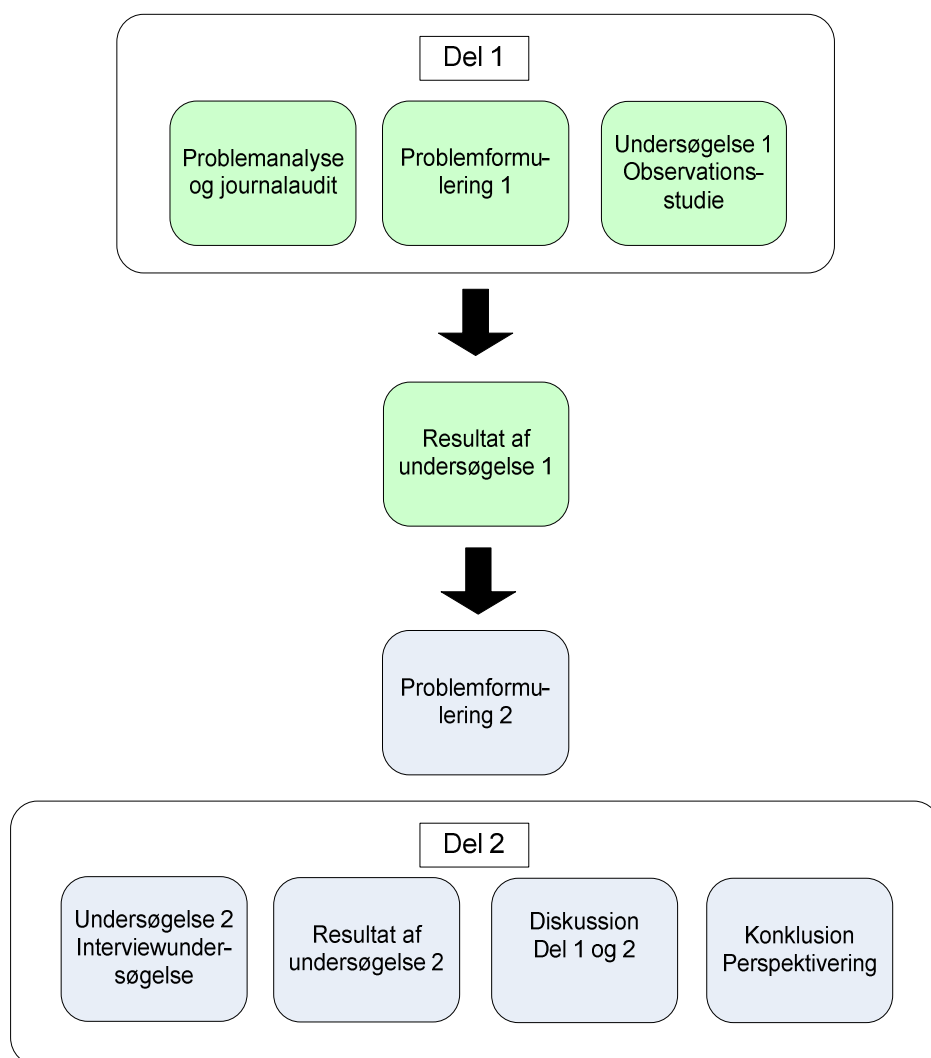
1.2. Projektets opbygning

Dette projekt er udarbejdet i 2 dele (se figur 1), hvor første del, efter aftale med vejleder Sten Christophersen og årgangskoordinatorer Ann Bygholm og Helle Wentzer, er udført i samarbejde med Bitten Kjærsgaard, 2. års studerende på Master of Information Technology med specialisering i Sundhedsinformatik, Efter- og Videreuddannelse, Aalborg Universitet. Anden del er udarbejdet af denne rapports forfatter alene.

Del 1 omfatter udførelsen af journalaudit og af observationsstudie, hvor data er indsamlet og bearbejdet i et sammenarbejde med Bitten Kjærsgaard. Efter udførelsen af disse undersøgelser ophørte samarbejdet, da forskellige interesser og krav til projektet betød forskellige behov i det videre arbejde.

Del 2 udspringer af resultatet fra del 1, der derfor danner baggrund for problemformuleringen i del 2. Del 2 indeholder interviewundersøgelse af læger om

struktureret dokumentation, analyse og tolkning af data samt konklusion, diskussion og perspektivering.



Figur 1 Opbygning af projektet (egen figur)

2. Problemanalyse

I dette afsnit beskrives de overvejelser og faktorer der leder frem til problemformuleringerne.

2.1 Digitalisering

Ifølge Wikipedia er digitalisering at registrere data på et elektronisk medie på en formateret måde, hvilket giver mulighed for at data senere kan anvendes til flere forskellige formål (Wikipedia). Set i det lys giver det god mening at digitalisering i sundhedsvæsenet anses for værende brugbart og relevant.

Danske regioner ser digitalisering som et redskab til at øge kvaliteten og effektiviteten i det danske sundhedsvæsen. Der er opsat pejlemærker for regionernes fælles indsats i forhold til sundheds-it, hvor kvalitet er et gennemgående element (Danske Regioner 2010). Også i den Nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet er et af målene at øge kvaliteten og effektiviteten. Her beskriver man at digitaliseringen skal understøtte medarbejdernes opgaver og funktioner, således der skabes grundlag for kvalitetsudvikling og øget effektivitet (Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark 2008). Dette skal ske gennem at:

- *Monitorere kvaliteten af sundhedsydelserne løbende gennem udvalgte kvalitetsindikatorer.*
- *Sikre at data til kvalitetsudvikling i videst muligt omfang fødes automatisk i de forskellige produktionssystemer.*
- *Understøtte udvikling og implementering af Den Danske Kvalitetsmodel.*
- *Bidrage til at forskning kan foretages med udgangspunkt i de data, som allerede er registreret ved patientbehandlingen og i de administrative systemer. (Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark 2008 p.17)*

Et af de digitaliseringsværktøjer, der anvendes i det danske sundhedsvæsen, er EPJ. EPJ defineres af sundhedsministeriet som et klinisk informationssystem, der direkte understøtter en daglig patientorienteret undersøgelse, behandling og pleje

af den enkelte patient. Formålene med EPJ er mange; opsamling og strukturering af data, nem adgang til data, nedsættelse af fejl i for eksempel medicineringsprocessen, sammenhængende sundhedsydelser for den enkelte patient, effektivisering af arbejdsgange osv. (Tanggaard Andersen, Timm 2010). I rapporten 'National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet' beskrives det, at opsamling og strukturering af data skal ske i EPJ, der på sigt skal understøtte og forenkle opsamlingen af data til kvalitetsdatabaser (Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark 2008 p.16).

Digitalisering i sundhedsvæsenet hænger således tæt sammen med kvalitetsudvikling, men hvad er kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet?

2.2 Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet

Kvalitetsudvikling defineres af Danske Selskab for kvalitet i 2003 som værende: *"De samlede aktiviteter og metoder, der har til formål systematisk og målrettet at forbedre kvaliteten af sundhedsvæsenets indsats indenfor de eksisterende rammer af den etablerede viden"* (Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren 2003 p.9).

WHO's kvalitetsmål i forhold til høj kvalitet er: Høj professionel standard, effektiv ressourceudnyttelse, minimal patientrisiko, høj patienttilfredshed og helhed i patientforløbet (Kjærgaard 2001).

På den baggrund differentierer Indenrigs- og Sundhedsministeriet i rapporten 'Analyse af kvalitetsoplysninger i Danmark', kvalitet i sundhedsvæsenet til at bestå af 3 dimensioner: Faglig kvalitet, brugeroplevelse kvalitet og organisatorisk kvalitet. De 3 dimensioner er alle vigtige og nødvendige at sammenholde, når der skal dannes et billede af kvaliteten af en ydelse (Sundhedsministeriet Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010).

I 'National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet', der er udarbejdet af Det Nationale Råd for Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet, beskrives en række

kvalitetsforbedrende aktiviteter og indsatsområder til kvalitetsudvikling, herunder indførelse af EPJ og udvikling af It- kompetencer(Sundhedsstyrelsen, Det Nationale Råd for Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet 2002).

2.2.1 Den Danske Kvalitetsmodel

Et af de redskaber, der anvendes til kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet er DDKM. På baggrund af bl.a. negativ omtale af det danske sundhedsvæsen, og inspireret af kvalitetsudviklingsprojekter, der blev gennemført i udlandet, blev Institut for Kvalitet og Akkreditering (IKAS) etableret i 2005. Med dette institut ønskede Staten, de daværende Amter og H:S at skabe et nationalt tværsektorielt kvalitetsudviklings-system og IKAS fik til opgave at planlægge og udvikle DDKM med udspring i akkreditering.

DDKM skal omfatte alle sundhedsydelser, fordi visionen er at skabe:

- *ensartet høj kvalitet i alle ydelser - fra læge til sygehus, til apotek og til hjemmesygepleje og genoptræning*
- *sammenhæng i patientens oplevelse af forløbet*
- *gennemskuelse og gennemsigtighed i forhold til ydelserne i det danske sundhedsvæsen*
- *en kultur, hvor alle medarbejdere og institutioner løbende lærer af sig selv og hinanden og dermed skaber kontinuerlig kvalitetsudvikling(Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet,4).*

Formålet med DDKM for sundhedsvæsenet er at fremme kvaliteten af patientforløb. Dette ønskes gjort ved at fremme klinisk, faglig og organisatorisk kvalitetsforbedring af patientforløb, samt ved at understøtte synliggørelsen af kvaliteten (Sundhedsstyrelsen 1 2004).

Det er tanken at DDKM skal anvende de data, der allerede i dag indsamles i det danske sundhedsvæsen. Det betyder, at DDKM bl.a. bygger på data fra de nationale kvalitetsdatabaser, utilsigtede hændelser, Det Nationale Indikatorprojekt

(NIP) og de landsdækkende patienttilfredsheds-undersøgelser(Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet 2).

Akkreditering er af Det Nationale Begrebsråd for Sundhedsvæsenet defineret som:
"Kvalitetsvurdering, hvor et anerkendt organ vurderer, hvorvidt en aktivitet, ydelse eller institution lever op til et sæt af fælles standarder"(Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet 1)

Helt kort går metoden akkreditering ud på, at der beskrives standarder for god kvalitet. Herefter vurderes det løbende om organisationen lever op til standarderne og om organisationen lærer af eventuelle kvalitetssvigt. Til sidst evalueres organisationen af uvildige, der vurderer om organisationen lever op til standarderne, altså om organisationen kan akkrediteres.

2.2.2 Det Nationale Indikator Projekt

Et andet redskab, der anvendes til kvalitetsudvikling, er de kliniske kvalitetsdatabaser, der af Danske Regioner defineres som værende: *"Et register, der indeholder udvalgte kvantificerbare indikatorer, som kan belyse dele af eller den samlede kvalitet af sundhedsvæsenets indsats og resultater for en afgrænset patientgruppe med udgangspunkt i det enkelte patientforløb"*(Danske Regioner 2007).

Formålet med de kliniske kvalitets databaser er at monitorere, evaluere og forbedre kvaliteten af ydelser inden for hver deres sygdomsområde(Sundhedsministeriet Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010), og en af de kliniske kvalitetsdatabaser er NIP, der blev etableret i 1999 med det overordnede formål *"at sikre et fælles grundlag for måling og forbedring af den sundhedsfaglige kvalitet i det danske sygehusvæsen"*(NIP sekretariatet 2007 p.3)

Mere konkret er målet med NIP

- *at udvikle den sundhedsfaglige kvalitet med fokus på kvalitetsmål og indikatorer for de sundhedsfaglige kerneydelser*

- *at udvikle viden om den sundhedsfaglige kerneydelses kvalitet, således at denne kan indgå i en politisk-ledelsesmæssig prioritering*
- *at udvikle retvisende information til borgerne om den sundhedsfaglige kvalitet*

Der er indenfor 8 sygdomsområder fastlagt en række måleområder (indikatorer) og kvalitetsmål (standarder), for hvilke der skal dokumenteres og indberettes. Det er obligatorisk for afdelinger, der behandler patienter indenfor sygdomsområderne, at indberette til NIP databaserne. Data 1) bruges til at vurdere og forbedre kvaliteten i behandlingen 2) indgår i ledelsesinformationssystemet med henblik på styring og planlægning 3) er udgangspunkt for dialog mellem sygehus/forvaltning og 4) offentliggøres, så der er synlighed for borgerne om kvaliteten af de sundhedsfaglige ydelser(Sundhed.dk).

NIP leverer data til IKAS, og NIP- data integreres bl.a. som en del af standarderne i DDKM. Der er valgt data, som i forvejen indgår i den rutinemæssige kliniske praksis. En væsentlig faktor for at kunne anvende data til kvalitetsudvikling, er datakvalitetssikring i indberetningen. Det drejer sig dels om databasekomplethed (hvor stor en del af patienterne indberettet til Landspatient Registeret der også er indberettet til NIP databaserne), og dels komplethed af variabler (hvor mange af indikatorerne er der indberettet data på). Hver måned sender NIP sekretariatet udtræk til hospitalet indeholdende bl.a. oplysninger om databasekompletheden. Herefter er det hospitalets opgave at følge op på uoverensstemmelserne mellem antal indberetninger til NIP og LPR. Afdelingerne får her til opgave at gennemgå de patienter, hvor der ikke er indberettet data til NIP databasen, med henblik på om der mangler indberetninger til NIP, eller om patientens sygdomsforløb på anden måde ekskluderer patienten fra indberetning til NIP.

2.3 Digitalisering og kvalitetsudvikling – hvordan hænger det sammen?

Digitalisering og kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen er altså tæt forbundet. Målet med digitalisering er kvalitetsudvikling, og redskaberne til

kvalitetsudvikling er bl.a. digitalisering(Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark 2008 p.16). Teoretisk set burde kvaliteten, ud fra overstående, blive bedre ved brug af digitalisering, men hvordan spiller det sammen? Understøtter digitaliseringen kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet? Hvordan fungerer for eksemplet arbejdet med DDKM, herunder NIP og anvendelsen af EPJ. Er disse to faktorer, der begge er en stor del af klinikernes hverdag, med- eller modspillere?

Efter implementering af EPJ har klinikerne på OUH klaget over, at det er svært at danne sig et overblik over de data, der skal indberettes til NIP. Dette til trods for at der er udviklet en funktionalitet i EPJ, der understøtter visningen af data, der skal indberettes. Desuden kan data ikke sendes elektronisk direkte fra EPJ til NIP-sekretariatet, hvilket medfører dobbeltdokumentation til stor frustration for klinikerne. I forhold til DDKM giver klinikerne på OUH udtryk for, at det er vanskeligt at finde svaret på de spørgsmål, der skal besvares ved journalaudit i EPJ.

Da datakvalitetssikring bl.a. afhænger af databasekomplethed og komplethed af variabler, afføder dette spørgsmålene om, hvor stor graden af databasekompletheden er, og hvor stor en del af de data, der skal indberettes, der rent faktisk indberettes, samt om det har nogen betydning for indberetningen af data, at data registreres i EPJ.

Ved gennemgang af databasekompletheden for to NIP databaser, NIP hoftenære frakturer og NIP Apopleksi (NIP sekretariatet 1 2010, NIP sekretariatet 2 2010) fremgår det, at databasekompletheden for de to sygdomsområder ikke er 100 % (tabel 1) Der indberettes således ikke data til NIP- databasen for alle patienter med den pågældende diagnose.

Databasekomplethed	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Midt	Region Syd	Region Nord
Apopleksi	88 %	81 %	94 %	99 %	89 %
Hoftefrakturer	89,4 %	96 %	99 %	98 %	96 %

Tabel 1 Oversigt over databasekomplethed i NIP databaserne for apopleksi og hoftenære frakturer (egen tabel (NIP sekretariatet 1 2010, NIP sekretariatet 2 2010))

Men indberettes alle data for de patienter der indberettes data på? For at belyse dette, er de regionale auditrapporter med mere detaljeret oplysninger om de enkelte afdelinger gennemgået ¹(NIP sekretariatet 3 2010, NIP sekretariatet 4 2009). En gennemgang af andelen af udvalgte uoplyste faktorer i NIP databaserne for henholdsvis Hoftenære frakturer (tabel 2) og Apopleksi (tabel 3), viser at en stor del af de udvalgte prognostiske faktorer er indberettet som uoplyste.

Hoftenære frakturer	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Midt	Region Syd	Region Nord
Uoplyste Alkohol	16 %	27 %	21 %	29 %	19 %
Uoplyste Rygning	20 %	27 %	18 %	33 %	20 %

Tabel 2 Oversigt over andelen af uoplyste faktorer i NIP databasen Hoftenære frakturer (egen tabel)

Apopleksi	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Midt	Region Syd	Region Nord
Uoplyste Alkohol	16 %	15 %	12 %	17 %	19 %
Uoplyste Rygning	21 %	18 %	13 %	21 %	19 %

Tabel 3 Oversigt over andelen af uoplyste faktorer i NIP databasen Apopleksi (egen tabel)

For at få et indtryk af om andelen af uoplyste faktorer er påvirket af om data der skal indberettes, dokumenteres EPJ blev andelen af uoplyste faktorer for OUH og Regionshospitalet Viborg undersøgt. Af Rigsrevisionens beretning fremgår det, at både OUH og Regionshospitalet Viborg i høj grad er overgået til EPJ og dermed i vid udstrækning er papirløse(Statsrevisorerne 2011). En gennemgang af de regionale auditrapporter(NIP sekretariatet 3 2010, NIP sekretariatet 4 2009) viser, at der i flere tilfælde er en større andel af uoplyste faktorer hos OUH og Regionshospitalet Viborg sammenlignet med hospitaler som ikke i samme grad er overgået til EPJ (tabel 4).

¹ Disse er tilsendt fra NIP sekretariatet, hvorfra der er givet tilladelse til at anvende oplysningerne.

Apopleksi	Viborg*	OUH*	Århus NGB	Holstebro
Alkohol	14 %	16 %	4 %	11 %
AFLI	3 %	4 %	0 %	3 %
Claudicatio	27 %	10 %	8 %	9 %
Diabetes	6 %	3 %	3 %	3 %
Hypertension	2 %	4 %	1 %	4 %
Tidligere AMI	4 %	6 %	0 %	5 %
Tidligere Apopleksi	2 %	4 %	0 %	4 %
SSS score	0,31 %	4,40 %	1,29 %	3,52 %
Civilstand	6 %	7 %	0 %	3 %
Rygning	13 %	15 %	4 %	3 %
Boligform	7 %	9 %	0 %	4 %

Tabel 4: Andelen af uoplyste faktorer i NIP Apopleksi databasen for 4 hospitaler. De med * markerede, er hospitaler der anvender EPJ (egen tabel)

For at få et indtryk af, hvorvidt de prognostiske faktorer, der er uoplyste i NIP databaserne, er registreret i EPJ systemerne, blev der gennemført en journalaudit på hoftenære frakturer på OUH, og på apopleksi patienter på Regionshospitalet Viborg. Det skal understreges, at disse journalaudits kun omfattede 20 patientjournaler og dermed er et meget lille patientgrundlag.

Resultatet af journal audit (se bilag 1), som skal ses i lyset af det meget lille grundlag, viste, at en stor del af de prognostiske faktorer heller ikke er dokumenteret i EPJ systemerne. For enkelte prognostiske faktorer er der endog flere oplysninger i NIP databaserne, end vi var i stand til at finde i EPJ. Årsagen kan enten være, at data ikke er dokumenteret i EPJ men andre steder, for eksempel på papir, eller at data er dokumenteret i EPJ, men at vi ikke fandt dem. En ledende overlæge fra en af de undersøgte afdelinger oplevede, at de efter at være blevet kritiseret af NIP sekretariatet for manglende data efterfølgende fandt mange af de manglende data i EPJ, bare ikke der, hvor man forventede. Der er altså inkonsistens mellem oplysningerne i EPJ og NIP databaserne.

Overstående stemmer ikke overens med at digitalisering skal fremme kvalitetsudvikling, og indikere også, at EPJ ikke nødvendigvis understøtter indsamlingen af data til NIP databasen i det daglige kliniske arbejde.

Hvis forestillingen om at digitalisering betyder kvalitetsudvikling ikke er en realitet, betyder det i sidste ende dårligere kvalitet i behandlingen. Men det har også indflydelse på flere aktører. De enkelte sygehuse, hvis arbejdsgangene ikke er optimale, oplever et ressourcespild, at klinikerne bliver frustrerede over ikke at kunne opfylde kravet om indsamling af data, og at medarbejdere i EPJ organisationen og kvalitetsmedarbejdere bliver frustrerede over at 'missionen' ikke lykkes.

3. Afgrænsning og problemformulering

Ud fra det initierende problem og problemanalysen afgrænses problemområdet for at komme frem til en problemformulering, der skal danne udgangspunkt for projektet.

3.1 Afgrænsning

Der stilles fra national side krav om forsat digitalisering af sundhedsvæsenet, en digitalisering, hvis formål bl.a. er kvalitetsudvikling. Min hypotese er, at der ikke bare kan sættes lighedstegn mellem digitalisering og kvalitetsudvikling, og jeg ønsker derfor at undersøge, hvad der skal til, for at digitalisering i realiteten understøtter kvalitetsudvikling.

Kvalitetsudvikling

En måde at arbejde med kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet er gennem brugen af kvalitetsdatabaser. Resultaterne af undersøgelserne i problemanalysen, og egne erfaringer, indikerer, at der er frustrationer i forhold til indberetningen af data fra EPJ til NIP kvalitetsdatabasen, hvorfor der arbejdes videre med NIP kvalitetsdatabaser i dette projekt.

Digitalisering

Da det i den nationale strategi for digitalisering er beskrevet, at opsamling og strukturering af data til kvalitetsdatabaserne skal ske i EPJ (Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark 2008 p.16), og det initierende problem udspringer af en frustration i anvendelsen af EPJ, vil jeg i dette projekt arbejde videre med, hvordan man kan sikre, at indberetning af data fra EPJ til NIP databasen forbedres, så man via denne forbedring af datakvalitet i sidste ende kan forbedre kvaliteten i behandlingen.

3.1.1 Problemformulering del 1

Første skridt på vejen til at undersøge dette er at undersøge, hvad der egentlig sker, når data skal fra EPJ til NIP databasen. Dette undersøges i projektets 1. del med problemformuleringen:

Hvordan kommer data fra EPJ til NIP databasen, og hvad sker der med data, når de overføres fra EPJ til NIP databasen?

3.1.2 Problemformulering del 2

Som beskrevet tidligere danner resultatet fra observationsstudiet baggrund for den næste undersøgelse i projektet. Observationsstudiet viste, at manglen på struktureret dokumentation af data i EPJ er en af de faktorer, der har betydning for kvaliteten af de data, der indberettes til NIP kvalitetsdatabaserne. I mange tilfælde var det lægernes dokumentation af de data i EPJ, som skal overføres til NIP-databaserne, der manglede.

I 2004 og 2005 satte Sundhedsstyrelsen fokus på lægefaglig dokumentation gennem temaet 'God lægefaglig dokumentation'. Dette skete på baggrund af, at mangelfuld dokumentation ofte var årsag til klager i Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Tilsynstemaet bestod af to delprojekter. I første del blev problemer med journalføring belyst på baggrund af oplysninger fra klage- og indberetningssager. Anden del var undervisning af læger på baggrund af de i del 1 indhentede oplysninger (Sundhedsstyrelsen 2 2005). Formålet med del 2 var at øge sygehusansatte lægers kendskab til god journalføring, og at indsamle viden fra lægerne - dels om årsagerne til journalføringsproblemerne, dels om forbedringsmuligheder i forhold til journalføring (Sundhedsstyrelsen 3 2006). Et af forslagene til forbedringer var:

"Lægerne efterlyste desuden en struktureret og kort måde at journalføre information på, som svarer til den måde den øvrige journal skrives på. Ansvar for journalføringen blev samlet set vurderet til

både at være et ledelsesansvar og den enkelte læges ansvar(Sundhedsstyrelsen 3 2006 p.13)."

Når struktureret dokumentation således 1)er et ønske fra lægerne, 2) i litteraturen beskrives som en forudsætning for god indberetning til kvalitetsdatabaser, og - som observationsstudiet viser 3) er vigtig i forhold til indberetning til NIP kvalitetsdatabaser, giver det anledning til at undre sig over hvorfor lægerne ikke gør det. Skyldes det:

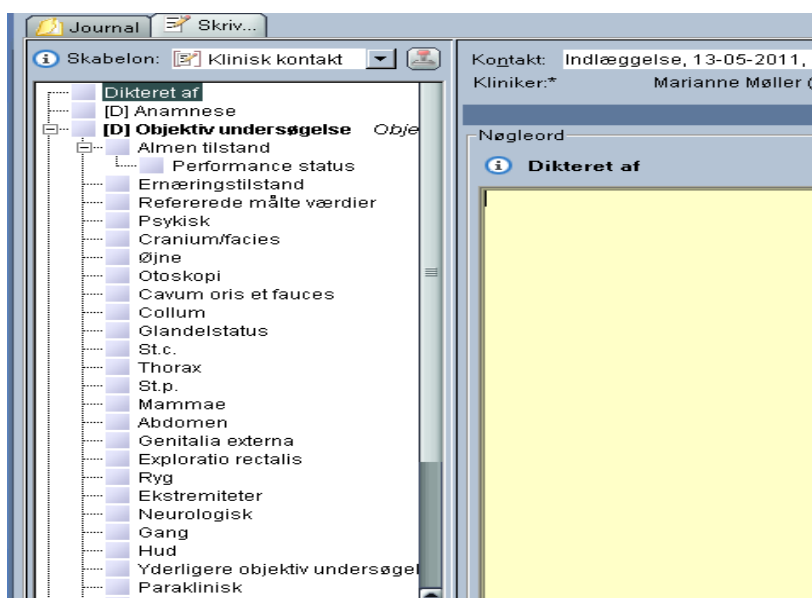
- At struktureret dokumentation er vanskeligt i forhold til en kompleks klinisk hverdag?
- At lægerne ikke skriver selv, men dikterer og derfor ikke har den samme 'føling' med opbygning af EPJ?
- Manglende motivation fra lægerne?
- At det er svært at bryde gamle vaner?
- Manglende ledelsesopbakning?
- At der blandt lægerne er uvilje mod at dokumentere struktureret?
- Manglende information fra EPJ organisationen?
- At NIP data er ikke en del af den daglige journaloptag, men ekstra data, der skal huskes?
- Manglende viden om processen omkring opsamling og indberetning af data til NIP kvalitetsdatabaser?
- Manglende viden om, hvilken betydning strukturering af data har for indberetning til kvalitetsdatabaser?

På baggrund af overstående undren arbejdes der i projektet videre med problematikken omkring lægers mangel på struktureret dokumentation af data i EPJ i det kliniske arbejde med henblik på at kunne opnå viden om, hvordan dette ændres. Dette fører til problemformuleringen:

Hvorfor dokumenterer læger ikke data struktureret i EPJ?

Struktureret dokumentation

Peter Sylvest Olsen skriver i 'Kliniske databaser – opbygning, integration og drift', at information kan registreres som fritekst eller som strukturerede data, men anfører samtidig at det kan være vanskeligt at skelne så definitivt, idet tekst også kan være struktureret (Olsen 1998 p.35). I dette projekt defineres strukturerede data som data, hvor det ud fra strukturen er muligt at søge og finde relevante data. I den EPJ som indgår i denne undersøgelse består strukturen i at der ved den daglige lægefaglige dokumentation i kontinuationen skrives i fritekstfelter under foruddefinerede nøgleord. Notatmodulet er opbygget således, at der findes 'Notatskabeloner', der indeholder forskellige 'nøgleord' alt efter hvilket notat der skal skrives. De meste anvendte notatskabeloner for lægerne er 'Primærjournal', 'Klinisk kontakt' (stuegangsnotat) og 'Operationsnotat'. Hver af disse notatskabeloner indeholder nøgleord, der er relevante i forhold til hvad der skal dokumenteres. Det er således nøgleordene, der definerer ind- og uddata. I figur 2 ses notatskabelonen 'Klinisk kontakt'. Feltet til venstre viser de nøgleord notatskabelonen indeholder, feltet til højre er det fritekstfelt, hvori der skrives. Fordelen ved at anvende nøgleordene er, at disse giver mulighed for anvendelse af søgefunktion til fremsøgning af data.



Figur 2 Skærmsprint fra EPJ på OUH – uddrag af notatskabelonen 'Klinisk kontakt' med tilhørende nøgleord

3.2. Problemformulering

De to problemformuleringer der undersøges i dette projekt er således:

Del 1:

Hvordan kommer data fra EPJ til NIP databasen, og hvad sker der med data, når de overføres fra EPJ til NIP databasen?

Del 2:

Hvorfor dokumenterer læger ikke data struktureret i EPJ?

4. Metodebeskrivelser

I dette afsnit beskrives de metoder der anvendes til de udførte undersøgelser, journalaudit, observationsstudie og interviewundersøgelse.

Den systematiske tekstkondensering anvendes delvist som analyseredskab ved observationsstudiet og mere systematisk ved analysen af data fra interviewet. Der kan derfor forekomme gentagelser/sammenfald i de to metodebeskrivelser.

Forforståelse

Alle processer i projektet vil påvirkes af min forforståelse, der dels udspringer af min kliniske uddannelse og erfaring som ergoterapeut, dels af det nuværende arbejde som EPJ konsulent på det hospital, hvor undersøgelserne finder sted. Fordelen ved denne forforståelse er kendskab til terminologi og arbejdsgange på et hospital. Det har medført respekt for klinikernes arbejdsforhold, mulighed for at møde klinikerne i deres verden, og et fælles sprog. Ulempen kan være indforståethed i forhold til data, manglende åbenhed overfor nye synspunkter og måske endda en følelse af at være bedrevidende. Dette forsøges imødegået med bevidsthed om, og refleksion over, egen forforståelse.

4.1 Metodebeskrivelse for journalaudit

I dette afsnit beskrives metoden journalaudit der er anvendt i Problemanalysen.

I sundhedsvæsenet er audit defineret som

"fagpersoners systematiske vurdering af patientforløb med henblik på at afdække tilfredsstillende eller ikke tilfredsstillende forhold på grundlag af definerede kvalitetsmål(Kjærgaard 2001 p.107)."

Journalaudit er *"en del af audit, hvor de konkrete processer, der gennemgås, er dokumenteret i patientjournalen med tilhørende del-komponenter(Egerod 2007 p.163)"*

I journalaudit tages udgangspunkt i konkrete patienters sygdomstilfælde med henblik på at vurdere, om kvaliteten af ydelserne er tilfredsstillende eller ej. Vurderingen sker i forhold til fastsatte kvalitetsmål og af fagpersoner, der til dagligt arbejder med de ydelser, der skal vurderes. I en intern audit er det fagpersoner indenfor institutionen, der gennemfører kvalitetsvurderingen, mens det i en ekstern audit er fagpersoner udenfor institutionen, der foretager vurderingen. Endvidere skelnes der mellem nursing audit (sygeplejefaglig audit), medical audit (lægefaglig audit), samt clinical audit. Clinical audit er en audit der involverer en tværfaglig gruppe af sundhedspersonale(Kjærgaard 2001).

Journal audit er en metode til kvalitetsvurdering og kvalitetsudvikling, der anvendes i sundhedsvæsenet for at pege på kvalitetsproblemer og skabe forbedringer. I auditprocessen er der 4 obligatoriske trin: 1) fastsætte kvalitetsmål, 2) indsamling af data, 3) vurdering og analyse af data, samt 4) tiltag og evaluering til/af kvalitetsforbedring(Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet 3).

Kvalitetsmål for en journal audit kan være enten eksplicitte eller implicitte(Kjærgaard 2001 p.107). Implicitte kriterier er ikke formuleret på forhånd, men der vurderes ud fra deltagernes viden og erfaring, om der leves op til god klinisk praksis. Den journal audit, der udføres i projektet, er en kvantitativ audit med eksplicitte kriterier.

Der arbejdes desuden kun delvist med det tredje trin i auditprocessen (vurdering og analyse), og det fjerde trin i auditprocessen berøres slet ikke.

4.1.1 Formål med journalaudit i forundersøgelsen

Formålet med denne journalaudit er, med udgangspunkt i den initierende undren, at undersøge om de prognostiske faktorer for NIP hoftenære frakturer og NIP apopleksi er dokumenteret i den elektroniske patientjournal, da de i stort omfang fremgår som uoplyste i NIP databaserne.

4.1.2 Kvalitetsmål

I planlægningen af en journalaudit opstilles kvalitetsmål / kriterier, der beskriver de data, der skal registreres (Kjærgaard 2001 p.114). De kvalitetsmål, der undersøges i denne journalaudit, er udvalgte prognostiske faktorer, der i vores gennemgang af de Regional auditrapporter for Region Syd og Region Midt 2009 har vist sig at have en stor procentdel af uoplyste prognostiske faktorer i forbindelse med indberetningerne til NIP databaserne. I denne audit anvendes eksplicitte kriterier, der er valgt ud fra referencerne i de to NIP databaser, hvor prognostiske faktorer skal indberettes. For apopleksi er udvalgt de 4 prognostiske faktorer: Alkohol, Tobak, Civilstand og Skandivavian Stroke Scale (SSS-score)². For hoftenære frakturer er udvalgt de 4 prognostiske faktorer: Alkohol, Tobak, Civilstand og ASA-score

Til brug ved journalaudit udarbejdes et afkrydsningsskema med ja/nej svar på spørgsmålet, om kvalitetsmålene er dokumenteret i den elektroniske patientjournal (se bilag 1).

4.1.3 Datakilder

Der søges udelukkende i den elektroniske patientjournal, og der søges udelukkende i journalmateriale, der vedrører den kontakt, hvor patienten har fået diagnosen, der medfører krav om indberetning til NIP databaserne. Der har derfor ikke været behov for lister over, hvilket materiale der skulle søges i, da udgangspunktet for begge hospitaler er, at al dokumentation forefindes i EPJ.

4.1.4 Inklusionskriterier

Inklusionskriterierne i undersøgelsen har været:

- Alle patienter over 18 år, der har fået én af de diagnosekoder, der er angivet i referenceprogrammet for indberetning til NIP databasen for apopleksi. Diagnosekoden skal være én af følgende: I 61, I 63 eller I 64.

² SSS-score er en vurdering af bevidsthedsniveau, øjenmotorik, orienteringsevne, tale, facialisparesse, gangfunktion og ekstremiteternes funktion/kraft som foretages med 4 timers interval, de første 20 timer af patientens indlæggelse, hvis de har henvisningsdiagnosen obs. apopleksi.

- Alle patienter over 65 år, der har fået én af de diagnosekoder der er angivet i referenceprogrammet for indberetning til Nip databasen for hoftenære frakturer. Diagnosekoden skal være én af følgende: S72.0, S72.1 eller 72.2.
- Patientens indlæggelsesforløb skal være indeholdt i den periode, der behandles i de regionale auditrapporter 2009. For hoftenære frakturer vil det sige patienter indlagt fra d. 16. august 2008 og udskrevet senest d. 15. august 2009, og for Apopleksi er det patienter udskrevet i perioden 1. januar 2009 – 31. december 2009.

4.1.5 Udvalgelseskræterier

Ved undersøgelse i en journal audit er der erfaring for, at der ved en stikprøvestørrelse på 20 patienter kan identificeres de fleste væsentlige kvalitetsproblemer (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet 3). Hvis journal audit foretages for at identificere principielle typer af kvalitetsproblemer, menes 10-15 cases at være tilstrækkeligt (Kjærgaard 2001 p. 109). På den baggrund undersøges i denne journal audit journalerne på 20 apopleksi patienter og 20 patienter med hoftenære frakturer.

Der udføres journal audit på 2 forskellige hospitaler, således at de 20 apopleksi patienter auditeres på Regionshospitalet Viborg, og de 20 patienter med hoftenære frakturer auditeres på OUH.

Ud fra inklusionskræterierne er der i det patientadministrative system (PAS) udtrukket lister på patienter, der i perioden juni – juli 2009 opfylder inklusionskræterierne. Fra disse lister er udvalgt 20 tilfældige patienter ved lodtrækning.

4.1.6 Tilladelser

Inden journal audit udføres, er der søgt om tilladelse hertil, dels på hospitalerne og dels hos Datatilsynet. I disse ansøgninger er redegjort for formål og metode til journalaudit. Der er givet tilladelse fra både hospitaler og datatilsynet til at udføre journalaudit.

4.2 Metodebeskrivelse for observationsstudie

I dette afsnit beskrives metoden observationsstudie der er anvendt for at besvare 1.dels problemformulering: *Hvordan kommer data fra EPJ til NIP databasen, og hvad sker der med data, når de overføres fra EPJ til NIP databasen?*

4.2.1 Type af observationsstudie

Der er i projektet anvendt deltagende observation, hvor forskeren er en del af feltet. Deltagende observation giver mulighed for at få direkte og førstehånds adgang til aktiviteterne i feltet og indsigt i den reelle situation (Malterud 2003), hvilket er relevant i denne undersøgelse, hvor formålet er at undersøge, hvordan processen omkring indberetninger til kliniske kvalitetsdatabaser er.

Problemformuleringen og forskerens forudsætninger er styrende for, hvilken synsvinkel der anlægges på observationerne. Ved denne observation, hvor problemformuleringen lyder: *Hvordan kommer data fra EPJ til NIP databasen, og hvad sker der med data, når de overføres fra EPJ til NIP databasen?* er målet at forstå de handlinger, informanten udfører, hvorfor observationen suppleres med uddybende spørgsmål under observationen (Riis 2005 p.77). Disse uddybende spørgsmål stilles for at opnå en forståelse af de handlinger, der udføres i feltet. Udfordringen for observatøren er hele tiden at have problemformuleringen og formålet med observationen for øje, således at de kommentarer og svar, der indsamles, er relevante i forhold til det problem, som ønskes belyst, samtidig med at observatøren er åben overfor nye og overraskende oplysninger.

Observationen er også inspireret af 'Tænke-højt-metoden', hvor informanten under indberetningen af data til databasen skal tænke højt undervejs i processen. Hensigten er at informanten verbalt giver udtryk for hvad vedkommende tænker, tror, forventer, fortolker og er usikker på, for at forskeren får et indblik i informantens tanker undervejs. Metoden anvendes bl.a. ved udvikling af brugergrænseflader i it systemer, og stammer fra psykologien, hvor den anvendes til at udforske bevidstheden (Sharp, Rogers & Preece 2007). Ved observationen vil informanten blive bedt om undervejs at give udtryk for ovennævnte, således at

forskeren kan danne sig et indtryk af informantens udfordringer med arbejdsgangen at indberette til NIP databaser. En ulempe ved metoden kan være, at der fremkommer mange irrelevante data, hvilket der skal tages højde for i den videre databearbejdning.

4.2.2 Undersøgelse af feltet

For at kvalificerer observatøren til at udføre observationer, er det ideelt at udføre et forstudie, en pilotobservation, der kan bevidstgøre observatøren om mulige faldgruber undervejs. Dette var af tidsmæssige årsager ikke muligt i dette projekt, men for at kunne foretage en kvalificeret observation af aktiviteten udføres der først en undersøgelse af feltet. Formålet er, at der tilegnes en basisviden om feltet, i dette tilfælde at danne sig et indtryk af, hvordan arbejdet med indberetninger af data til kvalitetsdatabaser foregår. Dette sker ved en uformel snak med en person, der foretager indberetninger. Efter denne uformelle snak udarbejdes et kort referat med de indsamlede oplysninger, der bl.a. kommer til at danne baggrund for design af observationsstudiet. Fordelen ved ikke at have indgående kendskab til feltet kan være, at observatøren ikke er forudindtaget omkring feltet og derfor er mere åben.

4.2.3 Afklaring af forforståelse

Observationer er ikke objektive(Riis 2005 p.78), og de indsamlede data vil altid påvirkes af forskellige faktorer så som observatørens synsvinkel og forforståelse, observatørens tilstedeværelse, observatørens påvirkning af informanten, det tekniske udstyrs påvirkning af informanten – kort sagt, situationen er aldrig helt'som den plejer', når der foregår en observation og en registrering af arbejdsgangen.

Observatøren skal være opmærksom på sin egen forforståelse og forventninger til resultatet. I dette tilfælde betyder det en bevidsthed omkring ikke blot at få bekræftet bevidste hypoteser under planlægningen og udførelsen af observationen Forforståelsen og forventninger skal derfor bevidstgøres i så vid udstrækning som muligt før udarbejdelsen af observationsskemaet og de uddybende spørgsmål, men også være en present under observationen.

Et andet aspekt, der skal indtænkes ved udførelsen af observationen i egen kultur, er det feltkendskab, observatøren besidder. Malterud beskriver, at der ved observationer i egen kultur er risiko for feltblindhed (Malterud 2003), der betyder, at der kan være fænomener, observatøren tager for givet og for kendte og derfor ikke forholder sig kritisk til. Malterud beskriver det som skyklapper:

"Den deltagende observatørs spesielle utfordring er å se tvers igjennem de skyklapperne som miljøets egne aktører naturlig nok har utviklet omkring sin egen selvforståelse. Når vi som forskere stiller med stor feltkunnskap, deler vi ofte aktørernes skyklapper. Den nye kunnskapen ligger utenfor og borten for disse" (Malterud 2003 p.150).

I denne undersøgelse er observatørens viden om arbejdsgange omkring indberetninger til kliniske kvalitetsdatabaser begrænset, hvorimod observatøren besidder en del viden om kliniske arbejdsgange og teoretisk viden om krav til indberetninger til kvalitetsdatabaser. Denne viden forsøges bevidstgjort i planlægningen. Fordelen ved denne begrænsede viden er, at perspektivet på observationen bliver mere nuanceret.

4.2.4 Afgrænsning af feltet

Der observeres to indberetninger, hvor der indberettes til henholdsvis NIP hofte- og lårfrakturer og NIP apopleksi, og der rettes derfor henvendelse til de afdelinger, der foretager disse indberetninger for at høre, om de har mulighed og lyst til at deltage i observationen. Disse to afdelinger vælges på baggrund af et kendskab til afdelingerne og en forventning om at de gerne vil deltage. Observationerne skal foregå, hvor indberetningen normalt foregår, for at sikre en så realistisk observation som mulig. De tilstedeværende vil være informanten og observatøren. Derudover kan der, da observationen skal foregå under normale forhold, være andre til stede, idet der måske sidder flere på et kontor eller der er henvendelser fra andre under indberetningen. Tidspunktet for observationen defineres af informanten, da observationen skal foregå under så normale forhold som mulig.

4.2.5 Fokusområder for observationen

Ved observationer, hvor problemformuleringen har et præcis sigte, kan der udføres systemisk og struktureret observation, hvor der på forhånd udarbejdes en liste over, hvilke handlinger der ønskes observeret. Med baggrund i problemformuleringen opstilles der i dette projekt nogle fokusområder ud fra hvilke der udarbejdes mere detaljerede observationsområder og uddybende spørgsmål.

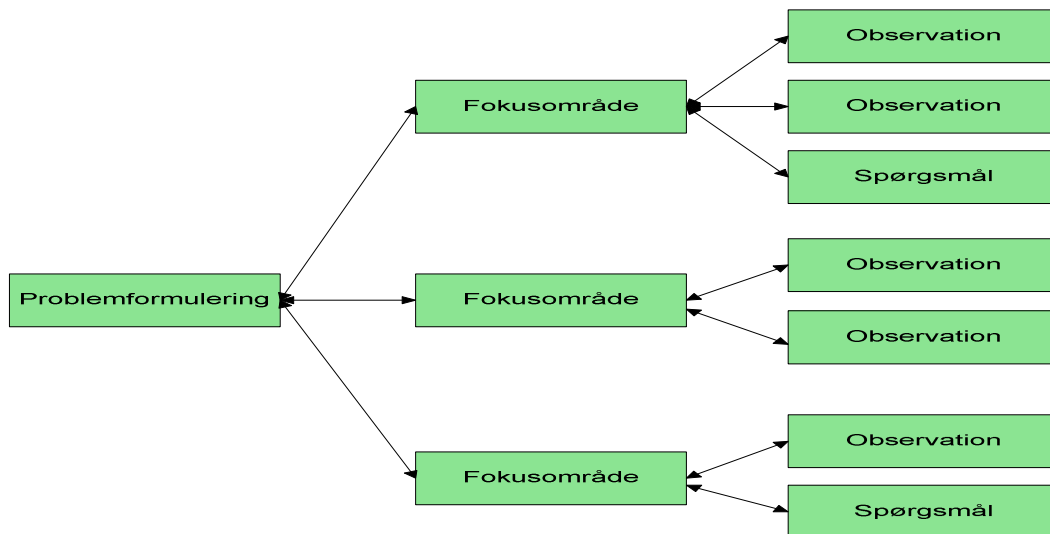
Det er ved journal audit vist, at for nogle af de prognostiske faktorer er en stor del af dem (heller) ikke dokumenteret i EPJ. Et fokusområde bliver derfor Inddata (datalagring), altså hvor og hvordan er de prognostiske faktorer registreret før de indberettes til NIP databasen. Dernæst ønskes det belyst, hvordan data findes i det medie, hvor data er registreret, altså genfinding af data. Desuden ønskes det belyst, hvordan data kommer fra det medie, data er registreret i, til NIP kvalitetsdatabasen, altså et fokusområde der hedder 'Indberetning'.

I rapporten 'Kliniske databaser, opbygning, integration og drift' (Sylvest Olsen 1998) beskrives en række forudsætninger, som skal være til stede for at opnå god datakvalitet ved indberetning til kliniske databaser. For at undersøge om disse forudsætninger er til stede, vil disse inddrages i planlægningen af spørgsmål og fokusområder for observationen. Følgende fokusområder er således opstillet:

- Inddata
- Genfinde data
- Indberetning

4.2.6 Udarbejdelse af observationsguide

På baggrund af problemformuleringen er udvalgt 3 fokusområder; 1) Inddata, 2) Genfinde data og 3) Indberetning. Med udgangspunkt i disse fokusområder udarbejdes en observationsguide (se bilag 2), hvis indhold er detaljerede emner, der ønskes belyst via den tidligere beskrevne metode. Figur 3 viser processen fra problemformulering til observationsguide.



Figur 3 Skematisk fremstilling af processen fra problemformulering til observationsguide (egen figur)

Denne observationsguide skal sikre, at de ønskede fokusområder belyses. Ved udarbejdelsen af observationsskemaet tages der ligeledes højde for observatørens forforståelse og kendskab til feltet, således at der opsamles flest mulige nuancerede data, der er relevante for at belyse problemformuleringen.

Indledningsvis stilles nogle opklarende spørgsmål til informanten – dels for at få et indtryk af, hvad det indebærer at være registreringsansvarlig, dels for at få et indtryk af informantens forudsætninger for at indberette.

De opsamlede data registreres ved skriftlige notater på en observationsguide, optagelse af kommunikationen på Mp3 afspiller og ved brug af kamera.

4.2.7 Forberedelse af informanten

Informanten orienteres kort om formålet med observationen. Det er her vigtigt at gøre at informanten klart, at indberetningen skal foregå så naturligt som muligt, og at informanten ikke skal lade sig påvirke af forventninger fra observatøren om et bestemt resultat. Informanten spørges om tilladelse til at indberetningen optages på Mp3 optager, og at der tages billeder under seancen. Informanten gøres opmærksom på at denne er sikret fuld anonymitet, idet optagelserne ikke indeholder personfølsomme data, men skal anvendes til at indfange lokalet, omgivelserne, stemning, artefakter og arbejdsbetingelser, og bruges som støtte for

hukommelsen for observatøren. Efter endt observation foretages en kort debriefing, hvor informanten får lejlighed for at tilføje yderligere kommentarer, ligesom observatøren afklarer tvivlsspørgsmål for en foreløbig validering af resultatet.

4.2.8 Analyse af data

Kristiansen og Krogstrup beskriver analysen af data fra observationsstudier som værende en proces, hvor data struktureres, så de bliver lettere at tolke. Tolkning af data beskrives som en hermeneutisk proces, hvor datamaterialet vurderes i forhold til problemstillingen og eksisterende teori, og hvor det forsøges at indlæse generelle egenskaber og sammenhænge i datamaterialet (Kristiansen, Krogstrup 1999).

Analysen af data fra observationsstudiet er inspireret af Kristiansen og Krogstrups hermeneutiske spiral (Kristiansen, Krogstrup 1999 p.173) og Malteruds systematisk tekstkondensering (Malterud 2003 p.86).

I den hermeneutiske spiral forstås datamaterialet gennem en proces – en spiralbevægelse, hvor der sker en fortsat fordybning af meningsforståelsen. Dette sker ved at datamaterialet først læses igennem for at få et helhedsindtryk af datamaterialet. Dernæst går tilbage til de enkelte datasegmenter, temaer og udsagn for at finde deres indbyrdes relation og særskilte betydninger. Til sidst læses datamaterialet igennem igen for at udføre en mere reflekteret tolkning af helheden. Denne proces kan gentages til der er fundet frem til en fornuftig mening (Kristiansen, Krogstrup 1999 p.174).

For at udføre datareduktion vil data blive sorteret i forskellige grupper under en given kode (Tanggaard, Brinkmann 2010 p.450). Til at understøtte denne proces anvendes dele af systematiske tekstkondensering, fordi dette er et egnet redskab for tværgående analyse, hvor informationer fra flere informanter sammenfattes (Malterud 2003 p.86). De anvendte dele af systematisk

tekstkondensering er: at identificere meningsbærende enheder udlede indholdet i de meningsbærende enheder og at sammenfatte betydningen af disse.

4.3 Metodebeskrivelse for interview

I dette afsnit beskrives metoden interview, der er anvendt for at besvare 2.dels problemformulering: *Hvorfor dokumenterer læger ikke data struktureret i EPJ?*

Kvalitative metoder bygger ifølge Kvale og Brinkmann på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning, og derfor har en fænomenologisk tilgang i generel ikke-filosofisk forstand været anvendt i kvalitativ forskning (Kvale, Brinkmann 2009 p.44). Fænomenologi indbefatter ifølge Kvale, at der sættes fokus på informantens bevidsthed og livsverden, og at interviewerens er åben over for interviewpersonernes oplevelser (Kvale, Brinkmann 2009 p.70).

Den kvalitative undersøgelsesmetode giver således mulighed for at indhente viden om menneskers oplevelser, erfaringer, tanker, forventninger og holdninger, ligesom den kvalitative metode er relevant, når dynamiske processer som samarbejde og udvikling skal undersøges (Malterud 2003).

Da det er lægernes egne oplevelser, erfaringer, tanker, forventninger og holdninger i forhold til at dokumentere struktureret i EPJ der skal undersøges, giver det mening at anvende en kvalitativ tilgang i denne undersøgelse. Og da Kvale og Brinkmann beskriver interview undersøgelser som værende *"særligt velegnede til at undersøge menneskers forståelse af betydningerne i deres livsverden, beskrive deres oplevelser og selvforståelse og afklare og uddybe deres eget perspektiv på deres livsverden"* (Kvale, Brinkmann 2009 p.137) vælges det at udfører en interviewundersøgelse for at besvare spørgsmålet: *Hvorfor dokumenterer læger ikke struktureret i EPJ?*

Ifølge Kvale og Brinkmann er en interviewundersøgelse ikke en logisk lineær proces, der følger en standardprocedure, men derimod en proces fyldt med

overraskelser og designændringer. Dette betyder, at der stilles store krav til forskeren i forhold til viden og intuition, for eksempel når det i interviewsituationen skal besluttes om et nyt emne i interviewet skal forfølges, eller om interviewguiden skal følges. For at imødekomme nogle af de mange ubekendte, ser Kvale og Brinkmann det som alfa og omega, at interviewundersøgelsen planlægges og forberedes grundigt. Han påstår, at jo bedre et interview er forberedt, desto højere kvalitet vil den fundne viden have, og jo lettere vil behandlingen af data være efterfølgende (Kvale, Brinkmann 2009 p.119).

Derfor har Kvale og Brinkmann udviklet et idealiseret forløb for en interviewundersøgelse indeholdende 7 faser fra idé til den endelige rapport (Kvale, Brinkmann 2009 p.122). Temaerne er:

1. Tematisering
2. Design
3. Interview
4. Transskription
5. Analyse
6. Verifikation
7. Rapportering

Vel vidende at en interviewundersøgelse er en iterativ proces hvor forskeren tilpasser designet efter forholdene undervejs, anvendes de første 6 faser som ramme for planlægningen af interviewundersøgelsen i dette projekt for at sikre en så fyldestgørende og målrettet undersøgelse som mulig. I de efterfølgende beskrives de første 6 faser. Fase 7 beskrives ikke, da rapporteringen sker gennem dette projekt.

4.3.1. Tematisering

I tematiseringen undersøgelses 'hvorfor' og 'hvad'. Det er her formålet med undersøgelsen skal gøres klart, og hvor forskeren indsamler forhåndsviden om det

emne, der skal undersøges. Besvarelsen af de tematiske spørgsmål, 'hvorfor' og 'hvad' er nødvendige at have på plads før næste fase, 'design', begyndes.

I dette projekt er undersøgelsens 'hvorfor' beskrevet i afsnittet 'Problemanalyse'.

Med undersøgelsens 'hvad' menes, at der skal udvikles en begrebslig og teoretisk forståelse for lægers dokumentation i EPJ. Min viden om emnet 'lægers dokumentation af data i EPJ' stammer fra erfaring med arbejdet med implementering af EPJ, viden fra observationsstudiet og viden fra litteratur.

4.3.2. Design

Designfasen er undersøgelsens 'hvordan'. Her besluttet det, hvilke interview- og analyseteknikker der egner sig bedst til at få viden om, hvorfor læger ikke dokumenterer struktureret i EPJ.

Interviewtype

Fordi målet er at indhente oplysninger om informantens erfaringer loyalt med informantens egen version af historien, skal interviewer og de stillede spørgsmål give informanten mulighed for at fortælle, hvilken betydning emnet har for vedkommende (Malterud 2003 p.130). Samtidig er balancen mellem fleksibilitet og styring vigtig, således at interviewer på den ene side er åben overfor ny viden, og på den anden side ikke kommer ud på et sidespor og indsamler viden, der ikke er relevant i forhold til problemstillingen. Interviewet bliver derfor semistruktureret, og der udarbejdes en interviewguide som understøtter dette.

Da det i en travl klinisk hverdag kan være svært for klinikerne at afsætte tid til at blive interviewet, er det på forhånd besluttet, at interviewene skal være korte og målrettede, således at det er muligt at få informanter til at deltage.

Interviewguide

De to interviewguides (se bilag 3 og bilag 4) udarbejdes med problemformuleringen og de initierende spørgsmål som styrende. På baggrund af disse spørgsmål udarbejdes forskningsspørgsmål, ud fra hvilke de endelige

interviewspørgsmål udarbejdes. På den måde sikres det, at der indsamles data, der belyser problemformuleringen.

Interviewspørgsmålene udarbejdes på baggrund af overvejelser i forhold til Riis's(Riis 2005) forskellige typer af spørgsmål:

- Baggrundsspørgsmål – spørgsmål, der indkredser informantens forudsætning og livsforløb, samt bryder isen.
- Rammespørgsmål / åbne spørgsmål - indledende spørgsmål, der sporer sig ind på undersøgelsens emne, er bredt formuleret, og lægger op til følgespørgsmål.
- Følgespørgsmål – spørgsmål, der sigter målrettet mod undersøgelsens problem.
- Nøglespørgsmål – spørgsmål, der er gode til at opnå fælles holdepunkter og som går igen i alle interviews.
- Faktuelle spørgsmål – der lægger op til beskrivelse af bestemte handlinger eller hændelser.

Riis(Riis 2005 p.109-112) påpeger vigtigheden af, at der i udarbejdelsen af interviewspørgsmål er fokus på spørgsmålenes formål og type - dels for at sikre, at de ønskede data indsamles, da forskellige typer oplysninger kræver forskellige typer af spørgsmål, men også for at sikre et ordentligt sammenspil mellem interviewer og informanten – for eksempel ved at interviewet startes med baggrundsspørgsmål, der 'bryder isen'.

Samtidig skal spørgsmålene ifølge Malterud (Malterud 2003 p.130), være åbne, således at intervieweren ikke bare bevæger sig indenfor sin forforståelse.

På grund af interviewenes længde er det nødvendigt, at spørgsmålene er fokuserede, hvilket afføder den udfordring at gøre interview fokuseret og samtidig give plads til at få informantens opfattelse.

4.3.3. Interview

Genstandsfelt

Det er tidligere ved observationsstudiet påvist, at indberetninger til NIP kvalitetsdatabaser fordrer struktureret dokumentation. Derfor er det et ønske, at informanterne er ansat på en afdeling, hvor der foretages indberetninger til NIP kvalitetsdatabasen. For at opnå sammenhæng i projektet kontaktes den ortopædkirurgiske afdeling, der indberetter til 'NIP hoftenære frakturer, hvor der også er udført observationsundersøgelse. Her spiller også det muliges kunst ind, da det kan være en udfordring at få adgang til feltet. Riis beskriver, at adgangen til feltet ofte sker gennem en 'dørvogter', der enten kan give eller afslå adgang til feltet (Riis 2005 p.84). På den valgte afdeling er der allerede et samarbejde med den overlæge, der er ansvarlig for NIP indberetninger, hvorfor han vil kunne være en god 'døråbner' i forhold til at få aftaler med læger og med den ledende overlæge om interviews. Ligeledes har den funktionalitet i EPJ³, der understøtter opsamling af data til indberetning til NIP databaser, været i brug over længere tid på afdelingen, hvilket betyder at begrebet 'struktureret dokumentation' burde være kendt.

For at få så bredt et datagrundlag som muligt, ønskes følgende sample:

- Både mænd og kvinder.
- Læger der har meget erfaring med at dokumentere.
- Læger der ikke har særlig meget erfaring med at dokumentere.
- Læger der har været ansat på afdelingen længere tid (over 2 år).
- Læger der har været ansat på afdelingen kort tid (under 1 år).
- Lægerne må gerne have forskellige holdninger til at dokumentere og til EPJ.
- Det er ikke et kriterium, at lægerne kender til NIP indberetninger.

³ Funktionaliteten giver mulighed for at få data, der skal indberettes, præsenteret samlet, uanset hvornår og hvem der har dokumenteret data. Forudsat at der er skrevet under det korrekte nøgleord.

Når antallet af informanter skal besluttes, afhænger det af flere ting. Hvad er formålet med undersøgelsen, hvor meget tid og hvor mange ressourcer er der til rådighed, og hvad er mætningspunktet, hvor der ikke tilføjes nye oplysninger ved interviewet? I dette projekt er det tid og ressourcer, der bestemmer antallet af interviews. Sammenholdt med Kvaless (Kvale, Brinkmann 2009 p.134) anbefaling om, at det er bedre at nedsætte antallet af interviews og i stedet bruge tiden på at forberede og analysere interviewene, er det derfor valgt at interviewe 5 læger og den ledende overlæge, hvilket vurderes at være et realistisk antal at opnå, som samtidig giver et tilstrækkeligt datagrundlag til at besvare spørgsmålet.

Udvælgelsen af informanter foretages af afdelingen på baggrund af de tilsendte ønsker, da afdelingen har forudsætningerne for en sådan udvælgelse.

Intervieweren

Udøvelsen af et kvalitativt forskningsinterview er et håndværk, der ikke udelukkende kan udføres efter et sæt regler og metoder. Kvale og Brinkmann beskriver et kvalitativt forskningsinterview som et interview, hvor der produceres viden socialt i et sammenspil mellem interviewer og informant. At få kvalificerede data kræver både viden om interviewemnet og gode færdigheder i at stille spørgsmål. Gode færdigheder i at stille spørgsmål kan dels tilegnes ved at intervieweren er godt forberedt, men også ved 'mesterlære', hvor intervieweren lærer af erfarne interviewere (Kvale, Brinkmann 2009 p.170).

Jeg har ikke stor viden og erfaring i at udføre kvalitative forskningsinterview, og af tidsmæssige årsager er det ikke muligt at 'gå i mesterlære'. Men gennem læsning af litteratur og tidligere udførte interviews går jeg ydmygt til opgaven, og vil udføre interviewene på baggrund af følgende overvejelser. Opmærksomhed på balancen mellem fleksibilitet og styring er vigtigt, så intervieweren på den ene side er åben overfor ny viden, og på den anden side ikke kommer ud på et sidespor og indsamler viden, der ikke er relevant i forhold til problemstillingen. Her kan min ansættelse som EPJ konsulent på hospitalet spille ind, da det er vigtigt at interviewene ikke kommer til at handle om de eventuelle frustrationer, der er i

forbindelse med at anvende EPJ, samtidig med at det er vigtigt at kunne skelne, om dette har betydning for emnet. Her er det vigtigt som interviewer at lytte forudsætningsløst og give plads til flertydighed både før, under og efter interviewet. Malterud udtrykker det ved at sige, at hvis interviewet ikke giver nogle overraskelser eller viden, der konfronterer interviewerens forforståelser, har intervieweren ikke været tilstrækkeligt lyttende (Malterud 2003).

Riis beskriver en række overvejelser, der er relevante at gøre sig om sig selv som interviewer. Det er vigtigt, at intervieweren etablerer tillid og tryghed og er åben og lydhør, og undervejs i interviewet opmuntrer informanten med nik og ord som 'ja' og 'nej' (Riis 2005). Dette forsøges efterlevet.

For at sikre, at de spørgsmål, der stilles under interviewet, er klare og forståelige, og for at få lidt erfaring med at udføre interviewet, udføres der et pilotinterview af en yngre læge, der tidligere har været på den ortopædkirurgiske afdeling. Efterfølgende rettes interviewguiden til.

Udførelsen af interview

For at informanterne skal forlade det kliniske arbejde så kort tid som muligt, skal interviewene udføres i afdelingen. Lokalet skal helst være beliggende på en kontorgang, da det kan være svært at finde et uforstyrret lokale i en klinisk afdeling.

Interviewene starter med en briefing, hvor informanten kort præsenteres for intervieweren, orienteres om formålet med interviewet, oplyses om informantens anonymitet og spørges om interviewet må optages på Mp3 afspiller. Efter interviewet udføres debriefing, hvor informanten spørges, om vedkommende har spørgsmål eller tilføjelser, og i øvrigt takkes for deltagelsen.

Etiske overvejelser

Kvale og Brinkmann nævner fire væsentlige aspekter i forhold til etiske overvejelser ved forskningsprojekter: 1) Informeret samtykke, 2) fortrolighed, 3)

konsekvenser og 4) forskerens rolle(Kvale, Brinkmann 2009 p.86). I dette projekt oplyses formålet og omstændigheder for undersøgelsen først skriftligt til den ansvarlige overlæge ('døråbner'), og dernæst mundtlig til hver enkel informant. Den ledende overlæge spørges, om afdelingen må nævnes i rapporten, eller om denne ønskes anonymiseret. Hvad angår forskerens rolle, vil data blive valideret og fremlagt så nøjagtige og tro mod informanterne som muligt.

Da der altid vil være vigtige magtrelaterede dimensioner i interviewet, skal interviewerens reflektere over disse(Kvale, Brinkmann 2009 p.95). I dette projekt er det vigtigt at være bevidst om, at jeg qua mit job har en stor viden om EPJ og dens funktionaliteter, og at informanterne ikke skal få følelsen af, at deres eventuelle manglende viden om brugen af EPJ er et problem.

4.3.4. Transskription

De optagede interviews skal transskriberes, hvilket i dette projekt gøres af undersøgeren selv. Fordelene ved selv at transskribere er, at der sker en detaljeret gennemgang af data, som giver et indgående kendskab til datamaterialet. Allerede ved transskriptionen starter overvejelser og refleksioner i forhold til hvilke data, der er anvendelige i dataanalysen(Malterud 2003 p.80).

Interviewene transskriberes ordret og med gentagelser, mens udtryk som "mmh", "øh" udelades. Pauser indikeres med prikker, men disse vil ikke udtrykke, hvor lang pausen var.

De transskriberede interviews vil ikke blive præsenteret for informanterne til validering af udsagn – dels på grund af tidsforbruget hertil, dels fordi der er risiko for, at informanten fortryder sin deltagelse, når denne ser sine udtalelser på skrift(Kvale, Brinkmann 2009 p.209). Endvidere spiller det også ind at oplysningerne ikke nødvendigvis bliver mere sande, fordi informanten har gennemlæst og evt. rettet dem(Malterud 2003 p.180).

4.3.5. Analyse

I kvalitativ forskning er det ofte nødvendigt med datareduktion, hvor datamaterialet sorteres i forskellige grupper under en given kode (Tanggaard, Brinkmann 2010 p.450). Kodningen i undersøgelsen vil være datastyret / datadreven, hvilket betyder, at koderne opstår af selve datamaterialet modsat begrebsdreven, hvor koderne er fastlagt på forhånd – enten ud fra teori, eksisterende litteratur eller bestemte hypoteser, man ønsker afprøvet (Tanggaard, Brinkmann 2010).

I dette projekt anvendes systematisk tekstkondensering, hvor formålet er at skabe et helhedsindtryk, at identificere meningsbærende enheder, at udlede indholdet i de meningsbærende enheder og at sammenfatte betydningen af disse. Samtidig er systematisk tekstkondensering et godt redskab for tværgående analyse, hvor informationer fra flere informanter sammenfattes (Malterud 2003 p.86).

Den systematiske tekstkondensering består af 4 trin (Malterud 2003):

1. Fra vildnis til temaer
2. Fra temaer til koder
3. Fra koder til mening
4. Fra kondensering til beskrivelser og begreber.

Trin 1 – fra vildnis til temaer

Her gennemlæses de transskriberede interviews for at danne sig et helhedssyn på materialet. Her er det vigtigt at være åben overfor materialet og ikke begynde at systematisere. Efter gennemlæsningen laves en liste over de 4-8 temaer, der intuitivt fremkommer efter gennemlæsningen, og som således ikke er resultater eller kategorier fremkommet af på baggrund af systematisk refleksion.

Trin 2 – fra temaer til koder

På dette trin arbejdes der mere systematisk med datamaterialet. Med temaerne fra første trin i baghovedet identificeres de meningsbærende enheder, altså de dele af teksten, der er relevante i forhold til problemformuleringen. De meningsbærende enheder systematiseres eller kodes, og gennem dette arbejde raffineres temaerne

fra trin 1 til mere præcise kategorier eller koder. Kodning er en systematisk dekontekstualisering, hvor beslægtede tekstelementer hentes ud fra det enkelte interview og sorteres ud i grupper.

Trin 3 – fra koder til mening

Materialet i de kodegrupper, der er fremkommet i trin 2, sorteres yderligere i subgrupper, der herefter bruges som analyseenhed. Indholdet af subgrupperne kondenseres ved at udvikle kunstige citater, der sammenfatter det konkrete indhold fra de enkelte meningsbærende enheder til en mere generel form. De kunstige citater er udgangspunkt for det næste og sidste trin i analysen.

Trin 4 – fra kondensering til beskrivelser og begreber

Med baggrund i de kunstige citater udarbejdes en indholdsbeskrivelse for hver kodegruppe. Når indholdsbeskrivelserne er udarbejdet, udvælges der citater i de meningsbærende enheder, der giver et billede af det, der omtales i teksten. Til sidst vendes tilbage til det oprindelige materiale for at sikre, at indholdsbeskrivelserne kan føres tilbage til datamaterialet.

4.3.6. Verifikation

Her tages stilling til validiteten, reliabiliteten og generaliserbarheden af resultaterne (Kvale, Brinkmann 2009). Dette gennemgås i afsnittet 'Diskussion af metode'.

5. Teoretiske perspektiver

I dette afsnit beskrives, hvilke teoretiske referencerammer, der anvendes som tolkningsramme for de analyserede data. Det er vigtigt her at gøre opmærksom på, at de to teorier er valgt som rammer for tolkningen af data fra interviewundersøgelsen. Det er således hensigten, at teorierne skal gøre det mere klart 'hvorfor' afdelingen gør, som den gør, og ikke hensigten at teorierne skal kaste lys over 'hvordan' organisationen skal anvende teorierne.

5.1 Baggrund for valg af teorier

Som beskrevet tidligere er undersøgelsen datastyret, og der er således ikke valgt bestemt teoretiske referencerammer på forhånd.

Kravet om kvalitetsudvikling, optimering af undersøgelser og behandling, den teknologiske udvikling osv. betyder, at der i sundhedsvæsenet stilles krav om konstant udvikling og læring af ny viden. En væsentlig måde at udvikle og indarbejde ny viden i en organisation, er at lære af tidligere gode og dårlige erfaringer. Dette kan gøres med baggrund i teorien om den lærende organisation. *En lærende organisation er en organisation, der har gjort det til sit væsentligste kulturtræk at lære af erfaringer* (Neergaard, Hauen & Kastberg 1998).

Rolf Nikula argumenterer for, at en forudsætning for at få det fulde udbytte af EPJ, er, at organisationen er en lærende organisation, fordi det er vigtigt, at organisationen er i stand til at udføre undersøgelser og analyser af organisationen og de arbejdsgange, der anvendes (Nikula 1999). Data fra interviewundersøgelsen indikerer, at trods brugen igennem de seneste 3 år af EPJ, der understøtter strukturering af data, og trods en egen opfattelse af at data dokumenteres struktureret, har lægerne endnu ikke 'lært' at dokumentere struktureret. På baggrund af dette anvendes Peter Senges teori om 'Den lærende organisation' og Agyris og Schöns teori om læring som tolkningsramme for interviewene. Fordi undersøgelsen foregår i en organisation med højtuddannede,

inddrages også Argyris' overvejelser om, hvorfor det er så svært for højtuddannede at lære.

Ifølge Kotter fordrer den lærende organisation forandringsledelse. Det ledelsesmæssige aspekt vil derfor blive set i lyset af John P. Kotters teori om forandringsproces og forandringsledelse, som bl.a. omfatter en forståelse af, hvad der sker i en forandringsproces, hvordan forandringsprocessen kan påvirkes, hvad ledelsens rolle er i dette, og ikke mindst, hvordan der implementeres varige ændringer.

5.2 Den lærende organisation

Peter Senge præsenterede i 1990 konceptet 'Den lærende organisation' i sin bog 'The fifth Discipline'. Her definerer han den lærende organisation således:

'...organizations where people continually expand their capacity to create the results they truly desire, where new and expansive patterns of thinking are nurtured, where collective aspiration is set free, and where people are continually learning to see the whole together'(Senge 1990) (Christensen 1998).

Den lærende organisation er kendetegnet ved organisationens ledelsesform, kultur og værdier, hvor der er opmærksomhed omkring information og viden, og om organisationen løbende kan tilegne sig viden og kunnen. Viden er en vigtig ressource, og den viden, der skabes, skal formidles på tværs af organisationen, så medarbejderne og derved organisationen hele tiden udvikler sig. Når en opgave løses, er målet derfor dels at opgaven løses, men også at de ansatte lærer af processen(Argyris, Schön 1996). Det handler om at lære, lære andre, lære af andre, og lære at lære. Erik Laursen beskriver det således:

'Der er altså tale om en udpræget procesorienteret opmærksomhed omkring information og viden. Det er ikke så meget det forhold, at organisationen 'kan' og 'ved' noget, man er opmærksom på, som det

er det forhold, at organisationen løbende kan tilegne sig viden og kunnen(Christensen 1998 p.39).

5.2.1 De fem discipliner

Ifølge Senge er den lærende organisation karakteriseret ved, at den mestrer 5 discipliner, og at ledere og medarbejdere besidder evnen til at 'magte' disse discipliner. De 5 discipliner kan samtidig ses som retningslinjer for, hvordan medlemmerne af den lærende organisation tænker og handler.

De 5 discipliner er 1) personlig mestring, 2) mentale modeller, 3) fælles visioner, 4) teamlæring, og 5) systemtænkning. Den sidste disciplin, systemtænkning, kaldes hjørnestenen i den lærende organisation, og integrerer de 4 øvrige discipliner. At mestre de 4 discipliner er således en forudsætning for at kunne mestre den 5. disciplin(Christensen 1998 p.24). Nedenfor gives en kort karakterstik af de 5 discipliner i organisations udvikling(Christensen 1998),(Infed),(Blackdiamonds).

Personlig mestring

Personlig mestring handler om personlig udvikling og læring. Det er evnen til som person at være bevidst om sine visioner og mål, og hvor langt man er i forhold til disse. Senge mener, at organisationer udelukkende lærer gennem medarbejdere, der lærer. Individuel læring garanterer ikke organisatorisk læring, men er en forudsætning for, at organisatorisk læring kan ske.

Mentale modeller

Mentale modeller er antagelser, generaliseringer og forestillinger, der påvirker den måde, verden forstås på og egne handlinger. Det handler om at være bevidst om eget indre verdensbillede, og hvordan dette påvirker egne handlinger.

Fælles visioner

At skabe fælles visioner handler om sammen at koble fælles og personlige mål og visioner. Bevidstheden og kendskabet til de fælles visioner skaber motivation hos medarbejderne til at udvikle sig imod, og arbejde for de fælles mål og visioner.

Ikke fordi de skal, men fordi de har lyst. De fælles visioner tager ofte udgangspunkt i de personlige visioner.

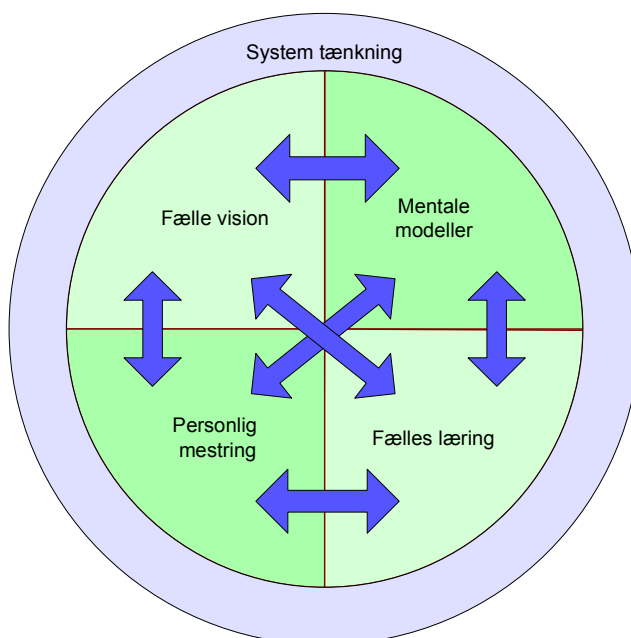
Teamlæring

Ved teamlæring er målet, at gruppemedlemmerne lærer at handle sammen. Teamlæring sker med udgangspunkt i personlige og fælles visioner, og forudsætningen for teamlæring er dialog og diskussion. Gennem dialog og diskussion er målet, at medarbejderne lærer sammen ud fra devisen 'summen er større end delene'.

Systemtænkning

Systemtænkning integrerer de 4 øvrige discipliner, og handler om at se helheder og årsagssammenhænge, og at forstå komplekse processer, og skal hjælpe til at håndtere de mange informationer, der er til rådighed. Det handler altså om at kunne beherske denne dynamiske kompleksitet.

De 5 principper kan ikke adskilles, og indgår i et dynamisk sammenspil, hvor de alle påvirker hinanden se figur 4.



Figur 4 Den lærende organisations 5 discipliner og deres indbyrdes påvirkninger. (Egen figur inspireret af referat af 'Den femte disciplin' Peter Senge(Blackdiamonds))

Nogle af konsekvenser ved den lærende organisation er, at medarbejderne får anerkendelse for deres arbejde, at medarbejderens viden er vigtig for organisationen, at medarbejderne udvikles og motiveres gennem arbejdet, og at tilfredse medarbejdere giver gode produkter og tilfredse kunder. Men det betyder også, at organisationen er i konstant forandring, hvilket kræver god ledelse, formidling til medarbejdere, og tid, ligesom de mange forandringer kræver omstillingsparate medarbejdere. Ledelsesformen indebærer, at lederen skal være designer, fortæller og lærer, og give mulighed for refleksion, dialog og handling i organisationen, således at der kan ske læring

Nogle af kritikpunkterne til den lærende organisation er, at det kræver meget tid, både individuel og fælles tid, at skabe den lærende organisation. Desuden betyder arbejdet med nogle af disciplinerne, at den enkelte medarbejder og leder skal udstille manglende viden og sårbarhed (Hedelund 2009).

5.3 Læring

Argyris og Schöns synspunkt om, at læring er at rette registrerede fejl, er den dominerende i teorien om organisatorisk læring (Argyris, Schön 1996). Fejl defineres af Argyris og Schön som uoverensstemmelse (mis-match) mellem den plan eller intention, der ligger bag en handling, og resultatet af denne handling. Når sådanne fejl, eller overraskelser som Argyris og Schön kalder dem, opdages, går arbejdsflowet i stå, og på den baggrund opstår der overvejelser om, hvordan arbejdsflowet sættes i gang igen. Argyris og Schön kalder disse overvejelser for Inquiry. Sådanne overvejelser om løsningsmuligheder på 'overraskelsen' kan ske på både medarbejder- og organisationsniveau.

5.3.1 Theory-in-use og Espoused Theory

Argyris og Schön (Argyris, Schön 1996) beskriver, at en organisation har en 'beholdning af viden', der ligger til grund for de handlinger, medarbejderne i en organisation foretager. Denne 'organisationsviden' er repræsenteret forskellige steder, hos den enkelte medarbejder, i arkiver, i regulativer og politikker. Den er også repræsenteret i den måde, hvorpå organisationen udformer strategier til

udførelsen af komplekse opgaver, der tidligere er blevet udført anderledes. Dette kaldes af Argyris og Schön for theories of action og defineres således:

'We have chosen to represent such knowledge through what we call 'theories of action', which have the advantage of including strategies of action, the values that govern the choice of strategies and the assumptions on which they are based (Argyris, Schön 1996 p.13).

Theories of action forekommer ifølge Argyris og Schön (Argyris, Schön 1996) i to forskellige former. Espoused theory og theory-in-use. Espoused theory er en virksomheds vedtagne værdier, normer og referencerammer, som medarbejderne normalt vil henvise til, hvis de i en konkret situation bliver spurgt om de bagvedliggende grunde til deres handlingsmønstre. Theory-in-use er de teorier, der ligger implicit i de handlinger, der udføres. Argyris og Schön kalder dette for de anvendte værdier og handlingsmønstre, og beskriver disse som værende reelt styrende for de handlinger der udføres. Ofte er disse værdier og handlingsmønstre ubevidste, og analyser har vist, at medarbejderen ofte følger disse værdier og handlingsmønstre i deres problemløsning, og således afviger fra de vedtagne, altså organisationens espoused theory.

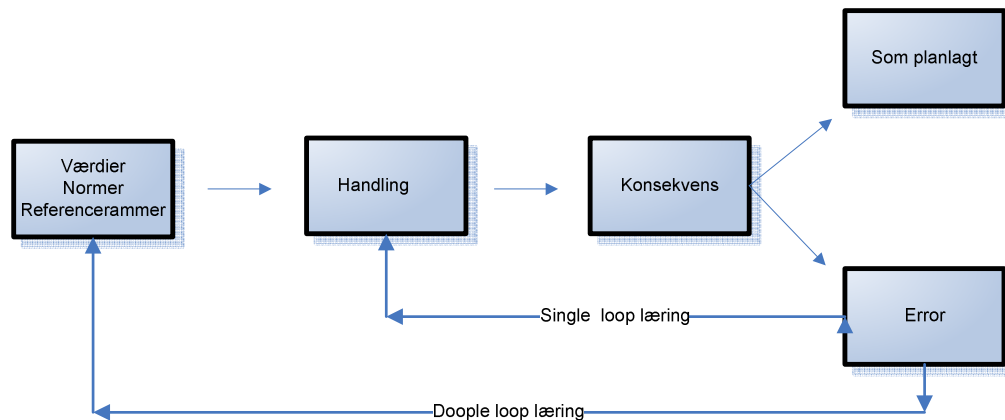
5.3.2 Single- og dobbeltloop læring

Argyris og Schön (Argyris, Schön 1996) har undersøgt organisationers evne til at lære, og slår fast, at organisationer ikke kan lære – det kan kun medarbejderne i organisationen. Men en organisation kan blive en lærende organisation, hvis den fremmer fælles læring i organisationen. Læring opstår som sagt, når en medarbejder oplever en fejl – et "mis-match" mellem det forventede output af en handling og det faktiske output. Medarbejderen anvender denne erfaring til at analysere, hvordan handlingerne kan korrigeres for at opnå det forventede resultat – og derved skabe et "match" mellem forventninger og output. Jørgensen og Rasmussen bruger her begrebet feedback – dvs. som refleksion over sammenhæng mellem intention, handling og konsekvenser, hvilket kan ske på

flere niveauer(Mølbjerg Jørgensen, Rasmussen 2005). Her beskriver Argyris og Schön to niveauer – single-loop og dobbelt-loop læring.

Ved single-loop læring fokuseres på at løse den konkrete opgave hurtigere og/eller med færre fejl i fremtiden. Single-loop læring kan være begrænset til at være den enkelte medarbejders læring, som ikke bringes videre i organisationen, men kan også deles med organisationen – f.eks. ved at medarbejderen ændrer den konkrete procedure for handlingen, så mis-match ændres til match. (Argyris, Schön 1996)

Hvis medarbejderen eller organisationen ud over at korrigere fejlen også analyserer de bagvedliggende årsager til den konstaterede fejl, kan selve organisationen udvikles til i fremtiden ikke at udvikle denne type af forkerte løsninger. Dette kalder Argyris og Schön for dobbelt-loop læring(Argyris, Schön 1996). Dobbelt-loop læring omfatter således, ud over ændringer af handlinger, også ændringer af de værdier og referencerammer, som arbejdet udføres under – og relaterer således til virksomhedens vedtagne værdier (espoused theories) og de anvendte værdier (theory-in-use). Her er det vigtigt at forholde sig netop til de anvendte værdier, da det er disse som styrer medarbejdernes faktiske handlinger. Den lærende organisation er således en organisation, som giver plads til både single-loop og dobbelt-loop læring – hvor man ud over at korrigere fejlen også stiller spørgsmålet 'hvorfor' organisationen producerer sådanne fejl (se figur 5). Argyris og Schön mener, at en organisation ved brugen af dobbelt-loop læring hele tiden vil justere sine grundlæggende antagelser, hvilket resulterer i en ændring af de udførte handlinger. Rolf Nikula(Nikula 1999) beskriver, at der ved dobbelt-loop læring i stedet for mindre justeringer ændres i de grundlæggende værdier, hvilket fører til ændringer i arbejdsgange og den måde, arbejdet er organiseret på.



Figur 5 Single- og dobbelt-loop læring (egen figur inspireret Argyris og Schön 1999))

5.3.3 Læring blandt højtuddannede

Chris Argyris beskriver i 'Teaching smart people how to learn'(Argyris 2008), at højtuddannede og dygtige fagfolk ofte er rigtig gode til single-loop læring, men sjældent er gode til dobbelt-loop læring. De mestrer en række intellektuelle discipliner, og kan anvende dem på problemer i den virkelige verden – men fordi de sjældent begår fejl, har de aldrig lært at lære af deres fejl, og går ofte i forsvarsposition når deres single-loop læringsstrategier ikke er tilstrækkelige. Det betyder, at i de situationer, hvor de har allermest brug for at lære, lukker de af for muligheden.

Argyris forsætter med at konstatere, at mange organisationer forsøger at skabe nye organisationsstrukturer for at motivere den enkelte medarbejder til mere læring. I hans undersøgelser var motivationen for læring meget stor, indtil det drejede sig om medarbejderens egen præstation - så gik udviklingen i stå. Argyris mener, at årsagen er, at medarbejderne bliver nervøse, når der skal ses på deres indsats med nye øjne, og der opstår en kognitiv barriere, der overskygger motivationen for læring. Det er derfor nødvendigt at lære medarbejderne nye måder at ræsonnere over deres handlinger.

5.4 Forandringsledelse

John P. Kotter har gennem mange år studeret, hvordan det gennem omstruktureringer, ændring af arbejdsgange, og ved kulturel fornyelse er muligt at implementere vellykkede ændringer i organisationer. Kotter beskriver en forandringsmodel bestående af otte trin, der skal gennemføres, før en forandring kan blive en succes, og mener, at når forandringer ikke lykkes efter hensigten, er det ofte fordi hele forandringsprocessen ikke er gennemført (Kotter 1999).

Ifølge Kotter er det vigtigt i forbindelse med forandringer at forstå:

- Hvorfor organisationer modsætter sig forandringer.
- Hvorfor og hvordan 8-trins processen skal gennemføres.
- Hvilken betydning lederskab i processen har.

Ved forandringsprocessen drejer det sig om at forstå, hvordan organisationsstrukturer og kulturer påvirker individerne i organisationen, og dermed også viden om og forståelse for, hvordan organisationen kan påvirke dette.

Ifølge Kotter skal de 8 trin, der kort beskrives nedenfor, følges i den nævnte rækkefølge, og samtlige trin skal medtages for at forandringsprocessen bliver en succes. Hvis et trin springes over eller forceres, vil det påvirke forandringsprocessen. Dog skal forandringsprocessen ses som en iterativ proces, hvor der ofte springes frem og tilbage mellem de forskellige trin. Overordnet er trin 1-4 optøning af organisationen til forandringen, trin 5-7 er indførelsen af de nye metoder, og trin 8 er forankringen i organisationen.

Kotter skelner mellem ledelse og lederskab i organisationen. Ledelse medfører forudsigelighed, og kan skabe kortsigtede gevinster ved hjælp af planlægning og budgettering, organisering og bemanding, samt styring og problemløsning. Lederskab medfører derimod forandring, og afføder ændringer i organisationen. Kotter beskriver det således:

"Lederskab er en samling processer, der først og fremmest skaber organisationer eller tilpasser dem til markant ændrede vilkår.

Lederskab definerer, hvordan fremtiden bør se ud, får medarbejderne til at slutte op bag den vision, og inspirerer dem til at realisere den trods forhindringer"(Kotter 1999 p.32).

Ved lederskab er de vigtigste elementer motivation, inspiration, samt opbakning til ændringer. Ifølge Kotter er vellykket forandring betinget af 70-90 % lederskab og 10-30 % ledelse. Kun lederskabet kan motivere til de handlinger, der er nødvendige for at ændre adfærd og efterfølgende forankre ændringerne i organisationen.

5.4.1 Kotters 8 trins forandringsproces

1. Etablering af en oplevelse af nødvendighed

Det er nødvendigt, at medarbejderne erkender, at der er et behov for ændring, for at opnå motivation til samarbejde omkring forandringen. Kotter beskriver, at hvis medarbejdere er for selvtilfredse, ser de ingen grund til forandring. Organisation kan, for at fremprovokere en følelse af nødvendighed, fremkalde en "kunstig krise", hvorved medarbejderne oplever, at der reelt er behov for ændringer. Hvis organisationen forsøger at reducere medarbejdernes selvtilfredshed, er der risiko for konflikter, og for at der opstår en følelse af frygt hos medarbejderne. Oplevelsen af nødvendigheden af forandringer afhænger i høj grad også af både leder og mellemlederes indstillinger til ændringer.

2. Oprettelse af den styrende koalition

Kotter kalder det team, der skal implementere forandringen, for den styrende koalition, og stiller følgende krav til temaets kvaliteter:

- Det skal bestå af personer, der har evner for lederskab og ledelse, samt personer der har en stærk formel indflydelse, høj troværdighed og er eksperter i området.

- Teamets arbejde skal være baseret på tillid og fælles mål, hvor målene skal være rationelt fornuftige og samtidig appellere følelsesmæssigt til organisationen.

3. Udvikling af en vision og en strategi

Visionen er et billede af, hvad der stræbes efter i fremtiden. Formålet med visionen er at præcisere den generelle kurs for forandringen, motivere medarbejderne til initiativ og koordinere handlinger. En god vision kan bidrage til, at medarbejderne overvinder deres uvilje, og skal være enkel og kunne formidles på få minutter. Det er kendetegnende for udviklingen af visionen, at én eller flere personer er katalysatorer, hvorefter den styrende coalition og andre (fx medlemmer af organisationen) involveres og påvirker udkastet til visionen. Samarbejde er væsentligt, og processen med at udvikle visionen er iterativ.

4. Kommunikation af forandringsvisionen

At acceptere en ny vision er både en intellektuel og følelsesmæssig udfordring, fordi den enkelte medarbejder erfaringsmæssigt vil sætte spørgsmålstegn ved, hvad det betyder for ham / hende. Kotter siger om formidlingen af forandringsvisionen at:

- Den skal være enkel, uden fagjargon og gerne formidles i billeder/historier eller metaforer.
- Den skal gentages mange gange, og helst på flere forskellige måder og forskellige steder, både formelt og uformelt.
- Ledere og andre personer med indflydelse skal være det gode eksempel.
- Tovejskommunikation er vigtigt, dvs. der skal være mulighed for diskussion i forbindelse med formidling af visionen.

5. Styrkelse af medarbejdernes kompetencer

Det er af stor betydning, at medarbejderne har de rette kompetencer til at gennemføre forandringerne, da medarbejderne ellers vil føle sig magtesløse. For at sikre at medarbejderne kan udvikle deres kompetencer, skal der fjernes evt. barrierer, der hindrer dette. Barrierer kan være organisationsstrukturen,

ansvarsfordeling i organisationen eller opsplitting af ressourcer og ansvar. Det er ligeledes af stor betydning, at ledelsens indstilling til udvikling af kompetencer er positiv.

6. Generering af kortsigtede gevinster

Der skal udvælges nogle kortsigtede mål, der kan opfyldes og evalueres indenfor kort tid. Opnåelse af de kortsigtede mål har flere formål: at medarbejderne indser, at deres indsats ikke er forgæves, at give skulderklap til de, der fører an i forandringsprocessen, at justere vision og strategi, at omvende skeptikere til tilhængere, at undgå, at negative medarbejdere får mulighed for at blokere fremdriften, og at signalere opadtil i organisationen, at man er på rette vej. Kortsigtet pres kan være en måde at opretholde oplevelsen af nødvendighed, og derfor skal ledelsen til stadighed blive ved med at kommunikere vision og strategi. Her har ledelsen også et ansvar, da det er ledelse, der skaber de kortsigtede mål.

7. Konsolidering af resultater og produktion af mere forandring

Udfordringen ved konsolideringen af resultaterne kan være den indbyrdes afhængighed, der er i organisationen, altså at ændringer i ét element kræver ændringer i andre elementer. For eksempel organisationsstruktur, organisationskultur, personalevaner, forhold til kollegaer og arbejdsledere. Det kan derfor være nødvendigt at ændre andre systemer i organisationen, fx uddannelsesprogrammer, normering m.m. for ikke at fastlåse og begrænse forandringsprocessen. Disse ændringer kræver lederskab, for selvom der ved kortsigtede gevinster er skabt succes, er det vigtigt at tænke langsigtet, sørge for at forandringerne forankres, og at de kortsigtede gevinster stimulerer til yderligere forandring.

8. Forankring af nye fremgangsmåder i kulturen

Kulturen i organisationer er baseret på adfærdsnormer og fælles værdier i organisationen, og ofte har medlemmerne en stærk følelsesmæssig tilknytning til organisationen. Kotter skriver omkring forankringen, at: *"Jo bedre man forstår den eksisterende kultur, desto lettere kan man finde ud af, hvordan man kan forstærke*

oplevelsen af nødvendighed, etablere den styrende coalition, forme visionen osv(Kotter 1999 p.195)."

Kulturen ændres, når medarbejdernes holdninger ændres, og når den nye adfærd har resulteret i en fordel gennem længere tid, så medarbejderne har set forbindelsen imellem de nye handlinger og præstationsforbedringerne. Kotter skriver, at den nye praksis skal hjælpes med at slå rødder, der er dybe nok til at kunne nå helt ned til den basale kultur eller stærke nok til at erstatte den.

Teorien er bl.a. blevet kritiseret for udelukkende at beskrive, hvad organisationen bør gøre, men ikke, hvordan den gør det(Kristiansen). Ligeledes udtrykkes der skepsis overfor fasemodellens generelle egnethed, idet den bedst kan anvendes i overskuelige og relative stabile organisationer(Jensen).

6. Præsentation af resultater fra observationsstudie

I dette afsnit præsenteres resultaterne fra observationsstudiet i del 1. Først beskrives, hvordan observationerne blev udført, og derefter præsenteres de analyserede og tolkede data fra observationerne. Til sidst besvares problemformuleringen *Hvordan kommer data fra EPJ til NIP databasen og hvad sker der med data, når de overføres EPJ til NIP databasen?*

6.1. Udførelse af observation

Der blev rettet henvendelse til to registreringsansvarlige, en for NIP apopleksi og en for NIP hoftenære frakturer, som begge sagde ja til at deltage i observationen.

Herefter blev der aftalt et første møde, hvor observatøren ved en uformel snak fik et indtryk af, hvordan arbejdet med indberetninger af data til kvalitetsdatabaser foregik. Oplysningerne fra dette møde blev brugt i det videre arbejde med design af observationsstudiet, hvilket bl.a. resulterede i en opdeling af observationsskemaet i emner, og udarbejdelse af uddybende spørgsmål. Ved mødet blev tidspunktet for observationen af indberetninger samtidig aftalt.

Der blev i alt udført to observationsstudier. Et af en indberetningsansvarlig, der indberetter data for sygdomsområdet Hoftenerer frakturer på OUH, og et af en indberetningsansvarlig, der indberetter for sygdomsområdet Apopleksi på Regionshospitalet Viborg. Der blev observeret indberetning på henholdsvis 5 og 9 patienter.

Observationerne blev udført af to forskellige observatører, der hver udførte et observationsstudie på det sygehus, de er ansat. Ved det ene observationsstudie kendte observatøren ikke informanten, ved det andet kendte observatøren og informanten hinanden. Fælles for observatørerne er, at de begge kender til NIP databaser og de data der skal indberettes, ligesom de begge er tidligere klinikere, der nu arbejder med sundhedsinformatik, især EPJ.

De to indberetninger foregik under vante forhold – dvs. med de artefakter og på de lokationer, der normalt benyttedes. Begge informanter indvilligede i, at al tale blev optaget på mp3, og at der blev taget billeder undervejs i indberetningen. Informanterne blev bedt om at sætte ord på de handlinger, der blev udført, i så vid udstrækning som muligt.

For hver indberetning blev anvendt et nyt eksemplar af observationsguiden (se bilag 1). På den måde kunne de enkelte observationer holdes adskilt. Det viste sig, at data for fokusområderne 'inddata' og 'indberetning' i langt de fleste tilfælde var gennemgående ved alle indberetninger, hvorfor observatørerne ikke noterede data under disse punkter for alle indberetninger. Derimod var observationsguiden en god guide og artefakt til dokumentation af data fra fokusområdet 'genfinde data'.

Med hensyn til de forberedte spørgsmål, blev de fleste besvaret i løbet af den samtale, der kom til at foregå under observationerne.

Observatørerne bestræbte sig under observationerne på at forholde sig så neutrale og 'stille' som muligt og bare være 'flue på væggen', for at påvirke indberetningen mindst muligt. Det lykkedes i stor udstrækning at observatøren således ikke interfererede med observanden, men da informanten samtidig var blevet bedt om at tænke højt, affødte det ind imellem afklarende spørgsmål fra observatøren, ligesom det lejlighedsvist var nødvendigt at 'prompte' informanten til at sætte ord på handlinger.

Efter observationen blev der foretaget en kort debriefing, hvor observatøren blandt andet fik spurgt ind til eventuelle tvivlsspørgsmål og sikrede sig, at der ikke manglede svar på de opstillede spørgsmål, ligesom informanten kunne tilføje kommentarer.

6.1.1 Arbejdsgange ved indberetninger af data

For at kunne danne sig et indtryk af arbejdsgangen for de to informanter, beskrives disse kort herunder.

Arbejdsgang for indberetning af patienter med hoftenære frakturer

Informanten, der er lægesekretær, printer en liste over patienter med de inkluderede diagnosekoder ud fra det patientadministrative system (PAS). Listen indeholder de patienter, der er udskrevet i en periode på 2 uger. Indberetningerne samles således sammen for en længere periode og indberettes samlet.

Ud over patientens CPR nummer indeholder listen det, der er kodet i PAS på det tidspunkt, indberetningen foregår. Disse koder skal indberettes, men udover disse oplysninger skal informanten også søge efter oplysninger i EPJ.

Under indberetningen bruger informanten et papirskema 'Tjekliste NIP-hofteære frakturer' (se bilag 5), hvor de relevante koder kan afkrydses. Dette skema udfyldes løbende i hånden for hver patient, der er på den printede liste.

På skemaet 'Tjekliste NIP-hofteære frakturer' skrives først patientens CPR nummer fra listen fra PAS. Herefter tjekkes, hvilke koder der allerede er registreret på patienten på listen fra PAS, for eksempel diagnosekode eller operationskode, da disse oplysninger så ikke skal findes andre steder. Herefter finder informanten data i EPJ eller i PAS systemet. Hvis der mangler data, som en læge skal tage stilling til, markeres de manglende data på indberetningsskemaet, der derefter lægges til en læge.

Når indberetningen for den enkelte patienter er udført, dokumenterer informanten i et Excel-ark for på pågældende måned, om data på patienten er indberettet til LPR, eller om skemaet er lagt til en læge, der skal finde de manglende oplysninger.

Det er ikke en bestemt læge, der har ansvaret for at tage stilling til de manglende data, der lægges til dem. For at sikre fremdrift i processen er det ind imellem nødvendigt, at informanten finder en læge, der kan tage stilling til de manglende data. Når de manglende data er fundet og dokumenteret på skemaet, lægges disse til sekretæren, der herefter indberetter data til Landspatientregistret (LPR).

Arbejdsgang for indberetning af patienter med apopleksi

Når en patient med diagnosen apopleksi udskrives fra afdelingen, lægges Registreringsskemaet NIP-apopleksi (se bilag 6) og papiret med SSS-score (se bilag 7) i et dueslag med et plastikchartek for hver patient. Udfyldelsen af papirerne er påbegyndt ved patientens indlæggelse, hvor lægen typisk registrerer de lægelige oplysninger på NIP skemaet i forbindelse med journaloptagelse.

Informanten, der er sygeplejerske, starter med at gennemgå NIP papirerne for manglende oplysninger. De manglende oplysninger findes ved opslag forskellige steder i EPJ, og skrives på NIP papirerne. Når alle oplysninger er registreret på papiret, er det papiret, der anvendes, når der skal indberettes i Klinisk Målesystem (KMS). De eneste oplysninger, der ikke skrives på NIP papirerne, er oplysninger om SSS-scoren, som i stedet findes på et særskilt stykke papir i chartekket, hvorfra de skrives direkte i KMS.

Er der oplysninger, der mangler eller giver anledning til usikkerhed, skrives dette på NIP-skemaet, hvorefter dette går tilbage til udskrivende læge med henblik på afklaring. Lægen undersøger de oplysninger, der skal afklares eller mangler, noterer det på papirerne, og lægger dem i dueslaget igen. Næste gang informanten skal indberette til NIP databasen, bliver de patienter, hvis papirer er kommet retur, indberettet til NIP.

Når alle papirer i dueslaget er gennemgået og NIP-skemaerne udfyldt, begynder informanten at indtaste data herfra i KMS. Når data for patienten er indberettet, sættes papirerne i en mappe.

6.2 Udførelse af analysen

Ud fra de observationsskemaer, der blev udfyldt under observationsstudierne, blev de registrerede observationer fra de to undersøgelser samlet i et skema under de opstillede fokusområder og emner. Herefter blev disse gennemlæst for at få indtryk af hvilke temaer, der fandtes i materialet.

Ved en sådan gennemlæsning er det ifølge Malterud vigtigt at lægge forforståelse og referenceramme fra sig og være åben overfor, hvilke temaer, der intuitivt dukker op (Malterud 2003). Efter denne første gennemlæsning fremstod følgende temaer:

- Datalagring
- Genfinding af data
- Indberetning til NIP
- Validering af data / kontrol af data
- Ansvarsfølelse
- Registreringsansvarliges kompetencer og rolle
- Indberetning kræver kendskab til EPJ.

Herefter blev de data, der gav viden om et eller flere af temaerne identificeret, hvorefter disse blev kodet.

Kodning indebærer en systematisk dekontekstualisering, hvor dele af teksten hentes ud fra sin oprindelige sammenhæng for senere at kunne læses i sammenhæng med beslægtede tekstelementer. I dette projekt blev beslægtede observationer sorteret i grupper, og efter flere gennemgange fremstod følgende koder:

- Artefakter
- Fremsøgning af NIP indikatorer
- Registreringsansvarlig.

Disse tre koder danner rammen for præsentationen af de analyserede og tolkede data i næste afsnit. Det dekontekstualiserede materiale var endvidere grundlag for det videre arbejde med at opdele hver enkelt kodegruppe i subgrupper.

Undervejs i analysearbejdet er det forsøgt at sikre, at observationerne er entydige i forhold til subgrupperne ved at tjekke de registrerede data i observationsskemaerne.

Til sidst blev materialet rekontekstualiseret ved at de registrerede data blev sammenfattet til en indholdsbeskrivelse for hver kode. Efter udarbejdelsen af indholdsbeskrivelserne, blev det via observationsskemaerne sikret, at indholdsbeskrivelserne kunne føres tilbage til datagrundlaget.

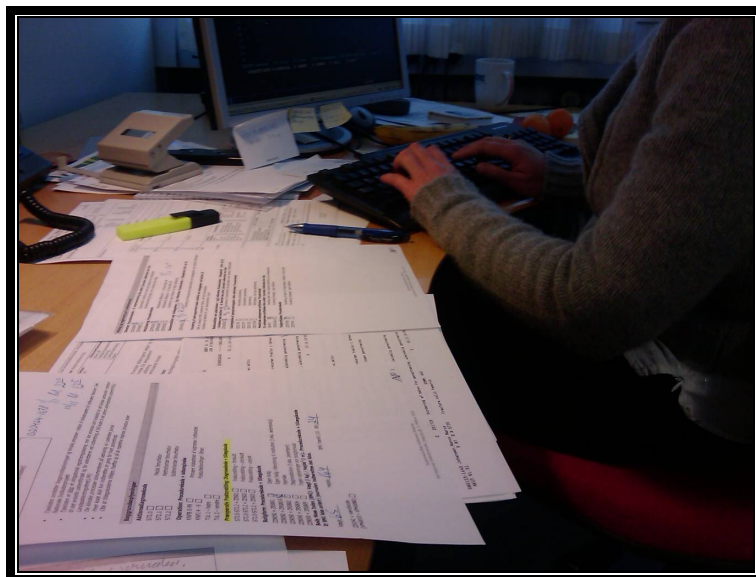
De nævnte koder 1) artefakter, 2) fremsøgning af NIP indikatorer og 3) registreringsansvarlig, danner rammen for præsentationen af de analyserede og tolkede data, der ses i næste afsnit.

6.3 Præsentation af data

I dette afsnit præsenteres de analyserede og tolkede data.

6.3.1 Anvendelse af artefakter

Data findes og indberettes ved brug af pc, men det primære arbejdsredskab er for begge informanter et papirskema. Her skrives alle oplysninger, der skal indberettes til NIP, i hånden af informanten, hvorefter de indtastes til NIP databaserne. Oplysninger findes i EPJ og PAS. Selve indberetningen foregår i begge tilfælde ved, at informanterne har de udfyldte papirskemaer ved siden af sig, og derefter indtaster data i henholdsvis KMS og PAS. Figur 6 viser at der forsat anvendes papir ved indberetningen til NIP hoftenære frakturer.



Figur 6 Indberetningen af data til NIP Hoftenære frakturer

For at have overblik over, hvilke patienter der skal indberettes, har den ene informant en printet liste fra PAS med de patienter der har en inklusionsdiagnose. Denne informant skaber via et -regneark også overblik over, hvorvidt patienten er færdigindberettet, eller papirerne er overdraget til en læge på grund af manglende oplysninger. Den anden informant har et dueslag, hvor udskrevne patienter, der har været indlagt med diagnosen 'Obs. Apopleksi' hver har et plastikchartek med NIP papirerne i. Tabel 1 viser, hvilke artefakter der anvendes ved indberetningen af data.

Hofte­nære frak­tu­rer	Apopleksi
Papir	
Liste over patienter med inkluderende diagnosekode	Registreringsskema NIP apopleksi
Tjekliste NIP-hofte­nære frak­tu­rer'	Papir med SSS score
Excell-regneark med oplysninger om hvorvidt data på patienten er indberettet til LPR eller om skemaet er lagt til en læge, der skal finde manglende oplysninger.	
Elektroniske artefakter	
PAS system	KMS
EPJ	EPJ

Tabel 5 Artefakter der bruges ved indberetning

Observationerne viser, at der anvendes flere papirartefakter til datalagring og indberetning (jf. tabel 5). Det kan skyldes at arbejdsgangen ikke er blevet ændret, eller at informanten oplever det som nemmere at skabe overblikket med papir, og at det giver en vis tryghed at have et stykke papir, der kan findes frem.

Anvendelsen af papirartefakter i forhold til indberetning øger risikoen for transskriptionsfejl, enten ved at det ikke er de rigtige data der indberettes, eller at papiret forsvinder, således at indberetningen slet ikke sker. Ligeledes kan data ændre sig efter en liste er udskrevet, idet data udskrevet fra elektroniske medier kan være forældede, så snart de udskrives. På den anden side kan papirlister og skemaer sikre et overblik over, hvilke patienter der skal indberettes, og hvilke der mangler.

6.3.2 Fremsøgning af NIP data

I processen med at fremsøge og indberette NIP data er der observeret forskellige metoder:

- Data findes umiddelbart
- Der ledes efter data
- Data tolkes
- Data skal findes eller valideres af læge
- Data er ikke dokumenteret

I løbet af observationerne viste det sig, at informanten har en arbejdsgang og en erfaring, der gør, at informanten ved, hvor mange af data skal findes. For eksempel finder informanten hurtigt og nemt diagnosen i henholdsvis EPJ og PAS systemet, og patientens højde og vægt, som findes i EPJ. For begge informanter vedkommende var der aftaler mellem afdelingen og informanten om, hvor nogle af data skulle dokumenteres.

Det er tydeligt, at i de tilfælde, hvor data er dokumenteret som aftalt, findes data hurtigt og nemt. Det er bemærkelsesværdigt, at nogle data stort set altid er dokumenteret, og at disse data ofte er dokumenteret af plejepersonalet, og ofte er

dokumenteret på alle patienter uanset diagnose. Dette indikerer, at det er vanskeligt at opsamle data til særlige sygdomsområder, hvis de ikke er en naturlig del af det daglige journaloptag. Dette afspejles ligeledes i, at der i de tilfælde, hvor patienten ikke indlægges direkte på den indberetningsansvarlige afdeling, mangler data.

Andre aftaler om dokumentationen af data er mere uformelle. For eksempel er der en aftale om, at hvis det af ordinationslisten i EPJ fremgår, at der er ordineret Uni-kalk, betyder det, at der er iværksat osteoporose-profylakse. Ligeledes er det en aftale, at hvis patienten er indlagt via Skadestuen, er faldprofylaksen vurderet her, også selvom det ikke er dokumenteret.

De uformelle aftaler giver risiko for fejl eller bias. For eksempel kan man ved aftalen omkring Uni-kalk på ordinationslisten risikere, at der er ordineret et andet præparat, hvilket den registreringsansvarlige ikke nødvendigvis får besked om eller kender til. Ligeledes er det tvivlsomt, om alt personalet på skadestuen husker eller kender aftalen omkring faldprofylakse i forhold til lige netop dette sygdomsområde.

På andre områder findes data ikke umiddelbart, hvilket betyder, at der ledes efter dem. Informanten skimmer gennem de forskellige notater skrevet af læger, plejepersonaler og terapeuter, og ser også i PAS system og i nogle tilfælde på papirskemaer. En af informanterne fortæller, at hun, når hun skimmer igennem en patients journal efter en bestemt oplysning, også er opmærksom på om nogle af de øvrige data, hun ved også skal indberettes, er indberettet.

Det er forskelligt, hvilke data der ledes efter, men en af de gennemgående data er oplysninger om smerter, hvor fysioterapeutens notater skimmes, ligesom der ofte ledes efter oplysninger om frakturstillingen.

I et par tilfælde, hvor der ledes efter data, skyldes det, at patienten ikke er indlagt på apopleksiafsnittet fra starten, og de pleje / behandlingstiltag, der skal ske i den akutte fase, er derfor slet ikke udført.

Informanterne bruger en del tid på at lede efter data, der ikke umiddelbart kan findes. I nogle tilfælde tager det op til ¾ time før alle data, der skal indberettes på en enkelt patient, er fundet.

Det store tidsforbrug til at søge efter data i journalen opstår, fordi data ikke er dokumenteret som aftalt, også selv om der på det ene hospital er udviklet en funktionalitet i EPJ, hvor data til indberetning præsenteres samlet. Det indikerer, at de medarbejdere, der indsamler og dokumenterer data, enten ikke har kendskab til, eller ikke er bevidste om betydningen for den videre indberetning af at der er dokumenteret korrekt.

Når data ikke umiddelbart kan findes og ikke står eksplicit i de artefakter, der anvendes til datalagring, tolker informanten i nogle tilfælde på baggrund af de data, der er dokumenteret. For eksempel findes oplysninger om, hvorvidt mobilisering er sket indenfor eller efter 24 timer, ved at sluttidspunktet for operationen sammenlignes med tidspunktet for fysioterapeutens notat om mobilisering af patienten. I et tilfælde er der 24 timer og 9 minutter imellem disse registreringer, men informanten ræsonnerer sig frem til, at fysioterapeuten nok ikke har udført tidstro registrering og derfor har skrevet notatet senere end patienten er mobiliseret. Informanten vælger at indberette, at mobilisering er sket indenfor 24 timer efter operationen. Ved en anden patient mangler der oplysninger om diabetes. Her konkluderer informanten ud fra 2 normale blodsuktermålinger, at patienten ikke har diabetes. I forhold til data om atrieflimren tolker informanten flere gange på baggrund af oplysninger fra telemetrien, at patienten har sinusrytme og derfor ikke har atrieflimren. Dette sker til trods for at telemetrien udelukkende er et øjebliksbillede, hvorfor patienten kan have haft atrieflimren på et andet tidspunkt under indlæggelsen.

De tolkninger informanterne foretager, medfører stor risiko for, at der indberettes forkerte data, og det kan undre, at de ikke gives videre til den læge, der mangler at dokumentere disse. To almindelige blodsuktermålinger kan lige så godt være et resultat af en velreguleret diabetes, som det kan være tegn på ingen diabetes. Det tyder på, at den registreringsansvarlige ikke er bevidst om eller ved, hvilke konsekvenser registreringen har for datakvaliteten. Under alle omstændigheder er der ingen aftaler eller retningslinjer for disse tolkninger, og disse afhænger helt af den registreringsansvarliges egne grænser. Dette kan være udtryk for en kultur, hvor lægerne har travlt og kan være svære at få fat i, eller at den registreringsansvarlig gerne vil klare så meget som muligt selv. En anden mulighed er, at ledelserne er uvidende om, hvordan indberetningen foregår, og derfor ikke stiller krav om korrekt dokumentation af data.

I de tilfælde, hvor data ikke er dokumenteret, eller hvor informanten ikke selv tolker på data, bliver en læge bedt om at tage stilling til de manglende data eller validere de data, som informanten er i tvivl om. På det ene sygehus er der en fast aftale om, at de data der skal tages stilling til, markeres på indberetningsskemaet og lægges i en bunke, som en læge gennemgår ved lejlighed. På det andet sygehus henvender informanten sig enten til en læge, der tilfældigvis er til stede, eller lægger indberetningsskemaet til den læge, der har udskrevet patienten. Det er udelukkende lægefaglige data, der på denne måde forsøges indhentet efterfølgende. Der findes ingen retningslinje for, hvornår informanten tolker data, og hvornår en læge bliver bedt om at tage stilling til manglende data.

Da det ikke nødvendigvis er den læge, der har set patienten, der nu skal tage stilling til de manglende data, giver det risiko for, at data tolkes af lægen, eller at data ikke kan indberettes, da de oplysninger, der skal bruges, ikke nødvendigvis er dokumenteret. At det er tilfældigt, hvilken læge der skal tage stilling til de manglende data, kan også have den konsekvens, at ingen tager stilling, fordi 'alles ansvar er ingens ansvar', hvorved indberetningen forsinkes.

I mange af de tilfælde, hvor data enten ikke er dokumenteret eller hvor informanten ikke kan finde dem, vælger informanten at indberette det som uoplyst. En af informanterne foretrækker at indberette data som 'uoplyst' i stedet for 'nej', da det så ikke tæller som forsømmelse i indberetningen.

Der er også forskel på, hvilke data der prioriteres at finde eller få en læge til at tage stilling til. For eksempel indhentes der ikke efterfølgende data om prognostiske faktorer, da disse ikke tæller med som manglende indberetning.

Den manglende opsamling på prognostiske faktorer er uhensigtsmæssig i forhold til kvalitetsudvikling, idet disse kan anvendes til at belyse, om for eksempel høj mortalitet skyldes de prognostiske faktoreres påvirkning af patienten eller dårlig behandling på afdelingen. Den manglende motivation til dokumentation af prognostiske data kan også skyldes manglende viden hos lægen og/eller den registreringsansvarlig om vigtigheden af disse, eller manglende ansvarsfølelse for opgaven at samle et komplet datasæt.

At der bruges meget tid på at finde data, og at der i vid udstrækning foregår en tolkning af data, tyder på, at hverken ledelse eller de medarbejdere, der dokumenterer data, er klar over, hvilke konsekvenser det har, når data ikke er dokumenteret korrekt. Altså en ineffektiv arbejdsgang og dårlig datakvalitet.

6.3.3 Registreringsansvarlig

Observationerne gav et indtryk af, hvordan de registreringsansvarlige arbejder med data, hvilket beskrives i det følgende. Det drejer sig om den registreringsansvarliges ansvarsfølelse, kompetencer, arbejdsbetingelser samt valideringen af data i forbindelse med NIP indberetning.

Begge informanter er opmærksomme på, at det skal være korrekte data der indberettes, og udviser på mange områder stor ansvarlighed i forhold til indberetning af data. Således oplyser den ene informant, at det er svært at skrive, at der er foretaget faldprofylakse, når det ikke kan læses direkte i journalen men

forventes gjort ud fra de aftaler, der er lavet med Skadestuen herom. Ligeledes finder den ene informant det svært at skrive, at indikatoren ikke er opfyldt, da det er udtryk for forsømmelse, men informanten gør det, hvis oplysningerne ikke kan findes.

Informanterne føler ikke samme ansvar for alle data. For eksempel mener en informant, der er sygeplejerske, at det er lægernes eget ansvar, at data er til rådighed, og hvis der for eksempel mangler oplysninger om de prognostiske faktorer, gøres der ikke noget for at finde dem, da de ikke tæller med i tilbagemeldingerne fra NIP. Denne informant taler om "deres" (lægers og terapeuters) og "vores" (plejepersonalets) registreringer, og giver udtryk for, at kun plejepersonalets registreringer er hendes ansvar. På samme måde fortæller en informant, at hun ikke føler sig ansvarlig for, at data bliver dokumenteret i EPJ, kun at de data der er dokumenteret på papiret, bliver tastet korrekt ind.

Informanternes erfaring som registreringsansvarlige kommer til udtryk bl.a. ved at de validerer data i forbindelse med både fremsøgning og indberetning. Den ene informant sammenholder alle patienters indlæggelsestidspunktet med datoen for dysfagiscreening og ernæringsscreening. Ligeledes er der oplysninger, informanten sætter spørgsmålstegn ved og undersøger yderligere ved at læse journalteksten i EPJ. Således har den ene informant en patient, hvor operationsdato ikke er angivet, og ved læsning i EPJ viser det sig, at patienten ikke skal indberettes fra denne afdeling, men fra det hospital, hvor patienten er opereret.

Systemet validerer de indtastede oplysninger på forskellig vis. For den informant, der indberetter i PAS, vil en ikke-eksisterende kode vises med rødt, og indberetningen kan ikke afsluttes. For informanten, der indberetter i KMS, vises i forudfyldte combibokse, hvilke koder der kan vælges imellem, og indberetningen kan først afsluttes, når alle data er registreret.

Ved begge observationer træder det tydeligt frem, at faglige kompetencer har betydning, når der skal fremsøges data. Det viser sig bl.a. ved, at begge informanter ud fra oplysninger i journalen kan udlede, hvad der skal indberettes jvf. det tidligere beskrevne om tolkning af data.

Der gives ikke nogen særlig uddannelse til de registreringsansvarlige, idet begge er oplært af kollegaer, der har varetaget funktionen før dem.

Den ene informant skal ikke videreformidle resultaterne fra NIP, men håber, at det på et tidspunkt bliver sådan, at den registreringsansvarlige får tildelt større kompetence og derved kan gå tilbage til dem, der ikke registrer ordentligt, og bede dem om at gøre det bedre.

Kendskab til brugen af EPJ er en væsentlig faktor, når der skal findes data i EPJ. For den ene informants vedkommende er det muligt at anvende en funktionalitet i EPJ, hvor alle data, der skal indberettes til NIP, præsenteres, uanset hvor de er skrevet i EPJ. Informanten ved, at funktionaliteten eksisterer, men der gøres kun brug af funktionen ved den første patient i observationen. Den anden informant udviser flere gange betydeligt manglende kendskab til EPJ, hvilket betyder, at der bruges meget tid på at finde data, ligesom der er data, informanten på grund af det manglende kendskab til EPJ ikke finder, selv om de findes i EPJ.

Den ene informant har fået afsat 2 arbejdsdage hver måned til indberetninger, mens den anden indpasser indberetningerne i sin vanlige arbejdsdag. Det gælder for begge informanter, at de samler indberetningerne og indberetter for flere patienter ad gangen. For begge informanter gælder, at der er ro under indberetningen, selvom der er flere omkring dem i lokalet. Det virker, som om der er en vis respekt omkring, at de ikke skal afbrydes. Hos den ene informant passer kollegaer telefonen, og de forstyrrer kun informanten med korte beskeder eller spørgsmål.

Den ene informant har ansvaret for at videreformidle tilbagemeldinger fra NIP sekretariatet til medarbejderne i afdelingen. Da det at være registreringsansvarlig ikke lønnes økonomisk, overvejer denne informant, om det er umagen værd, da det kan være svært som kollega at formidle mangelfulde resultater, og det kun forbedrer indberetningerne kortvarigt.

De registreringsansvarliges holdning til prognostiske faktorer, deres opfattelse af 'vores og deres' data, af 'uoplyst' versus 'nej', og de mange tolkninger, kan tolkes som manglende ansvarlighed i forhold til indberetning af data. Dette harmonerer imidlertid ikke med den megen tid, der bruges på at lede efter data. En anden grund kan derfor være manglende viden om vigtigheden af at indberette korrekte data. Altså at den registreringsansvarlige ikke har tilstrækkelig viden om konsekvenserne af mangelfuld indberetning, og derfor ikke får ejerskab til opgaven. Samtidig betyder den registreringsansvarliges mangelfulde kendskab til EPJ, at ikke alle data findes hver gang. Set i lyset af hvor vigtig den registreringsansvarliges kompetencer og handlemåder er, er det vigtigt, at denne uddannes til opgaven, og at ledelsen har fokus på opgaven og anerkender arbejdet. Det vil øge ejerskabet og ansvarligheden omkring opgaven.

6.4 Sammenfatning og konklusion på observationsstudiet

Undervejs i processen med opsamling af data, fremsøgning af data og indberetning af data, er der risiko for

- At der sker transskriptionsfejl
- At data (papir) bliver væk
- At der skal ledes efter data
- At data skal tolkes
- At læger efterfølgende skal bruge tid på at finde og evt. tolke data
- At data påvirkes af den registreringsansvarliges kompetencer

Det har til konsekvens, at data er påvirket af bias, og derfor ikke kan anses for at være valide, med dårlig datakvalitet til følge.

Det ser således ud til, at det har meget stor betydning for indberetningen til NIP databaser:

- At data dokumenteres struktureret
- At der er aftaler om, af hvem og hvor data dokumenteres
- At data kun dokumenteres et sted - i EPJ
- Hvilke kompetencer, den registreringsansvarliges besidder.

7. Præsentation af resultater fra interviewundersøgelse

I dette afsnit præsenteres resultaterne fra interviewundersøgelsen i del 2. Først beskrives, hvordan interviewene blev udført, og derefter præsenteres de analyserede og tolkede data fra interviewene.

Citaterne er gengivet ordret efter transskriptionen, og der forekommer derfor gentagelser, ukorrekt ordstilling mm.

7.1 Udførelse af interviews

Der blev indgået aftale med ortopædkirurgisk afdeling på OUH om gennemførelse af interviews (se bilag 9). Afdelingen har anvendt EPJ siden marts 2008 og anvender funktionaliteten, hvor data til indberetning til NIP hoftenærer frakturer præsenteres samlet.

7.1.1 Sample

Der blev gennemført i alt 6 interviews blandt læger på ortopædkirurgisk afdeling. 4 af informanterne blev tilfældigt udvalgt ud fra de opstillede kriterier:

- Både mænd og kvinder
- Læger der har meget erfaring med at dokumentere
- Læger der ikke har særlig meget erfaring med at dokumentere
- Læger der har været ansat på afdelingen længere tid (over 2 år)
- Læger der har været ansat på afdelingen kort tid (under 1 år)
- Læger der har forskellige holdninger til at dokumentere og til EPJ.
- Læger der kender til, og læger der ikke kender til NIP indberetninger

En sekretær fra den ortopædkirurgiske afdeling valgte 4 læger fra hver kategori, altså 16 læger i alt. Herefter blev den første læge på listen fra hver kategori kontaktet for at lave en aftale. Udover disse 4 læger havde den overlæge der var min kontaktperson, udvalgt en overlæge, der er ressourceperson i forhold til EPJ. Interviewet med den ledende overlæge kom i stand ved personlig henvendelse. Det var blevet meddelt på lægernes morgenmøde, at de så vidt muligt skulle

deltage i interviewet, og det var aftalt med den ansvarlige overlæge, at interviewene kunne foregå i lægernes arbejdstid. De interviewede læger har været uddannet mellem ½ og 27 år. De fordeler sig som følgende.

1. Turnuslæge – uddannet i ½ år
2. Turnuslæge - uddannet i 2 år
3. Læge halvvejs i speciallægeuddannelse - uddannet 5 år
4. Speciallæge og Ph.d. - uddannet i 11 år
5. Overlæge - uddannet i 27 år
6. Ledende overlæge

Intervieweren havde ikke tidligere mødt de 4 førstnævnte læger, men har tidligere samarbejdet med de to sidstnævnte læger omkring implementering af EPJ på afdelingen.

7.1.2 Interviews

Der blev udført et pilotinterview af en yngre læge, der tidligere har været på den ortopædkirurgiske afdeling. Pilotinterviewet foregik, ved at spørgsmålene blev stillet, hvorefter de blev diskuteret for at sikre, at spørgsmålene var forståelige og præcise – dvs. lagde op til at få svar på det ønskede. Efter dette interview blev nogle af spørgsmålene tilrettet sprogligt, så meningen fremstod mere klart.

Flere af interviewene blev aftalt med kort varsel, nogle med under 10 minutter. Dette var muligt, fordi undertegnede er ansat på hospitalet, og derfor kunne træde til med kort varsel. Dette betød, at lægerne havde mulighed for at blive interviewet mellem for eksempel to operationer. Interviewene blev udført i lokaler på afdelingens kontorgang, hvor der ikke skete afbrydelser.

Interviewene tog udgangspunkt i de udarbejdede interviewguides, der blev brugt som huskeliste for interviewene for at sikre, at de ønskede emner blev berørt. Under interviewene var intervieweren bevidst om at være åben overfor nye oplysninger, der var relevante i forhold til problemstillingen, men samtidig at styre

interviewene, således at irrelevante emner ikke fyldte for meget. De anvendte interviewguides blev ikke revideret undervejs i forløbet med udførelsen af interviewene, fordi der i forløbet ikke var tid til at gennemgå og analysere data fra interviewene.

Det tog mellem 15-25 minutter at udføre interviewene, bortset fra interviewet med den ledende overlæge, der varede ca. 40 minutter.

Interviewene blev som planlagt optaget på Mp3 afspiller bortset fra ét, hvor det af tekniske årsager ikke lykkedes at optage interviewet. Umiddelbart efter dette interview blev svarene på spørgsmålene fra interviewguiden skrevet ned efter interviewerens hukommelse.

7.2 Udførelse af analyse

Som beskrevet i metodeafsnittet blev alle interviews, der var optaget på Mp3, først transskriberet ordret af undertegnede, hvorefter data blev analyseret vha. systematisk tekstkondensering, der består af 4 trin 1) fra vildnis til temaer, 2) fra temaer til koder, 3) fra koder til mening, 4) fra kondensering til beskrivelser og begreber. (Malterud 2003):

Trin 1

Gennemlæsning af de transskriberede interviews gav overblik over de temaer, der overordnet var i materialet. Med opmærksomhed på egen forforståelse blev datamaterialet tilgået åbent i forhold til hvilke temaer, der intuitivt dukker op (Malterud 2003 p.109). Efter denne gennemgang fremstod følgende temaer:

- Dokumentationsmetode
- Viden om dokumentation
- Tid der anvendes på dokumentation
- Holdning til struktureret data
- Forventninger
- Kendskab til NIP data

Trin 2

Med baggrund i de overstående temaer og problemformuleringen blev de meningsbærende enheder i hvert enkelt interview identificeret ved en mere dybdegående gennemgang af data. Herefter blev de meningsbærende enheder kodet, og følgende koder fremstod:

- Arbejdsgang for dokumentation
- Viden om dokumentation
- Opsamling, formidling og anvendelse af NIP data

Trin 3

På baggrund af det dekontekstualiserede materiale blev de enkelte koder opdelt i subgrupper, se tabel 6. Herefter blev de meningsbærende enheder fordelt herunder.

Koder	Subgrupper
Arbejdsgang for dokumentation	Metode for dokumentation
	Hjælpemidler til dokumentation
	Tid der anvendes på dokumentation
	Holdning til struktureret dokumentation
Viden om dokumentation	Regler/Retningslinjer for dokumentation
	Vidensdeling i forhold til dokumentation
	Opmærksomhed omkring dokumentation
Opsamling, formidling og anvendelse af NIP data	Opsamling af data til NIP hoftenærer frakturer
	Opsamling af NIP data som en del af den daglige dokumentation
	Formidling og anvendelse af NIP data

Tabel 6 Koder med tilørende subgrupper.

Undervejs i denne proces var problemformuleringen *Hvorfor dokumenterer læger ikke data struktureret i EPJ?* i fokus for at sikre, at det var relevante data, der blev anvendt. Samtidig har der været opmærksomhed på at være åben overfor ny viden i datamaterialet.

Der blev ikke udarbejdet kunstige citater, da det blev vurderet, at sammenfatningen af det konkrete indhold fra de enkelte meningsbærende enheder i hver subgruppe til en mere generel form kunne gøres direkte ved trin 4.

Trin 4

Efter opdeling i subgrupper blev de meningsbærende enheder sammenfattet til indholdsbeskrivelser med relevante citater. Efter udarbejdelsen af indholdsbeskrivelserne blev de meningsbærende enheder gennemgået endnu en gang for at sikre, at indholdsbeskrivelserne kunne tilbageføres til datagrundlaget. Tabel 7 illustrerer processen fra kode til indholdsbeskrivelse for koden "Viden om dokumentation".

Koder	Subgruppe	Meningsbærende enhed	Indholdsbeskrivelse
Viden om dokumentation	Regler/Retningslinjer for dokumentation	A11 Jamen altså det er jo god journalskik og så efter COSMIC har man jo fået de her nøgleord man ligesom skal binde det op på og for eksempel prøve at følge når man laver sine notater og det forsøger vi jo langt hen af vejen, men det er jo også en indgroet vane at lave notater på man har, man skal til at vende om. Så man sidder jo tit med den her 'lommebog' (viser lamineret kort) hvordan er det nu og hvad rækkefølge kommer det i	Afdelingen har med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens regler, udarbejdet en vejledning for, hvordan lægerne skal dokumentere, og ifølge den ledende overlæge modtager lægerne denne vejledning før de starter i afdelingen.
		B30 Den har vi fået udleveret... da I blev introduceret til afdelingen eller? B31 Ja Så den tager du frem og B32 Ja	Alligevel er et par af de yngre læger ikke bekendt med denne vejledning. Én af dem svarer til spørgsmålet, om der er nogen retningslinjer eller regler for dokumentation i afdelingen: <i>"Det ved jeg egentlig ikke. Det har jeg slet ikke tænkt over"</i>
		Okay så da I startede her på afdelingen, altså afdelingsintroduktion der er der også noget omkring ... C52 Ja det mener jeg at kunne huske.	Alle lægerne er dog bekendt med, at de har pligt til at dokumentere.
		Så når man starter på afdelingen jamen så får man sådan en? E19 Ja det mener jeg i hvert tilfælde I introduktionen? E20 Det mener jeg faktisk de gør.	

Tabel 7 Eksempel på processen for meningskondensering af data

7.3 Præsentation af data

I dette afsnit præsenteres de analyserede og tolkede data.

7.3.1 Arbejdsgang for dokumentation

Metode for dokumentation

Det generelle billede er, at lægerne overvejende dikterer deres notater, hvorefter en sekretær skriver notatet i EPJ. De tilfælde, hvor de selv skriver deres notater, er typisk i vagterne, hvor der ikke er en sekretær, og hvor det samtidig er vigtigt for patientens videre behandling, at informationen bliver dokumenteret. En enkelt skriver selv de daglige stuegangsnotater, fordi det er nemmest og hurtigst, da disse ofte er korte.

En læge oplyser, at vedkommende helst selv vil skrive, men ikke må. I skadestuen er arbejdsgangen, at lægen dikterer til en sekretær, der så skriver ind. Lægen har fået oplyst, at lægerne ikke selv må skrive, da de ikke kan finde ud af det.

At lægerne ikke selv skriver i skadestuen kan være et levn fra arbejdsgangene ved papirjournaler. Gennem disse arbejdsgange kan der være opbygget en kultur om, at læger helst dikterer. Det betyder i givet fald at kulturen omkring lægers arbejdsgange bremser lægernes dokumentation.

Når lægerne dikterer deres notater, foregår det ikke ved at de åbner EPJ og dikterer efter nøgleordene i notatskabelonen. I stedet anvender de laminerede kort i lommeformat, der indeholder de mest anvendte notatskabeloner og dertil hørende nøgleord, såkaldte 'lommeletter', der er udarbejdet af afdelingen. En læge fortæller:

"og så efter COSMIC har man jo fået de her nøgleord man ligesom skal binde det op på og for eksempel prøve at følge når man laver sine notater og det forsøger vi jo langt hen af vejen, men det er jo også en indgroet vane at lave notater på man har, man skal til at vende om. Så man sidder jo tit med den her 'lommebog' (viser lamineret kort) hvordan er det nu og hvad rækkefølge kommer det i"

Nogle af lægerne dikterer ikke, hvilke nøgleord oplysningerne skal ind under. De antager i stedet, at sekretæren fordeler oplysningerne under de korrekte nøgleord. En læge svarer således på spørgsmålet om, hvordan data sorteres under nøgleord: *Sorterer de (sekretærerne) det ind under så?" "Det gør de. Ja"*

En svarer, adspurgt om vedkommende ved, hvor sekretærerne skriver dem (informationerne) ind: *"Næh"*

Af og til bliver det indskærpet på lægemøderne, at lægerne skal angive nøgleord, når der dikteres. En læge fortæller *"Ja altså det (kravet om brugen af nøgleord) bliver meddelt ved morgenmøder nogen gange i forbindelse med at det går helt galt nede hos sekretærerne....."*

Dette kan opfattes som, at det er af hensyn til lægesekretærerne at nøgleordene skal anvendes og ikke for at forbedre kvaliteten.

At lægerne ikke dikterer under de relevante nøgleord men forlader sig på, at sekretærerne gør det, betyder at sekretærerne foretager den lægefaglige vurdering af datas indplacering. Det kan medføre, at data ikke registreres under korrekt nøgleord, men kan på den anden side også betyde at data registreres mere ensartet under nøgleord, idet den samme sekretær skriver for flere læger.

Når lægerne selv skriver deres notater direkte i EPJ, oplyser de fleste, at de skriver oplysningerne ind under de forskellige nøgleord. Dog sker det på et overordnet niveau. På spørgsmålet om, hvorvidt lægen for eksempel under nøgleordet 'Objektiv undersøgelse' også skriver under de underlæggende mere detaljerede nøgleord som 'abdomen', 'UE', 'OE' osv. (se figur 2 s.20), svarer en af lægerne: *"Nej der må jeg nok sige, der holder jeg mig nok til overskriften"*.

En anden nyuddannet læge, der lige før interviewet havde skrevet selv for første gang, var ikke klar over, hvordan det skulle gøres. Derfor valgte lægen at gøre

som den læge, der havde skrevet det sidste notat. Her var oplysningerne ikke sat under forskellige nøgleord, hvorfor den interviewede læge heller ikke gjorde det.

"Altså nu gjorde jeg faktisk kun som overlægen havde gjort og valgte 'Dikteret af' og 'Anamnese' og så gik jeg ikke mere ind i 'Objektiv undersøgelse' og 'Konklusion og plan' og det burde jeg måske have gjort, men det så det ikke ud til de andre havde gjort, så det gjorde jeg heller ikke"

Lægerne anvender således nøgleordene, men på et overordnet niveau. Hvis læger anvender nøgleordene, når de selv skriver, og ikke når de dikterer, kan det være en fordel, at de selv skriver. På baggrund af resultaterne fra observationsstudiet og den ledende overlæges udtalelser om, at de jo ofte finder oplysningerne, bare ikke hvor de regnede med det, må det konkluderes at data ikke dokumenteres struktureret – hvis strukturerede data defineres som data, hvor det alene ud fra strukturen er muligt at søge og finde de relevante data. Den erklærede holdning i organisationen - og lægernes egen oplevelse – er, at data dokumenteres struktureret, men i virkeligheden har afdelingen udviklet en procedure, hvor data ikke struktureres eller kun struktureres på et meget overordnet niveau. Der er således forskel på organisationens espoused theory og theory in-use, og det er, som Argyris og Schön beskriver, theory-in-use, der styrer medarbejdernes handling.

Opbygningen af EPJ betyder, at struktureret dokumentation understøttes ved anvendelse af de omtalte nøgleord. Denne opbygning kræver forståelse for betydningen af, at nøgleordene anvendes, hvilket ikke altid er tilfældet. Det opleves ofte at data ikke står korrekt anført i journalen - men at de findes andre steder i journalen.

Den manglende systematik i dokumentationen kan måske skyldes den måde, hvorpå systemet er blevet introduceret på afdelingen. Den ledende overlæge oplyser således:

”Vi sagde jo til dem, og det kan godt være, og det måske lidt også er, har været afdelingens eller min fejl, at da vi gik over på EPJ, da gjorde vi det jo lidt for at gøre det let, og sagde til folk, jamen nu skal I, kære venner, I skal sådan set bare næsten gøre det, I har gjort før. Nu skal I bare gøre det inde i EPJ. Jeg tror ikke helt, at vi var klar over, hvor vigtige nøgleord var, og det tror jeg heller ikke, man var generelt.”

Ledende overlæges udtalelse afspejler dels, at han ved introduktionen af systemet ikke har haft tilstrækkelig indsigt i betydningen af nøgleordene, og samtidig, at han har haft et behov for at signalere, at det nye system ikke var en ændring af lægernes hidtidige praksis. Den manglende forståelse for betydningen af korrekt brug af nøgleord i EPJ, og behovet for ikke at påtvinge lægerne unødige ændringer, medførte, at afdelingen ved implementeringen af EPJ ikke fik introduceret systemet korrekt i afdelingen. Resultatet blev, at afdelingen ikke fra starten ændrede afdelingens arbejdsmetode omkring dokumentation – en ændring, der er nødvendig bl.a. fordi en papirjournal er mere løst struktureret end EPJ(Horsbøl, Sørensen & Askehave 2010). Jævnfør teorien om den lærende organisation har afdelingen ikke været tilstrækkeligt opmærksomhed på at tilegne sig ny viden og kunnen, og der er ikke sat en forandringsproces i gang. Den ledende overlæge oplever også, at EPJ- organisationen ikke i tilstrækkelig grad informerede om konsekvensen af brugen af nøgleord. Dette illustrerer vigtigheden i, at EPJ- organisationen klæder afdelingsledelsen tilstrækkeligt på til at gå foran i forandringsprocesser.

Hjælpemidler til dokumentation

For at understøtte, at lægerne dikterer oplysningerne under de rette nøgleord, anvender afdelingen som tidligere nævnt 'lommeletter'. Derudover er der ved Pc'erne på operationsgangen ophængt små plakater med nøgleord for operationsnotater. Ved planlægning af operationer af elektive patienter anvendes et papirark til at melde patienten til operation. Bag på dette ark står de nøgleord, der er relevante for den enkelte operation.

Den ledende overlæge har et ønske om yderligere understøttelse af struktureret dokumentation i form af mere automatik ved skrivning af notater, fx. ved guidning igennem skrivningen, analogt til brugen af en hæveautomat, hvor der bedes om bestemt oplysninger, der skal gives, før den næste aktivitet kan udføres.

Der er således indført flere artefakter, som skal understøtte lægerne i at dokumentere struktureret, hvilket højest sandsynlig ikke er nok. Ved brugen af disse artefakter opnås der højest sandsynlig en enkel loop læring hos medarbejderne, men artefakterne ændrer ikke ved de grundlæggende holdninger til det at dokumentere struktureret. Der er derfor forsat uoverensstemmelse mellem afdelingens espoused theory og medarbejdernes theory-in-use.

Tid der anvendes på dokumentation

Det er vanskelig for lægerne at angive, hvor meget tid de dagligt bruger på at dokumentere. Lægerne med kortest anciennitet oplever dog, at de bruger meget tid på at dokumentere. De siger: *"Jeg synes, der går rigtig meget tid med det."* og *"Det ved jeg sgu ikke rigtig, lang tid synes jeg."*

Lægerne har ikke noget bud på, hvorfor de bruger lang tid på dokumentation, og sætter det ikke umiddelbart i forbindelse med, at tiden går til at strukturere dokumentationen.

Holdning til struktureret data

Alle er enige om, at det er en fordel at dokumentere data struktureret, fordi det gør det enkelt og hurtigt at finde oplysninger fra journalen.

Lægerne erkender samtidig, at udfordringen er, at uddata er meget afhængig af inddata. Altså, at oplysningerne skal skrives under de rigtige nøgleord, så kollegerne kan finde dem, hvor de forventer det. Den ledende overlæge oplever, at det kræver disciplin og er en udfordring. Den ledende overlæge fortæller:

..... "nu skal du ind og lede, og når man så lige pludselig finder ud af, at oplysninger om ADL f.eks. som jo burde stå klart og tydeligt, så ligger de faktisk puttet et andet sted hen under et sygeplejenotat, hvor vi ikke rigtig kan finde det uden et nøgleord, så der har vi jo en, hvad skal vi sige, disciplinering det er forkert, men vi har jo i hvert fald, jo det jo. Det er jo i virkeligheden disciplinering, hvordan vi gør det så man også gør det helt korrekt, så bliver det væsentlig lettere at finde igen".

Den ledende overlæge mener, at lægerne kan disciplineres til at dokumentere struktureret. Dette kan tolkes som en top down proces, hvor lederen med den ledende overlæges egne ord, 'punkter' lægerne til at ændre deres metode. Denne holdning er i kontrast til Kotters første trin i forandringsledelse, hvor dét at skabe motivation til ændringer bl.a. handler om at skabe en følelse af nødvendighed for ændringen hos medarbejderne. Ligeledes siger Marc Berg(Berg 2004 p. 45-63), at ændring af arbejdsgange i forbindelse med implementering af teknologi er en bottom up proces og ikke en top down proces. En anden overvejelse kan være, at den manglende strukturerede dokumentation kan skyldes lægernes indstilling til at lære nyt. Argyris beskriver i sin artikel 'Teaching smart people how to learn', at højtuddannede ofte går i forsvarsposition, når deres single-loop læringsstrategier ikke er tilstrækkelige, hvilket betyder, at i de situationer, hvor de har allermest brug for at lære, lukker af for muligheden(Argyris 2008).

7.3.2 Viden om dokumentation

Retningslinjer for dokumentation

Der er hos den ledende overlæge ingen tvivl om, at dokumentation af det daglige kliniske arbejde er vigtigt, ikke kun fordi det er et lovmæssigt krav, men også fordi det er den måde, oplysninger om patienten deles med hinanden. Samtidig oplever han dog, at det i høj grad er en udfordring at få lægerne til at dokumentere.

Afdelingen har med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens regler udarbejdet en skriftlig vejledning for, hvordan lægerne skal dokumentere, og ifølge den ledende overlæge modtager lægerne denne vejledning før de starter i afdelingen. Alligevel

er et par af de yngre læger ikke bekendt med denne vejledning, og til spørgsmålet om der er nogen retningslinjer eller regler for dokumentation i afdelingen, svarer én: *"Det ved jeg egentlig ikke. Det har jeg slet ikke tænkt over"*.

Alle lægerne er dog bekendt med Sundhedsstyrelsens regler om, at de har pligt til at dokumentere.

Der er således stor forskel på, hvad ledelsen oplever de gør, for at lægerne får den nødvendige viden i forhold til at dokumentere, og hvad medarbejderne oplever, de får af viden. Om ledelsen er bevidste om dette vides ikke, og det kan tolkes som at ledelsen ikke har føling med deres medarbejdere. På den anden side må ledelsen kende til problemet, for at de kan handle i forhold til det. En sådan viden ville kunne opnås, hvis der foregik teamlæring, der er en del af den lærende organisation, hvor målet er at medarbejderne gennem dialog og diskussion lærer sammen.

Vidensdeling i forhold til dokumentation

Den formelle deling af viden mellem læger om dokumentation sker primært mundtlig på lægernes morgenmøde, hvor det meddeles, hvis der er ændring, eller hvis der skal strammes op omkring brugen af nøgleord, når der dokumenteres. Ulempen ved denne måde er, at ikke alle læger er til stede. Afdelingen er derfor begyndt at anvende Infonet⁴ til vidensdeling. Ledelsen anvender således nye veje for at sikre, at alle får den nødvendige viden. Den ledende overlæge siger:

".....og det er jo ikke nok, at man bare siger (det) der for vi ved godt, at det kun er 1/3, der er til stede, og de kan ikke huske, så der skal vi nok være mere hårde med, at de centrale ting, skal vi have dem inde og ligesom skrive under på, at de har set det. Det tror jeg det ender med."

4 Infonet er et kvalitetssystem til dokumentstyring og er en fælles regional løsning til håndtering af klinisk dokumentation i form af politikker, retningslinier og instrukser.

Ledelsen er således opmærksom på, at der er uoverensstemmelse mellem det ledelsen ønsker som resultat af formidlingen, og det faktiske resultat. Derfor har ledelsen overvejelser om, hvordan denne uoverensstemmelse løses, de er altså gået i gang med begrebet Inquiry. Den løsning, der overvejes, betyder at ansvaret for at modtage og forstå informationen lægges over på den enkelte medarbejder. Der udøves således ledelse og ikke lederskab, der ifølge Kotter(Kotter 1999) vil indebærer forandringer og ændringer i organisationen. I stedet for at se på, hvad grunden er til, at formidlingen ikke lykkes (motivation, formidlingsform, kultur, it kompetencer osv.) og derefter ændre på disse faktorer, altså udføre dobbelt-loop læring, udfører ledelsen single loop læring og vil højst sandsynlig ikke opleve at det betyder at formidlingen lykkes i det lange løb.

Den uformelle deling af viden sker i nogle tilfælde ved at lægen gør, som de andre læger gør. *"....men jeg var nødt til at kigge, ja hvad den forrige havde valgt for at finde ud af det"*

Metoden indeholder i sig selv ingen korrektioner, og indeholder derfor ikke nogen læring – hvis din kollega lavede fejl, laver du også fejl.

Opmærksomhed omkring dokumentation

Udover den nævnte vidensdeling og opfordringer på morgenmøderne oplever lægerne ikke, at der er speciel opmærksomhed omkring dokumentation. Dokumentation er for de erfarne læger en del af det at behandle patienterne, men nogle er samtidig bevidste om at den er nødvendig, fordi nogle data også anvendes til forskning og i registre. *" Det er en naturlig ting af det at have med patienter at gøre jamen noget af det, det er også noget, der skal bruges videre til forskning, til dokumentation og registre og alt muligt."*

De yngre læger med mindst anciennitet har ikke stor opmærksomhed på dokumentation, og som tidligere beskrevet har de ikke viden om afdelingens retningslinjer for dokumentation. Det tyder på at erfaring og anciennitet også spiller ind på lægernes opmærksomhed omkring dokumentation. En nyuddannet læge

har ikke så stor viden, hverken i forhold til behandling af patienter eller i forhold til dokumentation. Dette kan skyldes at læger uden stor anciennitet bruger flere ressourcer på at tilegne sig viden om patientbehandlingen, og ikke har overskud til at tilegne sig viden om dokumentation. Det kan måske også spille ind, hvilket speciale der arbejdes indenfor, idet journalnotater i de kirurgiske specialer sjældent er lange og dybdegående og måske ikke så prioriterede i sundhedsvæsenet, modsat journalnotater i medicinske specialer.

7.3.3 Opsamling, formidling og anvendelse af NIP data

Opsamling af data til NIP hoftenære frakturer

Adspurgte hvor meget fokus ledelsen har på indsamling af data til NIP hoftenære frakturer databasen, svarer den ledende overlæge: *"Ekstremt meget – altså forstået på den måde, at der er en hel masse mennesker, der arbejder med at punke og gør ditten og datten for at få forklaret folk, hvad det er, de skal gøre"*

Der er således stor opmærksomhed fra ledelsens side på at sikre dataindsamlingen. Men ledende overlæge betoner udelukkende, at der gøres store anstrengelser for at forklare folk, hvad de skal gøre – ikke hvorfor. Det tyder på at den ledende overlæge har stort fokus på at opfylde kravene fra NIP sekretariatet, men ikke på at ændre lægernes forståelse og motivation. Peter Kjær og Signe Vikkelsøe (Tanggaard, Brinkmann 2010 p. 183) beskriver, at akkreditering og andre lignende styringssystemer ofte fører til, at ledere bliver stærkt optaget af at sikre en systematisk dokumentation af indsats og kvalitet snarere end af at lede indsatsen.

Opgaven med at sikre dataindsamlingen er uddelegeret, og varetages af det, ledende overlæge kalder afdelingens 'kvalitetskontor'⁵, der ledes af en overlæge, som ikke har patientbehandling. Kvalitetskontoret har bl.a. ansvaret for hele processen omkring opsamling, formidling og anvendelse af data fra NIP hoftenære frakturer, og valg af indberetningsansvarlige sker også her. Ifølge Kotter er det en forudsætning for at forandringsledelse lykkes, bl.a. at der

⁵ Afdeling har en forskningsinstitution, der bl.a. varetager kvalitetsudvikling i afdelingen, Skal ikke forveksles med Hospitalets Kvalitets- udviklingsafdeling.

nedsættes en styrende coalition der indeholder en række kvaliteter. Etableringen af et kvalitetskontor kan være et godt eksempel på dette, men det fordrer at kvalitetskontoret besidder de rette kvaliteter – herunder at der er personer der evner lederskab, har en stærk formel indflydelse, har høj troværdighed og er eksperter op området.

De fleste af lægerne ved, at der opsamles data til NIP hoftenærer frakturer. Faktisk er det kun en enkelt læge blandt informanterne, som ikke har hørt om det, og denne er nyuddannet og lige startet på afdelingen.

Det er meget forskelligt, hvor stor viden den enkelte læge har omkring processen for opsamling og indberetning af data. Én kender hele arbejdsprocessen, fordi vedkommende anvendte data fra NIP hoftenærer frakturer databasen til sin Ph.d. En anden fortæller om en arbejdsgang, hvor data skrives på papir, hvilket ikke længere er tilfældet på den pågældende afdeling. Og endelig ved én, at data skal fra EPJ til NIP hoftenærer frakturer databasen, men vedkommende har ingen viden om, hvordan det sker.

Opsamling af NIP data som en del af den daglige dokumentation

Det forskellige vidensniveau om NIP hoftenærer frakturer databasen medfører, at der er forskel på, hvor stort fokus der er på opsamlingen af NIP data i det daglige kliniske arbejde. Jo mere lægen ved om NIP data, des mere systematisk sker opsamlingen af NIP data i forbindelse med det kliniske arbejde. Den læge, der har anvendt NIP data i sin Ph.d. fortæller, at det er en del af hendes daglige dokumentation.

”Jamen det er simpelthen helt automatisk i min måde at dikterer på, at der også skal NIP data med så... Altså jeg tror indtil man ligesom finder ud af, at tingene er der, at de følger med over så skal man i hvert tilfælde lige, fordi der er nogle ekstra punkter i forhold til det som lægen skal dokumentere som ikke lige fremgår af journalen eller operationsnotatet. Med om det er disloceret eller udisloceret fraktur og

den måde nøgleord er udvalgt på i forhold til hvad du både har en journal og et operationsnotat så er der lige nogle ekstra nøglepunkter der skal med. Men jeg har simpelthen bare til slut, altså ekstra oplysninger til NIP og så har jeg de 2, 3 punkter.”

Derimod fortæller den førnævnte læge, der kender til at der opsamles data, men ikke hvilke eller hvordan, at han stort set ingen opmærksomhed har på NIP data i det daglige journaloptag. Lægen begrundet dette med, at der ikke er tid til både at sørge for god kvalitet af behandling, bestilling af diverse undersøgelser, og så også se på et NIP skema for at sikre sig, at alle data er opsamlet.

Dog mener flere, at de data, der skal opsamles til NIP hoftenærer frakturer, ikke adskiller sig væsentligt fra de data, der opsamles på de øvrige ortopædkirurgiske patienter, og de tænker derfor ikke så meget over NIP data i det daglige journaloptag. En læge fortæller: *”De lægefaglige data er stort set en slags grunddata, som gælder for alle.”*

Ses disse forskelle i vidensniveau i forhold til Argyris og Schöns (Argyris, Schön 1996) teori om læring, så vil den læge, der ikke skal anvende data, ikke opleve at de mangler, og der opstår således ingen error, forstået som mis-match mellem det forventede og det faktiske resultat af lægens handlinger. Lægen vil derfor heller ikke stoppe op og overveje, hvordan disse data sikres. Og da der ikke sker en undren eller Inquiry, vil der heller ikke ske nogen læring – med andre ord, tingene vil ikke ændre sig. Der er for medarbejderne åbenbart heller ikke nogen ’belønning’ i at indsamle data til indberetning – de oplever, som Kotter beskriver det, ikke nogen kortsigtede gevinster. Skal der ske en ændring, skal det ske for eksempel via teamlæring, som er en del af den lærende organisation og / eller ved at introducere en motivator (”belønning”) for den enkelte medarbejder.

Behandlingen af patienter med en hoftenære frakturer skal fra april 2011 ske på en anden afdeling end tidligere. Det har betydet, at der er afholdt en temadag på

den nye afdeling, hvor et af emnerne var, hvordan afdelingen sikrer sig opsamlingen af NIP data, således at data kan indberettes til NIP sekretariatet.

Ledelsen forsøger således at skabe en fælles forståelse for processen omkring opsamling og indberetning af NIP data i dele af organisationen.

Formidling og anvendelse af NIP data

Formidling af informationer vedrørende NIP hoftenærer frakturer sker gennem flere forskellige kanaler. Når det drejer sig om at stramme op omkring indsamlingen af data, tages dette op på lægernes morgenmøde og på den ledende overlæges administrationskonference. Her skal alle læger i princippet deltage, men på grund af vagter, sygdom o. lign. er kun ca. 1/3 del af lægerne til stede, hvilket gør det svært at sikre sig, at alle lægerne får informationen. Desuden diskuteres emnet på overlægemøder og ledergruppemøder. Der ud over revideres vejledningerne for opsamling af NIP data, når der sker ændringer. Endelig gives der detaljeret informationer til læger fra hoftesektionen⁶.

Indsatsen for at styrke indsamlingen af data til NIP hoftenærer frakturer databasen sker således på samme måde som formidlingen vedrørende struktureret dokumentation, og indeholder derfor de samme udfordringer om at nå ud til alle læger, og har fokus på den tekniske information om hvordan – men ikke hvorfor - hvorved motivationen ikke øges.

Hvad angår formidlingen af resultaterne fra NIP sekretariatet, sker dette ikke bredt til afdelingens læger, men primært til læger fra hoftesektionen.

Rapporterne fra NIP sekretariatet anvendes ifølge den ledende overlæge til at forbedre kvaliteten af behandlingen. Rapporterne har for eksempel betydet ændringer i behandlinger og ændringer af hvilken protesetype, der anvendes, og den nyeste rapport kan også få konsekvenser:

⁶ Den sektion i afdelingen, der behandler patienter med en hoftenær fraktur og til personalet på den afdeling, hvor patienterne er indlagt.

"Så vi bruger det da faktisk til at ændre behandlinger. Altså hvis man kan se, det bliver faktisk den ny, nu har jeg lige set de nye data, som er kommet nu her, at vi kan se at vores reoperationsprocent på dem, der fået opereret for eksempel med hemier, altså halvprotese, den er ikke god nok. Det er et landsproblem, men må vi jo ind og kigge på, hov, er det en metode, vi egentlig kan anbefale, så på den måde bliver det faktisk brugt."

Ændringer i behandlingen som følge af rapporterne fra NIP sekretariatet sker i samarbejde med de specialeansvarlige overlæger, der er tilknyttet hoftesektionen. Disse formidler herefter ændringerne til de yngre læger.

Det er således kun en del af afdelingens medarbejdere, der får resultatet af deres anstrengelser med at indsamle de relevante data. Så også her er det, som tidligere beskrevet, svært for de medarbejdere, der ikke får resultatet, at opleve en følelse af nødvendighed i forhold til at indsamle og dokumentere de data, der er relevante i forhold til NIP hoftenærer frakturer.

Introduktionen af EPJ, og den nye måde at dokumentere på, har som nævnt haft betydning for indberetningen til NIP hoftenærer frakturer kvalitetsdatabase. Den ledende overlæge har erfaret, at hver gang der sker et skift af værktøj til opsamling eller indberetning, sker der et fald i datakvaliteten.

"...altså der er tidsforskydning vi gik fra papirjournal til en elektronisk journal, og så gik vi fra... og så kom... skiftede NIP fra særskilt indberetning (KMS) til LPR og det skete lidt forskudt, så du kan ikke helt hænge det sammen. Men jeg kan se på det der kommer fra de andre regioner f.eks. Region Hovedstaden har jo været sen på at komme med på NIP, og de ligger lavere og bliver bedre og bedre, og nu kommer så det nye system – bum så falder man igen på de nye

parametre, men ikke på de gamle. Og så kører den op igen, så det er en kompleks ting, det der.”

Trods viden om fald i datakvalitet ved skift af indberetningsværktøj, og trods fokus på gode data, sker der ikke en analyse af de bagved liggende årsager, og heller ikke refleksion over, hvad der kan gøres anderledes. Organisationen undlader således at foretage dobbelt loop læring, og konsekvensen er, at afdelingen gentager samme fejl ved hvert skift i værktøj. Det må medgives, at motivationen til dobbelt loop læring i nogen grad må hænge sammen med hyppigheden af den konstaterede fejl. Hvis afdelingen kun sjældent skifter værktøj, vil der ikke være en stærk motivation til at se på de bagvedliggende årsager.

8. Diskussion

I dette afsnit diskuteres første den anvendte metode og den anvendte teoretiske ramme, og til sidst resultaterne af undersøgelsen.

8.1 Diskussion af metode

8.1.1 Journalaudit

Formålet med journal auditten var at undersøge, om de prognostiske faktorer for NIP hoftenære frakturer og NIP apopleksi var dokumenteret i EPJ, da de i stort omfang fremgik som uoplyste i NIP databaserne. Undersøgelsen skulle udelukkende give et fingerpeg om, hvorvidt der var konsistens mellem data i EPJ og NIP databaserne. Auditten er afgrænset til journaler på patienter indlagt i perioden juni-juli 2009. Det giver ikke nødvendigvis et repræsentativt billede sammenholdt med journaler på patienter indlagt i løbet af hele den periode, der behandles i de regionale auditrapporter 2009.

8.1.2 Observationsstudie

Udvælgelsen af de to afdelinger skete på baggrund af personligt kendskab til afdelingerne, som berettigede til en forventning om positiv tilbagemelding på deltagelse. Det kan derfor ikke afvises, at der forekommer selektionsbias. Dog var forventningen fra observatørernes side udelukkende i forhold til afdelingernes holdninger til at deltage, og ikke i forhold til afdelingernes holdninger til indberetning af NIP data.

Informantens udførelse af indberetningerne er naturligvis påvirket af, at informantens arbejde blev overvåget, vurderet og registreret både skriftligt og på Mp3, og det kan ikke udelukkes, at det har betydet større omhyggelighed i processen end vanligt. På den anden side virkede begge informanter tilpasse i situationen, og var meget imødekommende i forhold til observatørerne.

At observationerne blev foretaget to forskellige steder af to forskellige observatører kan have indflydelse på konsistensen af data, men dette er forsøgt

imødegået ved brugen af fælles observationsguide. Samtidig kan brugen af observationsguiden have betydet, at der er information, der ikke blev registreret på grund af for stor fokusering på at få registreret de oplysninger, observationsskemaet lagde op til.

Ved registreringen af observationerne på papir vil der altid gå oplysninger tabt, men registreringerne blev understøttet af optagelser af de oplysninger, der fremkom gennem 'tænke højt metoden'. Samtidig betød registreringsformen en begrænsning af datamængden, der var mere håndterbar end hvis observationerne for eksempel var blevet optaget på video.

8.1.3 Interviewundersøgelse

Udvælgelsen af informanter i kvalitative undersøgelser er altid en udfordring, både med hensyn til antal og med hensyn til den enkelte informant. I nærværende undersøgelse er der gennem inklusionskriterier valgt større fokus på at få en bred repræsentation af synspunkter og erfaringer, end på en tilfældig udvælgelse – idet den tilfældige udvælgelse reelt begrænser sig til at vælge én blandt 4 personer i hver gruppe. Med støtte i Malterud vurderes fremgangsmåden at give større informationsrigdom, hvilket ifølge Malterud bør prioriteres frem for repræsentativitet ved udvælgelsen af informanter (Malterud 2003 p.58). Dog har udvælgelsen af overlægen, der er ressourceperson i forhold til EPJ, været udelukkende kriterie-styret. Den større viden og erfaring med EPJ kan have indflydelse på denne læges svar ved interviewet.

Flere af interviewene blev aftalt med kort varsel, nogle med under 10 minutter, hvilket var muligt, fordi jeg er ansat på hospitalet og derfor kunne træde til med kort varsel. Dette betød, at lægerne havde mulighed for at blive interviewet mellem for eksempel 2 operationer, hvilket var afgørende for, at det lykkedes at få udført alle interviewene. Min ansættelse på sygehuset kan også have haft betydning for, hvor uddybende, der blev spurgt ind til nogle af spørgsmålene, idet jeg qua min kliniske baggrund har indsigt i lægernes pressede hverdag, og derfor ubevidst kan have forsøgt at gøre interviewene så korte som mulige.

Ved gennemgangen af interviewene vist det sig, at en del af spørgsmålene blev besvaret med ja eller nej, hvilket kan tyde på, at spørgsmålene har været for lukkede. På den anden side fremkom der ny viden under interviewene, hvilket viser at der også har været åbenhed for ny viden.

8.1.4 Forforståelse og at forske i egen organisation

Der har, som tidligere beskrevet, været stor bevidsthed omkring forforståelsens indvirkning på undersøgelsen. Dog kan den viden og forudindtagethed, jeg har omkring lægernes arbejde, have betydning for, hvor uddybende der blev spurgt ind til de forskellige emner. Omvendt blev jeg flere gange i processen overrasket over indholdet af svarene, hvilket indikerer, at det er lykkedes at "høre godt nok efter", som Malterud beskriver det. Hun mener, at hvis interviewet ikke giver nogle overraskelser eller viden, der konfronterer interviewerens forforståelse, så har intervieweren ikke hørt godt nok efter (Malterud 2003).

Fordelen ved at forske i egen organisation har været imødekommenhed fra afdelingen og derved nem adgang til informanterne. Ulempen kan være, at der ubevidst er valgt afdelinger, der er mere positive og samarbejdsvillige end andre, og at informant og undersøger kender hinanden på et eller andet niveau. Det kan have påvirket data enten positivt, fordi der har været tillid til intervieweren, eller negativt, hvis det modsatte var tilfældet. Desuden kan en ulempe ved at forske i egen organisation være, at det er svært at præsentere data, der er 'negative' i forhold til afdelingen. Dette har der været stor bevidsthed om at undgå i dette projekt, blandt andet ved at resultaterne ikke skal forelægges for afdelingen.

8.2 Diskussion af teori.

Valget af to teoretiske referencerammer, der har sit udspring i private virksomheders organisationskultur, kan give anledning til overvejelser om graden af overførbare til organisationer i den offentlige sektor, herunder sygehusene. I forhold til læring kunne forventningen være, at læringskulturen på sygehusene er stærkere end i private virksomheder, idet sygehusene er vidensinstitutioner, hvor

kvaliteten er i fokus. Dette i modsætning til private virksomheder, hvor økonomien og bundlinjen, der er i fokus. Dog kan man sige, at sygehusenes vilkår i dag, hvor sygehusene arbejder under stramme budgetter og kravet om effektivisering, og i konkurrence med private sygehuse, i høj grad minder om private virksomheders vilkår. Det vurderes derfor, at teorien om læring kan anvendes indenfor sygehusene. Hvad angår ledelse, er en af udfordringerne i sygehusvæsenet de mange forskellige kulturer, og koblet med de udfordringer, der kan være i at lede højtuddannede, kan det forventes at være vanskeligere at udøve ledelse på sygehusene end i private virksomheder. Teorien om forandringsledelse skal derfor ses i lyset af dette.

Valget af teorier om læring og forandringsledelse har haft indflydelse på fokus i tolkningen af data, og måske indsnævret tolkningerne i forhold til datamaterialet. Det er dog vigtigt her at bemærke, at teorierne er valgt på baggrund af datamaterialet. Samtidig var valget en afvejning, som skulle sikre et fokus indenfor de givne ressourcer. For at sikre andre perspektiver, kunne det være relevant at inddrage andre teorier, der også er relevante for det daglige arbejde i sundhedsvæsenet – for eksempel teorier om organisationskultur.

8.3 Diskussion af resultat

Projektet giver ikke det fulde billede af, hvordan EPJ kan understøtte indberetningen af data til NIP databaser, blandt andet fordi de 3 andre faktorer, der har betydning for indberetningen til NIP databaser ikke er undersøgt. Det vil absolut være relevant at undersøge årsagerne til disse 3 andre faktorer 1) at der er aftaler om af hvem og hvor data dokumenteres 2) at data kun dokumenteres et sted - i EPJ, og 3) hvilke kompetencer den registreringsansvarliges besidder, for at få et dybere og mere nuanceret indtryk af, hvad der kan forbedre indberetningen af data fra EPJ til NIP databasen. Dertil kommer de ovennævnte bias, hvis påvirkninger resultatet også skal ses i lyset af. Trods disse begrænsninger giver resultaterne fra de to undersøgelser et godt fundament, for forbedringer af

processen med indberetning fra EPJ til kvalitetsdatabaser, og for den fortsatte brug og udvikling EPJ i forhold til kvalitetsdatabaser.

9. Konklusion

I dette afsnit konkluderes der på resultaterne fra interviewundersøgelsen, idet konklusionen på observationsstudiet er grundlaget for interviewundersøgelsen og derfor præsenteret i forbindelse med resultaterne fra observationsstudiet.

Undersøgelsen viser, at der i forbindelse med struktureret dokumentation ofte er uoverensstemmelse mellem det ønskede resultat af handlinger og det faktiske resultat, altså det Argyris definerer som fejl. For at rette fejlen, skal der ske ændringer i den måde, der handles på. De ændringer der sker i afdelingen for at forbedre dokumentationen, er helt overvejende single loop læring – hvor den enkelte medarbejder eller dennes overordnede indskærper den tekniske instruks omkring dokumentationen.

Afdelingen har en erklæret hensigt om at strukturere data, hvilket kommer til udtryk gennem procedurer herom og at ledelsen indskærper disse jævnligt. Afdelingens espoused theory er således, at afdelingen foretager struktureret dokumentation af data. Men undersøgelsen viser, at den enkelte medarbejder i praksis prioriterer den umiddelbare behandling eller behandlingseffektiviteten højere, eller opretholder gamle arbejdsprocedurer, som ikke understøtter afdelingens officielle holdning (dens espoused theory). Der er således uoverensstemmelse mellem afdelingens espoused theory og medarbejdernes theory-in-use. Da det, som Argyris påpeger, altid er medarbejdernes theory-in-use som definerer handlinger, er resultatet en mangelfuld strukturering af data ved dokumentation. Kotter hævder, at dette kan ændres dette gennem forandringsledelse, ved bl.a. at give medarbejderne en oplevelse af, at en ændring i dokumentationsformen er nødvendig.

9.1 Besvarelse af underspørgsmål

I det følgende besvares de spørgsmål, der dannede baggrund for en den indledende undren over, hvorfor læger ikke dokumenterer struktureret i EPJ.

Skyldes det, at struktureret dokumentation er vanskeligt i forhold til en kompleks klinisk hverdag?

Lægerne giver ikke direkte udtryk for, at det i en kompleks klinisk hverdag er vanskeligt at dokumentere struktureret.

Skyldes det at lægerne ikke skriver selv, men dikterer, og har derfor ikke har den samme 'føling' med opbygning af EPJ?

Ja, delvist. Lægerne åbner ikke EPJ, når de dikterer, og bliver derfor ikke konfronteret med opbygningen og indholdet af notatskabelonen. De har ganske vist 'lommeletter' og plakater indeholdende nøgleordene, men disse bruges ikke nødvendigvis.

Skyldes det manglende motivation hos lægerne?

Der gives ikke direkte udtryk for manglende motivation, men undersøgelsen viser, at medarbejderne ikke oplever en nødvendighed for at ændre dokumentationsmåden og ikke anvender resultatet af indberetninger i eget arbejde, og derfor ikke oplever nogle fordele ved at data dokumenteres struktureret.

Skyldes det, at det er svært at bryde gamle vaner?

Hos læger med lang anciennitet gives der udtryk for, at det også handler om at bryde gamle vaner. At bryde gamle vaner, altså aflæring, er en del af Argyris og Schöns teori om læring, og den manglende "aflæring" synes at være en del af barrieren mod læring i dette tilfælde.

Skyldes det manglende ledelsesopbakning?

Ledelsen har stor opmærksomhed på struktureret dokumentation, og forsøger ihærdigt at ændre medarbejdernes handlemåder, men uden den ønskede effekt, hvilket bl.a. kan skyldes, at ledelsen ikke har fokus på forandringsprocessen, men udelukkende på resultatet. Der mangler således ikke ledelsesopbakning, men denne har måske det forkerte fokus.

Skyldes det, at der blandt lægerne er uvilje mod at dokumentere struktureret?

Samtlige informanter giver udtryk for, at de udelukkende ser fordele ved at foretage struktureret dokumentation, det sker bare ikke i så stor udstrækning, som det ønskes, fordi andre prioriteringer går forud.

Skyldes det manglende information fra EPJ organisationen?

Den ledende overlæge giver udtryk for, at der ved implementeringen af EPJ manglede information fra EPJ organisationen om betydningen af at anvende nøgleord for at dokumentere struktureret. EPJ organisationen har således ikke formået at give afdelingen det rette grundlag for forståelsen af nøgleordenens betydning.

Skyldes det, at NIP data ikke er en del af den daglige journaloptag men ekstra data, der skal huskes?

Kun få af lægerne er bevidste om, at der skal opsamles NIP data og det er således ikke en naturlig del af lægernes journaloptag. Ledelsens mål er, at NIP data skal være en del af den daglige journaloptag, og holdningen er at NIP data er indeholdt i de basisdata, der skal dokumenteres for alle patienter, men dette mål er endnu ikke nået.

Skyldes det manglende viden om processen omkring opsamling og indberetning af data til NIP kvalitetsdatabaser?

De læger, der er tilknyttet hofte-sektionen, kender arbejdsgangen for opsamling og indberetning af data til NIP hofte-nærer frakturer databasen, mens de øvrige læger ikke gør. Den manglende indsigt i processen kan være medvirkende til manglende motivation til at strukturere data.

Skyldes det manglende viden om, hvilken betydning strukturering af data har for indberetning til kvalitetsdatabaser?

Samme gør sig gældende som ved overstående spørgsmål.

9.2 Sammenfattende konklusion

Hvorfor dokumenterer læger ikke struktureret i EPJ?

- Afdelingen har ikke ændret arbejdsgange i forhold til at anvende EPJ, der fordrer mere struktureret dokumentation, hvilket betyder, at nøgleordene ikke anvendes.
- Ledelsen har stort fokus på at opfylde dokumentationskravene, og har bl.a. nedsat en kvalitetsgruppe, som skal styrke fokus på opgaven. Men ledelsen får ikke forankret de nye procedurer tilstrækkeligt i organisationen, og må derfor vedvarende bruge ressourcer på at forbedre indsatsen.
- Afdelingen har ikke en stærk læringskultur, hvilket er medvirkende til, at medarbejderne ikke har 'lært' at dokumentere struktureret.
- Den læring der foregår, er oftest single loop læring hos den enkelte læge, som i større eller mindre omfang tilpasser sig kravene til dokumentation. En manglende læringskultur medfører, at disse færdigheder ikke forplanter sig i organisationen.
- Lægerne har ikke indsigt i processen omkring indberetningerne til NIP kvalitetsdatabaser, og resultaterne formidles ikke generelt til lægerne, hvilket påvirker motivationen til at dokumentere struktureret.

10. Perspektivering

I dette afsnit perspektiveres undersøgelsens resultater fra del 1 og 2.

Ved implementeringen af EPJ på afdelingen var hovedbudskabet fra EPJ organisationen, at der skulle ske ændringer i arbejdsgangene. Alligevel har afdelingen efter 3 år med EPJ ikke ændret sin arbejdsgang omkring struktureret dokumentationen. Dette skal ses i lyset af, at EPJ kun kan opfylde de tiltænkte funktioner, hvis klinikerne tilpasser sig den måde journalen skal anvendes på. Protokoller og skabelonerne har kun værdi, hvis de bliver anvendt som tiltænkt, og det er derfor nødvendig, at arbejdsrutiner og registreringspraksis standardiseres, ellers er det ikke muligt at genfinde data på et senere tidspunkt. At standardisere arbejdsgange i forhold til skabeloner er ikke simpelt, og klinikerne skal hele tiden balancere mellem at følge standarder og varetage det enkelte patientforløb (Berg 2004 p.52-56). Dette giver anledning til overvejelser over, om forventningerne til EPJ er realistiske på dette punkt, ligesom det giver stof til overvejelser over, hvad EPJ organisationens rolle er i samarbejdet med de kliniske afdelinger, og om den skal omdefineres.

Motivationen til at dokumentere struktureret påvirkes af den manglende indsigt i processen omkring indberetningerne til NIP kvalitetsdatabaser, og manglende kendskab til tilbagemelding om resultaterne. Der bør derfor være større fokus på, at sådanne processer kendes og anerkendes. Peter Kjær og Signe Vikkelsø (Tanggaard Andersen, Timm 2010 p.181) beskriver, at accept af akkrediteringsprocesser kræver gradvis tilvænning og forhandling af nye bærende værdier og antagelser for de enkelte lokalkulturer.

Undersøgelsen indikerer, at lægerne ikke dokumenterer struktureret, fordi afdelingen ikke har en stærk læringskultur. Det er således for fremtiden vigtigt at skabe rum og plads til læring blandt lægerne i sygehusvæsenet, ikke kun i forhold til at dokumentere struktureret, men i det hele taget. Dette er også ønske blandt de yngre læger. Allerede i 2000 skriver 'Yngre læger' i deres

formandsberetning(Yngre læger), at en grundlæggende visioner er at udvikle sygehusene til lærende organisationer, og der udtrykkes ønske om, at lægerne lærer af hinanden og derved forbedrer den interkollegiale kultur. Om det er muligt at omdanne de danske sygehuse til lærende organisationer som teorien beskriver, er et åbent spørgsmål, men teorien om lærende organisation kan bruges som inspiration til at skabe plads til læring for lægerne og afdelingerne i det danske sygehusvæsen.

Ét er at skabe plads til læring og udvikling af viden, men denne viden skal også formidles på tværs af organisationen, så medarbejderne og derved organisationen hele tiden udvikler sig. Det er derfor vigtigt, når en opgave løses, at de ansatte lærer af processen, og at den nye viden integreres i afdelingens espoused theory. Det kræver, at organisationen har fokus på dobbelt loop læring, forstået som evnen til at gå bag om de umiddelbare læringsprocesser og undersøge, hvad organisationen – og ikke kun medarbejderen – kan gøre bedre. Sådanne processer kræver åbenhed og udstiller sårbarheden i organisationen, hvilket kan være en udfordring i den traditionelt hierarkiske struktur i det danske sundhedsvæsen.

Implementeringen af EPJ i Danmark er ikke ubetinget succesfuld(Statsrevisorerne 2011) og det er derfor også relevant at se på, om den rolle EPJ organisationerne har ved implementeringen og driften af EPJ er hensigtsmæssig. Der bør overvejes om EPJ organisationen i dag giver afdelingerne og ledelsen de rette forudsætninger for at udfører den rigtige forandringsledelse. Omvendt kan det overvejes i hvor stor udstrækning EPJ organisationerne kan og skal påvirke de enkelte afdelingsledelser.

I dag foregår der manuel overførelse af data fra EPJ til NIP databaserne. Det betyder dobbeltregistreringer med stort tidsforbrug til følge, øger risikoen for fejl, og må generelt ses som helt uantageligt i en digitaliserings-proces. En af målene med EPJ er netop, at data kun dokumenteres ét sted, og det er derfor helt afgørende, at der fremadrettet arbejdes på en automatisk overførelse af data fra EPJ til NIP databaserne. Det kunne også tænkes at have indflydelse på

motivationen hos medarbejderne til at dokumentere struktureret, forudsat de kender processen omkring indberetninger.

Der er i dette projekt kortlagt årsager til, hvorfor lægerne ikke dokumenterer struktureret. For at EPJ kan blive bedre til at understøtte kvalitetsudvikling, vil det være naturligt også at se på, hvordan andre faggrupper dokumenterer i sundhedsvæsenet for at få et mere helhedspræget billede af, hvad en fremtidig struktureret dokumentation i EPJ kræver.

Der er fortsat mange udfordringer i at sikre, at digitalisering understøtter kvalitetsudvikling. Men i lyset af at den papirbaserede journal anses for at være det mest omfattende og succesfulde informationssystem i sundhedsvæsenet i den vestlige verden, og at den har udviklet sig i det medicinske felt gennem de sidste 200 år(Berg 2004 p.56), er der stadig håb for EPJ.

Referenceliste

- Argyris, C. 2008, *Teaching smart people how to learn*, Harvard Business Press, Boston, Mass.
- Argyris, C. & Schön, D.A. 1996, "Organizational learning II: theory, method, and practice - Chapter 1 What Is An Organization That It May Learn?" in Addison-Wesley, Reading, Mass., pp. xxix, 305 s.
- Berg, M. 2004, *Health information management: integrating information technology in health care work*, Reprint edn, Routledge, New York.
- Blackdiamonds , *Peter Senge Den femte disciplin*. Available: http://www.blackdiamond.dk/HDO/HRM_Peter_Senge_Den_Femte_Disciplin.pdf [2011, 0522].
- Christensen, A. 1998, *Den lærende organisations begreber og praksis - 2.udg. -: læring - refleksion - ændring*, Aalborg Universitetsforlag, Aalborg.
- Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren 2003, *Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner*, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren.
- Danske Regioner 2010, *Pejlemærker for sundheds-IT 2010*, Danske regioner.
- Danske Regioner 2007, *Basiskrav for landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser*, Danske Regioner.
- Egerod, I.E. 2007, *Dokumentation og kvalitetsudvikling*, 2. udgave edn, Nyt Nordisk Forlag, Kbh.
- Hedelund, L. 2009, *Peter Senges discipliner i Den lærende Organisation som afsæt for organisatorisk udvikling*.
- Horsbøl, A., Sørensen, M.B. & Askehave, I. 2010, *Sundhedskommunikation på sygehuset*, Aalborg Universitetsforlag, Aalborg.
- Infed , *Peter Senge and the learning organisation* . Available: <http://www.infed.org/thinkers/senge.htm> [2011, 0522].
- Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet 1 , *Hvad er akkreditering?*. Available: <http://www.ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel/Hvad-er-akkreditering.aspx> [2011, 0512].

- Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet 2 , *DDKM - Vision og status*. Available: <http://www.ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel/Vision-og-status.aspx> [2011, 0522].
- Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet 3 , *Praktisk auditvejledning*. Available: <http://www.ikas.dk/Sygehuse/Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse/Bilag-2.-Praktisk-auditvejledning.aspx> [2011, 0522].
- Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet,4 , *Historien bag*. Available: <http://www.ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel/Historien-bag.aspx> [2011, 0522].
- Jensen, K. , *Evergreens - de tre klassiske teorier om forandring*. Available: <http://forandringsledelse.wordpress.com/2007/02/04/evergreens-de-tre-klasiske-teorier-om-forandring/> [2011, 0522].
- Kjærgaard, J. 2001, *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet: en lærebog*, 1. udgave edn, Munksgaard Danmark, Kbh.
- Kotter, J.P. 1999, *I spidsen for forandringer*, 1. udgave edn, Peter Asschenfeldts Nye Forlag, Kbh.
- Kristiansen, M. , *Kotter om forandringsledelse*. Available: <http://www.kommunikationsforum.dk/mikael-kristiansen/blog/kotter-om-forandringsledelse> [2011, 0522].
- Kristiansen, S. & Krogstrup, H.K. 1999, *Deltagende observation: introduktion til en samfundsvidenskabelig metode*, 1. udgave edn, Hans Reitzel, Kbh.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. 2009, *Interview: introduktion til et håndværk*, 2. udgave edn, Hans Reitzel, Kbh.
- Malterud, K. 2003, *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*, 2. udgave edn, Universitetsforlaget, Oslo.
- Mølberg Jørgensen, K. & Rasmussen, P. 2005, *Forandringsprojekter som organisatorisk læring*, 1. udgave edn, Aalborg Universitetsforlag, Aalborg.
- Neergaard, C., Hauen, F.v. & Kastberg, B. 1998, *Den lærende organisation i praksis*, 2. udgave edn, Peter Asschenfeldts nye Forlag, [Kbh.].
- Nikula, R.E. 1999, "Organizational and technological insight as important factors for successful implementation of IT", *Proceedings / AMIA ...Annual Symposium.AMIA Symposium*, , pp. 585-588.
- NIP sekretariatet 2007, *NIP håndbogen*, NIP sekretariatet.

- NIP sekretariatet 1 2010, *National Auditrapport 2009 - Apopleksi*, Det Nationale Indikatorprojekt.
- NIP sekretariatet 2 2010, *National Auditrapport 2009 Hoftener frakturer*, Det Nationale Indikatorprojekt.
- NIP sekretariatet 3 2010, *Regional auditrapport 2009 NIP-appopleksi*, Det Nationaleindikatorprojekt.
- NIP sekretariatet 4 2009, *Regional auditrapport 2009 NIP-hoftener frakturer*, Det Nationale Indikatorprojekt.
- Olsen, P.S. 1998, *Kliniske databaser – opbygning, integration og drift*, Sundhedsstyrelsen.
- Riis, O. 2005, *Samfundsvidenskab i praksis: introduktion til anvendt metode*, 1. udgave edn, Hans Reitzel, Kbh.
- Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark 2008, *National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2008-2012: til fremme af befolkningens sundhed samt forebyggelse og behandling*, Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark, [S.I.].
- Senge, P.M. 1990, *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*, Century, London.
- Sharp, H., Rogers, Y. & Preece, J. 2007, *Interaction design: beyond human-computer interaction*, 2. edition edn, Wiley, Chichester, West Sussex.
- Statsrevisorerne 2011, *Beretning om elektroniske patientjournaler på sygehusene: statsrevisorerne fremsender denne beretning med deres bemærkninger til Folketinget og vedkommende minister, jf. § 3 i lov om statsrevisorerne og § 18, stk. 1, i lov om revisionen af statens regnskaber m.m.* Statsrevisorerne, Kbh.
- Sundhed.dk , *Hvad er det Nationale Indikator Projekt* [Homepage of Sundhed.dk], [Online]. Available: <https://www.sundhed.dk/Artikel.aspx?id=49473.1> [2011, 0512].
- Sundhedsministeriet Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010, *Analyse af kvalitetsoplysninger i Danmark*.
- Sundhedsstyrelsen 1 2004, *Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet: Modelbeskrivelse 20.december 2004*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Sundhedsstyrelsen 2 2005, *Tilsynsystema 2004: god lægefaglig journalføring*, , Kbh.

Sundhedsstyrelsen 3 2006, *Tilsynstema 2005: God lægefaglig journalføring, del II*, Version: 1,0; Versionsdato: 5. maj 2006 edn, , Kbh.

Sundhedsstyrelsen & Det Nationale Råd for Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet 2002, *National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*, Version 1.0 edn, Sundhedsstyrelsen.

Sylvest Olsen, P. 1998, *Kliniske databaser: opbygning, integration og drift*, Fortryk edn, Sundhedsstyrelsen, [S.I.].

Tanggaard Andersen, P. & Timm, H.U. 2010, *Sundhedssociologi: en grundbog*, 1. udgave edn, Hans Reitzel, Kbh.

Tanggaard, L. & Brinkmann, S. 2010, *Kvalitative metoder: en grundbog*, 1. udgave edn, Hans Reitzel, Kbh.

Wikipedia , *Digitalisering*. Available: <http://da.wikipedia.org/wiki/Digitalisering> [2011, 0522].

Yngre læger , *Yngre læger Formandsberetning april 2000*. Available: http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/Y_L/Om%20Yngre%20L%C3%A6ger/YL%20mener/BERETNINGER_YL/YL_BERET_14 [2011, 0522].

Bilagsfortegnelse

Bilag 1 – Resultater fra journalaudit.....	107
Bilag 2 – Observationsguide.....	108
Bilag 3 – Interviewguide læger.....	109
Bilag 4 – Interviewguide ledende overlæge.....	111
Bilag 5 – Tjekliste Hoftener frakturer.....	113
Bilag 6 – Registreringsskema NIP-Apopleksi.....	116
Bilag 7 – SSS score Apopleksi.....	122
Bilag 8 – Mail vedrørende deltagelse i interviewundersøgelse.....	123

Bilag 1 – Resultater fra journalaudit

Resultater for journalaudit Apopleksi

Patient nr.	Tobak		Alkohol		Civilstand		SSS score	
	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
1	X		X		X		X	
2	X		X		X		X	
3	X		X		X		X	
4		X		X	X		X	
5	X		X		X		X	
6		X		X		X		X
7	X		X		X		X	
8	X		X		X		X	
9	X			X	X		X	
10	X		X			X	X	
11	X		X		X		X	
12	X		X		X		X	
13	X		X		X		X	
14	X		X		X		X	
15	X		X		X		X	
16	X		X		X			X
17	X		X		X		X	
18	X			X	X		X	
19	X		X		X		X	
20		X		X	X			X
I alt	17	3	15	5	18	2	17	3

Resultater for journalaudit Høftenære frakturer

Patient nr.	Tobak		Alkohol		Civilstand		ASA score	
	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
1	X		X		X			X
2	X		X		X			X
3	X		X			X		X
4	X		X		X			X
5	X		X		X			X
6	X		X		X			X
7	X		X		X			X
8		X		X	X			X
9	X		X		X			X
10	X		X		X			X
11		X		X		X		X
12	X		X		X			X
13	X		X		X			X
14	X		X		X			X
15	X		X		X			X
16	X		X			X	X	
17	X		X			X		X
18	X		X			X		X
19	X		X		X			X
20	X		X			X		X
I alt	18	2	18	2	14	6	1	19

Bilag 2 – Observationsguide

Indledende snak med informanten

Hvilke forudsætninger har du for at være registreringsansvarlig?

Hvilket ansvar har du som registrerings ansvarlig?

Hvilken opdatering tilbydes du?

Hvordan informeres du om ændringer?

Skal du formidle opfølgning ud i afsnittene?

- Hvordan formidler du resultaterne ud?
- Hvilken respons får du?
- Hvad betyder det for dig i forhold til din opgave som registrerings ansvarlig?

Skal du "løfte pegefinger" når det går knapt så godt?

Observationsguide

Problemformulering	Fokusområder	Emner der observeres
Hvorfor kommer data ikke videre til NIP databasen, når de er dokumenteret i EPJ?	Datalagring	Hvor er data lagret?
		Hvordan er data lagret? • Indskannede dokumenter • Strukturering
		Andet?
	Genfinding af data	Hvordan findes data? • Let/besværligt • Hurtigt/langsomt
		Er alle data registreret?
		Andet?
	Indberetning	Hvilke artefakter anvendes?
		Hvilke arbejdsbetingelser har informanten? • Støj/ro • Afbrydelser • Tid • Arbejdsområde
		Validerer informanten data før de registreres?
		Kontrollerer informanten data når de registreres?
		Er der nogen form for validering af indberettede data indbygget i den kliniske database?
		Hvordan håndteres uoplyste data?
		Er der mulighed for at udføre ændringer i indberettede data?
		Andet?

Bilag 3 – Interviewguide læger (2 sider)

Interviewguide - læger

Briefing

- Præsentation af mig selv
- Projektet – kort om emne og indhold
- Formålet med interviewet
- Formen for interviewet
 - Optages på mp3
 - Anonymitet
- Er der nogen spørgsmål?

Problemformulering	Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
<i>Hvorfor dokumenterer læger ikke data struktureret i EPJ?</i> Skyldes det: • At struktureret dokumentation er vanskeligt i forhold til en kompleks klinisk hverdag? • At lægerne ikke skriver selv, men dikterer og har derfor ikke den samme 'føling' med opbygning af EPJ? • Manglende motivation fra lægerne? • At det er svært at bryde gamle vaner? • Manglende ledelses opbakning? • At der blandt lægerne er uvilje mod at	Struktureret dokumentation	
	Indledning	Hvor længe har du været læge?
		Hvor længe har du været på afdelingen?
		Hvor længe har du anvendt EPJ?
	Skriver lægen selv i EPJ eller dikteres journalen?	Er der nogen regler/retningslinjer for dokumentation i afdelingen?
		Skriver du selv journalnotater eller dikterer du notaterne?
		Hvilke notater skriver du selv og hvilke dikterer du?
		Hvad er grunden til at du dikterer nogle notater og selv skriver andre?
		Hvornår har du sidst selv skrevet et notat?
	Hvordan hænger struktureret dokumentation sammen med det daglige journaloptag i den kliniske hverdag?	Hvor meget tid bruger du ca. på dokumentation om dagen?
		Har dette ændret sig efter indførelsen af EPJ?
		Hvad er vigtigt for dig når du dokumenterer?
		Hvordan hænger dette sammen med EPJ?
	Anvender lægen nøgleordene i notatskabelonerne i EPJ?	Hvordan foregår det når du dikterer et notat? (Anvendes der huskelister eller har lægen EPJ åbent og ser på notatskabelonerne imens?)
		Bruger du nøgleordene når du dikterer?
		Hvis nej – hvad skyldes det? Hvis ja -
		Hvordan foregår det når du skriver et notat i journalen?

Problemformulering	Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
dokumentere struktureret? - Manglende information fra EPJ organisationen? - At NIP data er ikke en del af den daglige journaloptag, men ekstra data, der skal huskes? - Manglende viden om processen omkring opsamling og indberetning af data til NIP kvalitetsdatabaser? - Manglende viden om, hvilken betydning strukturering af data har for indberetning til kvalitetsdatabaser?		Bruger du nøgleordene når du skriver?
		Hvis nej – hvad skyldes det? Hvis ja
	Hvad er holdningen til struktureret dokumentation?	Hvad ser du af fordele og ulemper ved at bruge nøgleordene?
		Hvilken opmærksomhed har dokumentation i lægegruppen i afdelingen? (Diskuteres det til morgenmøder eller andre steder?)
		Hvordan formidler ledelsen deres ønsker/krav til dokumentation (hvis de gør det)?
	Indberetning til NIP databaser	
	Kender lægen arbejdsgangen for opsamling og indberetning af data til NIP kvalitetsdatabaser?	Har du kendskab til, at der i afdelingen opsamles og indberettes data til NIP kvalitetsdatabase for hofte- og frakturer?
		Er der nogen regler/retningslinjer for indsamling og dokumentation af data til NIP hofte- og fraktur?
		Hvor stor opmærksomhed har du på data til NIP hofte- og fraktur, når du udfører daglige journaloptag?
		Oplever du opsamlingen af data til NIP hofte- og fraktur som en naturlig del af den daglige journaloptag?
	Informerer ledelsen om NIP?	Hvilke informationer får du om NIP hofte- og frakturer? - Data skal ind bestemte steder? - Resultater fra NIP sekretariatet? - Bruger du disse resultater?
		Kender du arbejdsgangen omkring indberetningen af data? - Hvem indberetter? - Hvor ofte?

Debriefing

- Har du mere at tilføje?
- Har du nogle spørgsmål?
- Tak fordi du ville deltage.

Bilag 4 – Interviewguide ledende overlæge (2 sider)

Interviewguide – ledende overlæge

Briefing

- Præsentation af mig selv
- Projektet – kort om emne og indhold
- Formålet med interviewet
- Formen for interviewet
 - Optages på mp3
 - Anonymitet
- Er der nogen spørgsmål?

Problemformulering	Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
<i>Hvorfor dokumenterer læger ikke data struktureret i EPJ?</i> Skyldes det: • At struktureret dokumentation er vanskeligt i forhold til en kompleks klinisk hverdag? • At lægerne ikke skriver selv, men dikterer og har derfor ikke den samme 'føling' med opbygning af EPJ? • Manglende motivation fra lægerne? • At det er svært at bryde gamle vaner? • At der er uvilje mod at skulle indordne sig? • Manglende information fra EPJ organisationen? • Manglende ledelses opbakning? • At NIP data er ikke en del af den daglige journaloptag, men ekstra data, der skal huskes? • Manglende viden om	Struktureret dokumentation	
	Hvordan prioriteres dokumentation fra ledelsens side	Er der nogen regler/retningslinjer for lægers dokumentation i afdelingen?
		Sker der nogen uddannelse i dokumentation i afdelingen?
		Er der nogen udfordringer i forhold til at få lægerne til at dokumentere?
		Hvor vigtigt er dokumentation i det daglige kliniske arbejde?
	Hvordan er ledelsens holdning til struktureret dokumentation?	Strukturerer I data ved dokumentation?/ Bruger I nøgleordene når I dokumenterer?
		Hvad er din holdning til strukturering af data i dokumentationen? Fordele/ulemper.
		Hvad er udfordringen i forhold til at få lægerne til at strukturere data/anvende nøgleordene når de dokumenterer?
		Ser du en sammenhæng mellem struktureret dokumentation og indberetninger til NIP kvalitetsdatabaser?
	Hvad er den ledelsesmæssige holdning til indberetning til NIP databasen?	På hvilken måde er der fokus på indberetningen til NIP hoftenær fraktur databasen?
		Hvilke udfordringer/problemer oplever du i forhold til opsamling og indberetning af data til NIP databasen?
		Hvordan anvendes resultaterne fra rapporterne fra NIP sekretariatet i afdelingen?
		Hvordan vælges den/de indberetningsansvarlige?
	På hvilken måde støtter ledelsen processen med opsamling og indberetning af data til NIP kvalitetsdatabaser?	Hvilke kompetencer har den indberetningsansvarlige?

Problemformulering	Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
processen omkring opsamling og indberetning af data til NIP kvalitetsdatabaser? • Uvidenhed om, hvilken betydning strukturering af data har for indberetning til kvalitetsdatabaser?		

Debriefing

- Har du mere at tilføje?
- Har du nogle spørgsmål?
- Tak fordi du ville deltage.

Bilag 5 – Tjekliste Hoftenære frakturer (3 sider)

Tjekliste NIP-hofte­nære frakturer

[Indsæt patientlabel]

- Tjeklisten omfatter baggrundsoplysninger og kliniske processer i relation til indikatorsættet for hofte­nære frakturer i Det Nationale Indikatorprojekt
- Tjeklisten er ikke et obligatorisk registreringsskema, men kan anvendes som huskeliste for det kliniske personale i relation til det enkelte patientforløb og for sekretæren ved indberetning af SKS-koder til det patients administrative system(PAS)/ Landspatientregistret(LPR)
- De kliniske processer dokumenteres på sædvanlig vis i patientens journal
- Hver kode skal kun indberettes én gang for hvert patientforløb
- Obs at tillægskoderne tilføjes /hæftes op på de respektive diagnose /procedure koder

Baggrundsoplysninger

Aktionsdiagnosekode

- S72.0 ☐ Medial femurfraktur
S72.1 ☐ Pertrochantær femurfraktur
S72.2 ☐ Subtrochantær femurfraktur

Operation: Procedurekode + sideangivelse

- KNFB 0-99 ☐ Primære indsættelser af ledprotese i hofteleddet
KNFJ 4 - 9 ☐ Frakturbehandlinger i lårben
TUL 1 – højre ☐
TUL 2 – venstre ☐

Præoperativ Frakturstilling: Diagnosekode + tillægskode

- S72.0-S72.2 +
ZDS01 ☐ Frakturstilling – forskudt
S72.0-S72.2 +
ZDS02 ☐ Frakturstilling – uforskudt
S72.0-S72.2 +
ZDS03 ☐ Frakturstilling – uoplyst

Boligform: Procedurekode + tillægskode

- ZZ8050 + ZRSB01
☐ Egen bolig
ZZ8050 + ZRSB01A
☐ Egen bolig i tilknytning til institution (f.eks. ældrebolig)
ZZ8050 + ZRSB02
☐ Hjemløs
ZZ8050 + ZRSB04
☐ Døgninstitution (f.eks. plejehjem)
ZZ8050 + ZRSB09
☐ Ingen oplysninger om boligforhold

Body Mass Index (BMI): Vægt (i kg) / Højde² (i m): Procedurekode + tillægskode

Vægt: _____ Højde: _____ BMI Værdi (10 -
80) _____

ZZ0242 + værdikode
(VPH0010 –
VPH0080) ☐

BMI

Dato: _____

Måling og registrering af i indikatorerne

Smerter: Procedurekode

- ZZV008A ☐ Systematisk vurdering af smerte ved hjælp af en smerteskala
- ZZV008Z ☐ Smertevurdering forsøgt, men vurdering ikke mulig

Mobilisering: Procedurekode

- ZZP0030A ☐ Mobilisering påbegyndt < = 24 timer efter OP
- ZZP0030B ☐ Mobilisering påbegyndt > 24 timer efter OP **Dato:** _____
- ZZP0030C ☐ Vurdering: ingen indikation for tidlig mobilisering

Basismobilitet ved indlæggelsen - **kan** indberettes: Procedurekode + tillægskode

- ZZV020G1 ☐ Vurdering af selvrapporteret basismobilitet ved indlæggelsen med valideret måleredskab **Dato:** _____

Vurdering af selvrapporteret basis mobilitet ved indlæggelsen ved Cumulated Ambulation Score (CAS)

Det er tillægskodningen til procedurekoden ZZV020G1 med CAS-resultatet fra 'resultater af vurdering til diverse skalaer' ZRRA00 – ZRRA09, der giver informationen om hvilken skala, der er benyttet.

Tillægskoden KAN, men SKAL ikke indberettes

- ZZV020G1 + Værdi 0
- ZRRA00 ☐ Værdi 1
- ZZV020G1 + Værdi 2
- ZRRA01 ☐ Værdi 3
- ZZV020G1 + Værdi 4
- ZRRA02 ☐ Værdi 5
- ZZV020G1 + Værdi 6
- ZRRA03 ☐
- ZZV020G1 + Værdi uoplyst **Dato:** _____
- ZRRA04 ☐
- ZZV020G1 +
- ZRRA05 ☐
- ZZV020G1 +
- ZRRA06 ☐
- ZZV020G1 +
- ZRRA09 ☐

Basismobilitet ved udskrivelsen – **skal** indberettes: Procedurekode + tillægskode

- ZZV020G2 ☐ Vurdering af basismobilitet ved udskrivelsen med valideret måleredskab **Dato:** _____

Vurdering af basismobilitet ved udskrivelsen ved Cumulated Ambulation Score (CAS)

Det er tillægskodningen til procedurekoden ZZV020G2 med CAS-resultatet fra 'resultater af vurdering til diverse skalaer' ZRRA00 – ZRRA09, der giver informationen om hvilken skala, der er benyttet.

Tillægskoden KAN, men SKAL ikke indberettes

ZZV020G2 + Værdi 0

ZRRA00 ☐ Værdi 1

ZZV020G2 + Værdi 2

ZRRA01 ☐ Værdi 3

ZZV020G2 + Værdi 4

ZRRA02 ☐ Værdi 5

ZZV020G2 + Værdi 6

ZRRA03 ☐

ZZV020G2 + Værdi uoplyst

Dato: _____

ZRRA04 ☐

ZZV020G2 +

ZRRA05 ☐

ZZV020G2 +

ZRRA06 ☐

ZZV020G2 +

ZRRA09 ☐

Udarbejdelse af genoptræningsplan inden udskrivelsen: Procedurekode

ZZ0175X ☐ Almindelig genoptræning

ZZ0175Y ☐ Specialiseret genoptræning

Dato: _____

ZZ0175Z ☐ Egentræning

ZZ0172W ☐ Stillingtagen, men ingen genoptræning

Medicinsk osteoporose-profylakse: Procedurekode

BLHM7 ☐ Iværksat eller fortsat medicinsk behandling mod osteoporose

Dato: _____

ZZV010A1A ☐ Vurdering foretaget - ingen indikation

Faldprofylakse: Procedurekode

ZZ5707B1 ☐ Vurdering af behov for faldprofylakse: indikation, tilbud givet

Dato: _____

ZZ5707A ☐ Vurdering foretaget - ingen indikation

Bilag 6 – Registreringsskema NIP-Apopleksi (6 sider)

Apopleksi: Side 1 af 6

REGISTRERINGSSKEMA

NIP-Apopleksi

Landsdækkende

På hvilke patienter skal dette skema udfyldes?

Alle patienter (alder 18+) med akut apopleksi med følgende diagnosekoder:

- ✓ Hjerneblødning (diagnosekode I 61)
- Patienter som **ikke har** modtaget trombolyse:
- ✓ Hjerneinfarkt (diagnosekode I 63)
 - ✓ Slagtilfælde uden oplysning om blødning eller infarkt (diagnosekode I 64)

I de tilfælde, hvor registrering er påbegyndt ved obs.pro.apopleksi og diagnosen frafaldes (er forskellig fra ovennævnte diagnose), skal patienten *ikke* indberettes til NIP.

Der henvises til "Datadefinitioner for NIP-apopleksi" for specifikation af registreringen (www.nip.dk).

Patientens cpr.nr.:	_ _ _ _ _ _ _ _ _
Fornavn(e):	
Efternavn:	
Symptomdebut: Hvis præcise tidspunkt ikke kendes, kan der anvendes et skøn. F.eks. anvendes sidste tidspunkt, hvor patienten med sikkerhed ikke havde udviklet apopleksi dvs. sidst er set rask.	_ _ _ _ _ _ _ _ _ d d m m å å _ _ _ _ _ _ _ _ _ t t m m ☐ Uoplyst ☐ Uoplyst
Akut indlagt:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ d d m m å å _ _ _ _ _ _ _ _ _ t t m m _ _ _ _ _ _ _ _ _ Sygehuskode Afdelingskode Apopleksiafsnit: ☐ Ja ☐ Nej ☐ Uoplyst
Evt. overflyttet til anden afdeling: Hvis pt. i forbindelse med det aktuelle forløb overflyttes til en anden afdeling/hospital, som herefter skal varetage den videre dataindsamling/indberetning, kan der foretages en "teknisk flytning" af pt-forløbet i KMS. Se venligst brugervejledningen for KMS.	Dato for overflytning: _ _ _ _ _ _ _ _ _ d d m m å å Overflyttet til _ _ _ _ _ _ _ _ _ Sygehuskode Afdelingskode Apopleksiafsnit: ☐ Ja ☐ Nej ☐ Uoplyst

INDLÆGGELSESTATUS: Udfyldes i forbindelse med den akutte indlæggelse	
Civilstand:	☐ Samboende ☐ Bor alene ☐ Andet ☐ Uoplyst
Boligform:	☐ Egen bolig ☐ Plejebolig ☐ Andet ☐ Uoplyst
Alkohol: (kvinde/mand)	☐ 14/21 genstande/uge eller færre ☐ Over 14/21 genstande/uge ☐ Uoplyst
Rygning:	☐ Ryger ☐ Tidligere ryger ☐ Aldrig ryger ☐ Uoplyst
Kendt sygdom: Tidligere eller i forbindelse med aktuelle indlæggelse Diagnosen skal være anført som anamnese eller på anden måde være dokumenteret i patientjournalen	
Diabetes Mellitus:	☐ Ja ☐ Nej ☐ Uoplyst
Atrieflimren: Både paroxystisk og kronisk AF	☐ Ja ☐ Nej ☐ Uoplyst
AMI:	☐ Ja ☐ Nej ☐ Uoplyst
Hypertension:	☐ Ja ☐ Nej ☐ Uoplyst
Tidligere apopleksi:	☐ Ja ☐ Nej ☐ Uoplyst
Perifer arteriel sygdom:	☐ Ja ☐ Nej ☐ Uoplyst

APOPLEKSIENS SVÆRHEDSGRAD VED INDLÆGGELEN		
Scandinavian Stroke Scale: (Ved indlæggelse)	Bevidsthed (6 – 4 – 2 – 0)	___
	Øjenmotorik (4 – 2 – 0)	___
	Arm (6 – 5 – 4 – 2 – 0)	___
	Hånd (6 – 4 – 2 – 0)	___
	Ben (6 – 5 – 4 – 2 – 0)	___
	Orientering (6 – 4 – 2 – 0)	___
	Tale (10 – 6 – 3 – 0)	___
	Facialis parese (2 – 0)	___
	Gang (12 – 9 – 6 – 3 – 0)	___
	Total	___
Scoring foretaget:		d d m m å å
Scandinavian Stroke Scale - scoringssystem:		
Bevidsthed 6: vågen ved fuld bevidsthed 4: somnolent, kan vækkes til vågen tilstand 2: reagerer på verbal opfordring 0: dybt bevidstløs	Orientering (måned, hospital, fødselsdato) 6: alle 4: 2 ud af 3 2: 1 ud af 3 0: 0 ud af 3	
Øjenmotorik 4: ingen blikparese 2: blikparese til stede 0: konjugeret blikdeviation	Tale (dysartri vurderes ikke) 10: ingen afasi 6: begrænset ordforråd / usammenhængende tale 3: mere end ja og nej, men korte sætninger 0: højst ja eller nej	
Arm 6: løfter arm med normal kraft 5: løfter arm med nedsat kraft 4: løfter arm med fleksion af albuen 2: bevæger arm men ikke mod tyngden 0: paralyse	Facialis parese 2: ingen eller tvivlsom 0: til stede	
Hånd 6: normal kraft 4: nedsat kraft, men normal bevægelighed 2: nogen bevægelse, kan ikke knytte hånden 0: paralyse	Gang 12: går 5 m uden hjælpemidler 9: går med hjælpemidler 6: går med personstøtte 3: går ikke, sidder uden støtte 0: seng eller kørestolsbunden	
Ben 6: løfter ben med normal kraft 5: løfter strakt ben med nedsat kraft 4: løfter ben med fleksion af knæet 2: bevæger benet men ikke mod tyngden 0: paralyse		

INTERVENTIONER/ BEHANDLING UNDER INDLÆGGELSEN**Undersøgt med CT/MR-scanning:**

- ☐ Ja

d	d	m	m	å	å
- ☐ Nej
- ☐ Ikke faglig relevant
- ☐ Uoplyst

Vurdering ved en ergoterapeut:

- ☐ Ja

d	d	m	m	å	å
- ☐ Nej
- ☐ Ikke faglig relevant
- ☐ Uoplyst

Vurdering ved en fysioterapeut:

- ☐ Ja

d	d	m	m	å	å
- ☐ Nej
- ☐ Ikke faglig relevant
- ☐ Uoplyst

Vurdering af ernæringsrisiko:**Body Mass Index:**

- ☐ Ja

d	d	m	m	å	å
- Højde (cm) :

--	--	--	--	--
- Vægt målt (kg):

--	--	--	--	--
- eller
- Vægt anslået (kg):

--	--	--	--	--
- ☐ Nej
- ☐ Ikke faglig relevant
- ☐ Uoplyst

Vurdering med vandtest:

- ☐ Ja

d	d	m	m	å	å
- ☐ Nej
- ☐ Ikke faglig relevant
- ☐ Uoplyst

Trombocythæmmende behandling:
(Påbegyndt eller genoptaget)

***Påbegyndt eller genoptaget:** Hvis patienten er påbegyndt behandling inden det aktuelle indlæggelsesforløb og

1) behandlingen ikke pauseres, angives samme dato som for indlæggelsesdato eller

2) behandlingen pauseres men genoptages, da angives datoen for, hvornår behandlingen blev genoptaget.

- ☐ Ikke indiceret
- ☐ Ja

d	d	m	m	å	å	*
- ☐ Nej [anden årsag]
- ☐ Uoplyst

UDSKRIVELSE	
Udskrevet:	d d m m å å Sygehuskode Afdelingskode
Udskrivelsesdiagnose:	☐ Hjerneblødning (I 61) ☐ Hjerneinfarkt (I 63) ☐ Slagtilfælde uden oplysning om blødning eller infarkt (I 64)

Bilag 7 – SSS score Apopleksi

Scandinavian Stroke Scale (SSS)		Tidspunkt SSS	Dato	Ved indlæggelsen	Efter 4 timer	Efter 8 timer	Efter 12 timer	Efter 16 timer	Efter 20 timer
Bevidsthed 6 vågen ved fuld bevidsthed 4 somnolent 2 reagerer på verbal opfordring 0 bevidstløs		Bevidsthed							
Øjenmotorik 4 ingen blikparese 2 blikparese til stede 0 konjugeret blikdeviation		Øjenmotorik							
Arm 6 løfter arm med normal kraft 5 løfter arm med nedsat kraft 4 løfter arm med fleksjon af albue 2 bevæger arm, men ikke mod lyngden 0 paralyse		Arm							
Hånd 6 normal kraft 4 nedsat, men normal bevægelighed 2 nogen bevægelse, kan ikke knytte hånd 0 paralyse		Hånd							
Ben 6 løfter ben med normal kraft 5 løfter strakt ben med nedsat kraft 4 løfter ben med fleksjon 2 bevæger benet, men ikke mod lyngden 0 paralyse		Ben							
Tale 6 alle 4 2 ud af 3 2 1 ud af 3 0 0 ud af 3		Tale							
Orientering (måned, hospital, fødselsdag)		Orientering							
Total		Total							
BT		BT		Hæ.	ve.				
Puls		Puls							
Temp.		Temp.							
Blodts		Blodts							
Sat.		Sat.							
Sign.		Sign.							

Bilag 8 - Mail vedrørende deltagelse i interviewundersøgelse.

Kære Jens Lauritsen som aftalt sender jeg dig mit oplæg ved interviewundersøgelsen.

Baggrund

I forbindelse med en 3årig masteruddannelse i sundhedsinformatik er jeg i gang med sidste år og skal aflevere mit masterspeciale i maj måned 2011.

Undersøgelsen er en del af mit masterspeciale, hvis overordnede emne er 'Digitalisering og kvalitetsudvikling – med- eller modspiller'.

Foreløbig har en af mine undersøgelser vist at, manglen på struktureret dokumentation af data i EPJ er en af de faktorer, der har betydning for kvaliteten af de data, der indberettes til NIP kvalitetsdatabaserne.

Formål med denne undersøgelse

At kortlægge årsager til, at data ikke dokumenteres efter strukturen i den anvendte EPJ, der understøtter struktureret dokumentation.

Foreløbig problemformulering for denne undersøgelse

Hvorfor dokumenterer læger ikke data struktureret i EPJ?

Metode

Interview af ledende overlæge fra afdeling, der er indberetningsansvarlig i forhold til NIP sygdomsområder, for at få belyst den ledelsesmæssige indstilling til indberetning til NIP kvalitetsdatabaser.

Interviews af 4-5 læger der arbejder på afdelinger, der er indberetningsansvarlig i forhold til NIP sygdomsområder, for at få belyst deres indstilling til at dokumentere data struktureret i EPJ.

Sample

- Både mænd og kvinder – dette er dog ikke det vigtigste kriterium at opfylde
- Læger der har meget erfaring med at dokumentere
- Læger der ikke har særlig meget erfaring med at dokumentere
- Læger der har været ansat på afdeling O længere tid (over 2 år)
- Læger der har været ansat på afdeling O kort tid (under 1 år)
- Lægerne må gerne have forskellige holdninger til at dokumentere og til COSMIC.
- Det er ikke et kriterium, at lægerne kender til NIP indberetninger

Tidsplan

Interviewene vil være af ca. ½ times varighed og vil af hensyn til tidsforbruget for informanterne foregå på afdeling O, hvis der er mulighed for dette. Interviewene vil blive optaget, men alle data vil blive anonymiseret.

Det vil være hensigtsmæssigt, hvis interviewene kan gennemføres i ugerne 10, 11, 12 og 13.

Håber det kan lykkes at finde nogle læger, der har tid og lyst til at deltage.

Venlig hilsen
Marianne Møller – EPJ konsulent

Abstract

This investigation takes its offset in the challenges of making digitalization in the health system support quality development – with a focus on how EHR can support reporting of data to quality databases.

Method

An initial observation study demonstrated, what happens in the process of getting data from the EHR into NIP databases. Data obtained was analyzed by systematic text condensation. One finding was that there is no structured documentation of medical information, which has implications for data transmission. Therefore, an interview study was performed to investigate, why doctors do not carry out structured documentation. These data were also analyzed by systematic text condensation and interpreted in the perspective of the theory on the learning organization, including Argyris and Schön's theory of learning, and Kotter's theory of change management.

Conclusion

The observation study showed that the following is of significance to the reporting to NIP databases: 1) that data documentation is well structured, 2) that there are agreements on by whom and where the data shall be documented, 3) that data can only be documented in EHR, and 4) the skills possessed by the registering person. A following Interview Survey showed that the reasons why doctors not documents structured are 1) because the department has not changed its workflow 2) the management has a strong focus on meeting the documentation requirements, but has not succeeded to anchor new procedures in the department, 3) the department does not have a strong culture of learning, and 4) single-loop learning takes place at the individual level, but the organization is not performing double-loop learning, and 5) the doctors have insufficient insight into the process of reporting to NIP databases.

The results from the two investigations provides a solid fundament both for improving the process of reporting data from EHR to quality databases, and for the further use and development of HER In relation to quality databases.