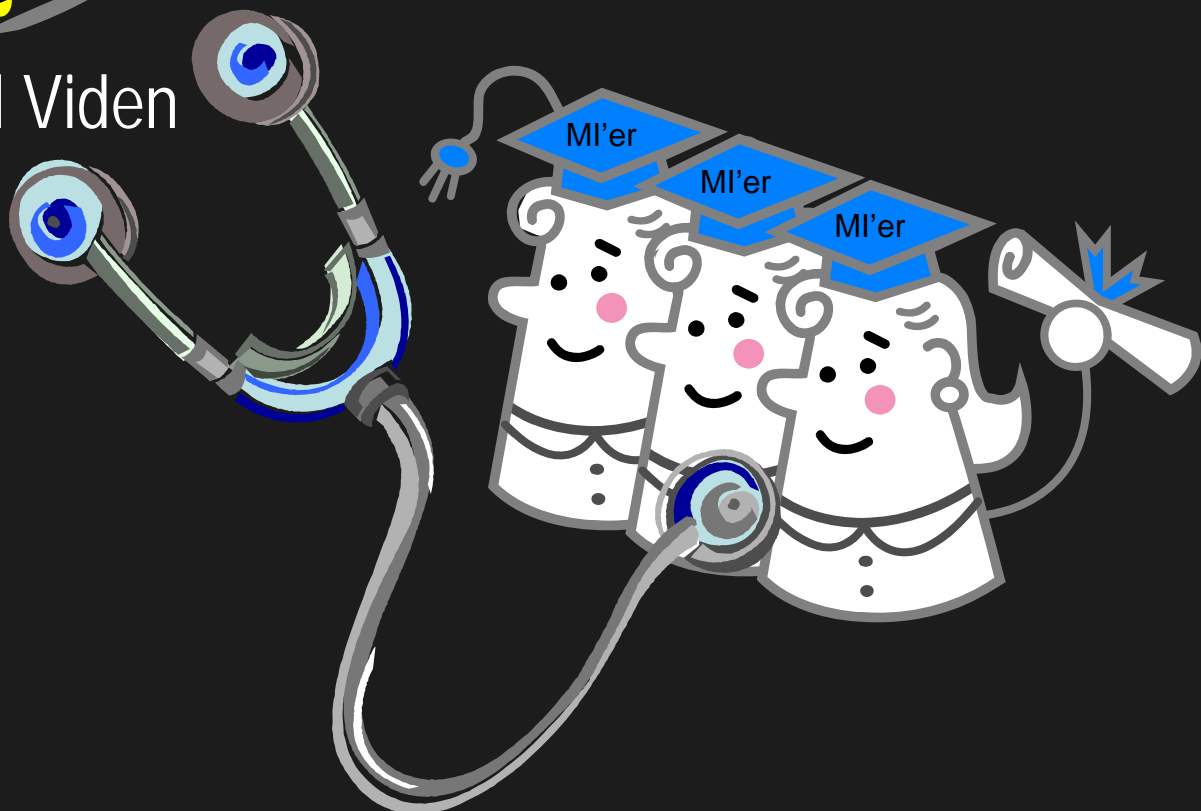


På sporet af Sund Viden

Evaluering af et elektronisk Dokumentstyringsystem



Sund Viden



Udarbejdet af:
Annika Sonne Hansen
Frieda Petersen
Lise Beyer Gommesen

Master of Information Technology med specialisering
i Sundhedsinformatik, Efter- og Videreuddannelse,
Aalborg Universitet
3. årgang, 2006

Vejleder: John Stoltze

Indholdsfortegnelse

| | |
|--|------------|
| Forord | 2 |
| Indledning | 4 |
| Projektrapportens opbygning: | 6 |
| Del 1: | 8 |
| Problembeskrivelse: | 8 |
| Baggrund: | 8 |
| Problemets eksistens: | 21 |
| Årsager og konsekvenser: | 22 |
| Interesseparter: | 24 |
| Problemformulering: | 26 |
| Afgrænsning: | 27 |
| Del 2: | 28 |
| Teoretisk referenceramme: | 28 |
| Teori omkring implementering i en organisation. | 28 |
| Teori omkring aktør netværk. | 29 |
| Metode: | 37 |
| Undersøgelsesenhed | 37 |
| Metodedesign | 41 |
| Empiri | 59 |
| Spørgeskemaundersøgelse | 59 |
| Interview med kvalitetskoordinator | 70 |
| Interview med en tovholder for Sund Viden: | 72 |
| Dokumentanalyse: | 75 |
| Del 3: | 84 |
| Analyse | 84 |
| Konklusion | 96 |
| Perspektivering: | 99 |
| Del 4 | 102 |
| Begrebsdefinitioner | 102 |
| Ordliste | 106 |
| Resume | 107 |
| Abstract | 108 |
| Litteraturliste | 109 |
| Bilagliste | 113 |
| Figurliste | 113 |

Forord

Dette er et 3. års Masterprojekt udarbejdet i forbindelse med studiet Master of Information Technology med specialisering i Sundhedsinformatik ved Aalborg Universitet 2005-2006.

Indholdet i denne rapport er kun udtryk for de studerendes holdninger og kan ikke tilskrives Aalborg Universitet.

Hvad er sundhedsinformatik?

"sundhedsinformatisk forskning er en tværfaglig disciplin, hvor der forskes i, hvordan der opnås en optimal udnyttelse af informationsteknologien i sundhedssektoren ved metodisk at beskrive, analysere, designe og anvende informationsbehandling i en sundhedsfaglig sammenhæng." (V-CHI 2004)

Ifølge studieordningen, er temaet for dette 3. års projektarbejde "Informationsteknologi i sundhedssektoren set i et videnskabeligt perspektiv". Dvs. der er fokus på de videnskabelige arbejdsmetoder i forbindelse med analyse, udvikling og anvendelse af informationsteknologien i sundhedssektoren. (Det tekniske-naturvidenskabelige fakultet 2000)

Projektet er udarbejdet af Annika Sonne Hansen, Frieda Petersen og Lise Beyer Gommesen.

Annika er 27 år og har været uddannet sygeplejerske i 4 år. Arbejder i dag hos CareCom A/S, som sundhedsfaglig konsulent. Har tidligere arbejdet på Sundhed.dk som projektkonsulent på Svangreprojektet og som sygeplejerske i Kirurgisk Enhed på Hillerød Sygehus i 4 år. Har deltaget i implementeringen af elektronisk medicinmodul i Frederiksborg Amt.

Frieda er 30 år og har været uddannet sygeplejerske i 6 år. Blev ansat i 2003 som EPJ-koordinator på Sydvestjysk sygehus, Esbjerg, og har beskæftiget sig dels med udvikling og implementeringen af et notatmodul og dels et medicinmodul.

Lise er 46 år gammel, har været uddannet sygeplejerske i 14 år og arbejder på Kirurgisk Enhed, Helsingør Sygehus som forløbsansvarlig sygeplejerske for plastikkirurgien. Varetager derudover funktioner som EPJ-koordinator, superbruger og nøgleperson i kvalitetsudvikling.

Vi vil gerne takke klinikerne i Frederiksborg Amts Sygehusvæsen for deres beredvillige deltagelse i vores undersøgelser og for deres løbende interesse i udviklingen af projektet. En speciel tak til de kontaktpersoner fra de forskellige specialer, som var behjælpelig med vores spørgeskema. En tak skal også lyde til den kvalitetskoordinator og tovholder som stillede op til interview.

Vi vil takke Sidse for hendes kreative layout på forsiden i projektet og Majken for at bestå til at transskribere de foretagne interviews i projektet. En tak skal også falde til vores lidelsesfæller de norske meritstuderende Anne og Thorbjørg, samt Margit for deres gode feedback på vores seminarer. Vi vil ligeledes gerne takke John Stoltze for god og konstruktiv vejledning gennem dette masterprojekt.

Til sidst vil vi gerne takke vores familie for deres overbærenhed i de stressede perioder, som uundværlig opstår i en sådan proces. Speciel tak til Kim og Bjørn for deres ”objektive” lægmands begejstring ved læsning af dette projekt.

God Læselyst

Annika, Frieda og Lise

Indledning

”Den faglige kvalitet kan gøre forskellen mellem liv og død. Regeringen går ikke på kompromis. Den faglige kvalitet skal være høj. Regeringen vil ikke acceptere det uforpligtende, når det drejer sig om patienternes helbred. Holdningen om at det går nok, skal erstattes af klare mål for kvalitet og af konsekvens. Konsekvens ved at de gode præstationer belønnes og ved at sætte det bedste som standard. Vi skal derfor skabe de bedste rammer for at videreudvikle personalets kompetencer.”
(Indenrigs og Sundhedsministeret 2003 p. 3-4)

En af denne projektgruppes medlemmer var i november 2005 tilstede på et sygeplejesymposium, hvor hun præsenterede en poster omkring uddannelsen til sundhedsinformatiker. En sygeplejerske kom hen til hende og de talte lidt om uddannelsen i forhold til IT og sygepleje. "Ved du hvad", sagde sygeplejersken, "jeg kunne godt tænke mig at nogen evaluerede det vejledningssystem, vi har fået, for det er jeg godt og grundigt træt af. Man kan ikke finde det, man skal bruge i det og når man så endelig har fundet lidt, kan man ikke bruge det til noget." - "Ved du hvad", svarede projektgruppens medlem, "det er lige nøjagtigt det, vi har tænkt os at gøre!"

Der er flere formål forbundet med at evaluere IT-system i sundhedssektoren. Vi har i vores kliniske hverdag som slutbrugere alt for ofte oplevet frustrationer med et IT-system. Disse frustrationer har vi har bragt videre til lederne, som forhåbentlig igen har bragt det videre. Det kan ofte være svært for en person som en leder at forstå og viderebringe en klage på et system, som de ikke selv har erfaringer med. Det slutbrugeren ofte savner, er en tilbagemelding om at det hjælper, at der rent faktisk kan ændres på tingene, at nogen interessere sig for hvad man har at sige.

Rigby skriver:

After considerable effort and resources have been invested in any information system it would seem only obvious to assess its functioning, effectiveness and any other effects”
(Rigby 2001p. 1198) og han fortsætter (...) *it has to be recognised that an applied information system is not just the software systems, but the overall combination of hardware, and peripheral devices, operational policies and procedures and training.”*(Rigby 2001 p. 1200)

Mange andre forskere(Heathfield and Pitty 1998; Rigby 2001) m.fl. har givet udtryk for, at det ikke kun er IT-systemet, som skaber problemer. Det er urealistisk at forvente perfektion i alle tilfælde med det samme. Derfor er det væsentligt for at ramme målet at identificere de områder, som behøver finjustering, det kunne være softwaren, kombinationer af hardware og andre anordninger, arbejdsprocedure og uddannelse. Såvel som de organisatoriske områder, der gennemgår forandring.

Rigby kommer ind på Non-Maleficence begrebet, som går ud på at man ikke må skade patienten. Han argumenterer for, at et system kan gøre indirekte skade med hensyn til spildte ressourcer, spild af tid, mindre optimale data eller informationer. Det er indeholdt i sundhedsvæsenets politik, at det skal sikres, at enhver klinisk intervention skal være den mest passende for at opnå optimal effekt med undgåelse eller minimering af risiko for diverse effekter. Den eneste måde at sikre dette på er ved videnskabelig evidens som basis for klinisk aktivitet.

”If health information systems are intended to support better healthcare delivery by clinicians (..) it is self-evidently logical that such systems themselves should be shown to be optimal form evidential sources” (Rigby 2001 p. 1201)

De erfaringer, man derved får med implementering af et IT-system, kan gives videre til andre.

I vores 2. års projekt, udarbejdet i perioden september 2004 til juni 2005, på studiet Master of Information Technology med specialisering i Sundhedsinformatik ved Aalborg Universitet, forsøgte vi at klarlægge, hvilke forventninger henholdsvis beslutningstagerne og slutbrugerne havde til et kommende elektronisk dokumentstyringssystem, kaldet Sund Viden, i en klinik i Frederiksborg Amt. Vi ville undersøge, om der var overensstemmelse mellem disse forventninger og hvilke konsekvenser det kunne have, hvis der var uoverensstemmelse mellem disse forventninger ud fra teori omkring IT-implementeringer og forandringsprocesser

Vi lavede en førundersøgelse kort, før Sund Viden blev sat i drift på sygehusene. Vi udførte dels et fokusgruppinterview af de kommende slutbrugere og dels et telefoninterview af projektlederen på Sund Viden.

I dette 3. års masterprojekt har vi til hensigt at lave en efterundersøgelse af implementeringen af Sund Viden ca. 1 år efter, at det blev taget i brug på sygehusene. Dette har vi tænkt os at gøre ved hjælp af en spørgeskemaundersøgelse af de daglige slutbrugere af systemet, for at klarlægge i hvor høj grad medarbejdernes forventninger til systemet er imødekommet og hvilken indvirkning, dette har på deres brug af Sund Viden, som et hjælperedskab i deres daglige arbejde. Ud fra udvalgte emner, fra spørgeskemaundersøgelsen, vil vi lave et opfølgende interview af en kvalitetskoordinator og projektejerne til brug i vores analyse og diskussionsafsnit.

Projektrapportens opbygning:

Første del af projektet omhandler problembeskrivelsen.

Vi indleder med en opsummering af konklusionerne fra vores førundersøgelse.

Vi fortsætter med at gøre rede for baggrunden for indførelsen af det elektroniske dokumentstyringssystem kaldet Sund Viden, samt en beskrivelse af opbygningen af systemet både med hensyn til indhold, samt hvorledes det præsenterer sig for slutbrugerne af systemet.

Da indførelsen af Sund Viden er en del af et kvalitetsudviklingsprojekt i amtet med henblik på en fremtidig akkreditering, har vi også fundet det relevant at gøre rede for begrebet kvalitetsudvikling og dets sammenhæng med dokumentstyring.

Hvert af disse underafsnit afsluttes med nogle delkonklusioner og eventuelle spørgsmål, som til sidst vil blive samlet i en præcisering af vores problembeskrivelse med en problemformulering, som er styrende for den videre del af projektet. Ligeledes beskrives her vores afgrænsninger i projektet.

Anden del af projektet omhandler først vores teoretiske referenceramme, hvor vi gør rede for Diffusion of Innovations model, samt Aktør Netværks Teorien. Dernæst følger metodeafsnittet, hvor beskrivelse af undersøgelsesenheden og metodedesignet beskrives. Vi har valgt at bruge metode triangulering.

Vi slutter anden del af med at redegøre for vores empiri indsamling, som består af data fra spørgeskema, interview, samt dokumentanalyser.

Tredje del af projektet omhandler en analyse af de indsamlede data sammenholdt med teorien omkring aktør netværk. Vi fremsætter en konklusion på baggrund af analysen og slutter denne del af med en perspektivering.

Fjerde del af projektet indeholder begrebsdefinitioner og en ordliste af forkortelser brugt i projektet. Der er mange begreber og forkortelser at holde styr på i et projekt som dette, derfor har vi valgt at samle vores begrebsdefinitioner bagerst i projektrapporten, således at læseren hurtigt kan slå op i tvivlstilfælde.

Litteraturlisten er udarbejdet efter Harvard systemet. Herefter følger et resume på dansk efterfulgt af et Abstract på engelsk, samt figur- og bilagsoversigt over de bilag, som vi har fundet relevante at medtage i deres helhed for dem, som kunne have en interesse i at læse dem. Bilagene bringer dog ikke noget kritisk/vigtig nyt frem, som ikke i forvejen fremgår af projektrapporten.

Tilslut vil vi nævne at eksemplerne, der bruges i projektet, er anonymiseret.

Del 1:

Problembeskrivelse:

I dette kapitel gør vi først rede for baggrunden for dette projekt med udgangspunkt i vores 2. års projekt på masteruddannelsen. Vi ser nærmere på baggrunden for anskaffelsen af et sådant system i relation til kvalitetsudvikling. Dernæst beskriver vi selve systemet Sund Viden med hensyn til procedurer for udarbejdelsen af dokumenter til systemet. Vi forklarer kort systemets grafiske opbygning og den information, der er givet til slutbrugerne. Dernæst ser vi på begrebet kvalitetsudvikling som en del af en akkrediteringsproces og vi præsenterer vores problems eksistens, årsager og konsekvenser i et patient-, personale – og ledelsesaspekt. Kapitlet rundes af med en præcisering af vores problemformulering.

“One central theme is that the road to successful technology implementation must have – like any good road – a solid foundation or understructure before the paving begins.”
(Lorenzi and Riley 2004 p. 165)

Baggrund:

Dokumentstyringssystemet Sund Videns formål var at afløse de hidtidige papirbaserede vejledninger og andre lokale vejledningssystemer, som personalet anvender i deres daglige arbejde for at søge viden omkring udførelsen af forskellige procedurer f.eks. nedlæggelse af en sonde eller dosering af medicin.

Slutbrugernes krav til et IT-system er en meget vigtig ting at undersøge for at undgå fiasko (Preece 1994) En måde at få fastlagt disse krav er ved at tage en brugerorienteret tilgang til udvikling. Hvis slutbrugerne bliver hørt og deres behov bliver taget under overvejelse, er der større sandsynlighed for, at det endelige resultat vil møde deres behov og forventninger.

Vi lavede en såkaldt førundersøgelse kort før Sund Viden blev sat i drift februar 2005 ved hjælp af dels et fokusgruppeinterview af forskellige klinikere i Klinik for Øvre Kirurgi og Plastikkirurgi, Helsingør Sygehus, Frederiksborg Amt og dels ved hjælp af et telefoninterview af daværende projektleder på Sund Viden.

Ved at sammenholde de to dataindsamlinger fandt vi, at der overensstemmelse mellem nogle af de punkter, som IT-systemet skulle afhjælpe og derudover havde slutbrugerne en række problemer, som de ønskede håndteret.

Der var overensstemmelse med problemer omkring vidensdelingen af ensartede, tilgængelige, entydige, opdaterede, relevante og godkendte vejledninger. Som et punkt kan vi nævne ensartethed i pleje - og behandlingsaktiviteter. Her skulle Sund Viden sikre, at alle klinikere udfører specifikke pleje – og behandlingsaktiviteter ens ved at handle ud fra vejledninger beliggende i systemet. Dette krav var både beslutningstagerne og slutbrugerne enige i. Et andet punkt er tilgængeligheden af vejledninger. Projektledelsen stillede krav om, at systemet skulle leve op til tilgængelighed af vejledninger, men tilgængelighed af hvilke vejledninger. Viden omkring slutbrugernes behov for vejledninger kunne være indhentet ved arbejdsgangsanalyser, men disse blev ikke foretaget.

Derudover oplevede personalet blandt andet følgende problemer med de eksisterende papirbaserede vejledninger: De blev ikke brugt i et særligt stor omfang, det var for stort et arbejde at få godkendt en vejledning, samt at der manglede vejledninger om relevante emner.

De udtrykte specifikt forventninger til Sund Viden om, at det:

- Skulle være nemt at bruge
- Skulle være nemt at logge sig på
- Skulle være nemt at navigere rundt i
- Skulle være nok hardware til rådighed
- Skulle skabe mindre spildtid med hensyn til dokumentation
- Skulle sikre ensartethed i information til patienter og studerende
- Samt sikre effektivitet i arbejdsgangene ved ikke at skulle lede efter en vejledning

Vi kobledes dataindsamlingerne med teori omkring beslutningsprocesser, arbejdsgangsanalyser og organisationsforandringer i forbindelse med indførelse af IT-systemer. Hvorfra vi fandt anledning til at problematisere det forhold, at projektgruppen ikke havde foretaget arbejdsgangsanalyser for at sikre fælles mål, engagement og forandringsparathed fra medarbejderne.

Vi mente, at IT- systemer alene løser ikke problemer i en organisation, men at der bør ske en tilpasning af en organisation og dens arbejdsgange under et udviklingsforløb, som det at skulle indføre et nyt IT-system er. Ledelsen og slutbrugerne skal kunne se hvilket formål, der er med at implementere et IT-system bl.a. gennem en dialog mellem de to parter.

Brugerinddragelsen i den projektorganisation vi undersøgte, var svær at få øje på.

Ved at gennemgå de krav, som de kommende slutbrugere af Sund Viden havde, fandt vi mange problemstillinger, som var mere af organisatorisk karakter end af tekniske system krav. Dermed ville det, efter vores opfattelse, kræve nogle organisatoriske forandringer, inden problemerne med vejledningerne kunne løses. (Gommesen, Hansen et al. 2005)

Delkonklusion:

Forud for indførelsen af det elektroniske dokumentstyringssystem Sund Viden i Frederiksborg Amt, blev de kommende slutbrugere af systemet ikke inddraget i nævneværdig grad. Der blev ikke foretaget arbejdsgangsanalyser eller interviews, som kunne have synliggjort de problemer, af organisatorisk art, som slutbrugerne gav udtryk for, eksisterede.

Selvom der på mange punkter var overensstemmelse mellem de krav og forventninger, som både beslutningstagerne og slutbrugerne havde til Sund Viden, gav slutbrugerne udtryk for nogle flere krav og forventninger, som må anses for særdeles vigtige for en vellykket implementering. Opfyldelse af kommende klinikere krav og forventninger til et IT-system kan have stor indflydelse på deres brug af systemet og dermed systemets succes og nytteværdi.

Derfor undrer det os, at man ikke har undersøgt dette forud for indførelsen af Sund Viden.

Dermed kan vi fremsætte følgende spørgsmål:

- Er slutbrugernes problemer med vejledninger blevet løst?
- Er slutbrugernes forventninger blevet indfriet?
- Anvender slutbrugerne Sund Viden til at søge information til brug i deres daglige arbejde?
- Findes der vejledninger om de emner, som slutbrugerne efterlyser, dvs. de vejledninger, de har brug for i deres daglige arbejde?

Sund Viden

I den nationale IT-strategi for Sundhedsvæsenet står der, at IT skal være med til at tilgodese tre grundlæggende interesser nemlig borgernes, de sundhedsprofessionelles og de samfundsmæssige hensyn. Den skal bidrage direkte til forbedringer af kvalitet, service og sammenhæng i patientbehandlingen. (Indenrigs og Sundhedsministeriet 2003)

Kvalitet er et nøglebegreb i tidens sundhedspolitik. Sundhedsstyrelsen understreger, at kvalitetssikringen af den pleje og behandling, vi yder til vores patienter skal tage udgangspunkt i WHO' s kvalitetsmål, som er:

- Høj professionel standard
- Effektiv ressourceudnyttelse
- Minimal patientrisiko
- Høj patienttilfredshed
- Helhed i patientforløbet

Kvalitetsudviklingen skal i vid udstrækning handle om at sikre en kontinuerlig implementering af ny sundhedsfaglig viden på en mere systematisk måde, på tværs af faglige områder og sektorer. Denne nye viden skal formidles ind i direkte handlingsanvisende rammer, f.eks. i kliniske vejledninger. Sundhedsstyrelsen skriver endvidere, at det skal sikres, at der i de enkelte afdelinger/enheder i sygehusvæsenet foreligger procedurer f.eks. medicinordinationer, administration af disse og apparaturanvendelse med mere. (Det nationale råd for kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet 2002)

For at belyse hvordan vejledninger i et elektronisk dokumentstyringssystem kan bruges i det daglige kliniske arbejde for flere faggrupper, har vi udarbejdet et par tænkte eksempler:

Procedurevejledning:

En læge skal fjerne et pleuradræn (lunedræn) fra en patient. Han/hun kan ikke huske den præcise procedure og efterfølgende røntgenkontrol. Han/hun vælger derfor at finde en vejledning om det for at være sikker på, at han handler korrekt for ikke at volde unødigt skade på patienten.

Administrativ vejledning:

Afdelingslederen bliver stillet et spørgsmål af et personalemedlem omkring et sikkerhedsspørgsmål.

Denne viden sidder lederen ikke inde med, men han/hun benytter en vejledning om emnet til at besvare personalemedlemmets spørgsmål.

Ifølge den tidligere projektleder på anskaffelsesprojektet Sund Viden blev beslutningen omkring anskaffelsen af et elektronisk dokumentstyringssystem truffet af amtets akkrediteringsstyregruppe med repræsentanter fra sygehusledelsen, afdelingsledelser og stabsenhederne som led i kvalitetsudviklingsprocessen i Frederiksborg Amt. (se afsnittet kvalitetsudvikling)

De problemer, systemet skulle afhjælpe, var de overordnede kvalitetskrav om:

- Vidensdeling
- Ensartet overordnet kvalitet for hele amtets sundhedsvæsen
- Tilgængelighed for alle i amtets sundhedsvæsen
- Entydighed
- Opdateret viden, som er relevant og godkendt
- Fælles terminologi
- Fælles skabeloner

Dokumentstyring defineres af Frederiksborg Amt som:

”Processer og værktøjer, der sikrer:

- *. Entydig og hensigtsmæssig udarbejdelse, godkendelse, revision og arkivering af dokumenter i sundhedsvæsenet.*
- *. Tilgængelighed af entydige, opdaterede og gyldige dokumenter for alle medarbejdere i sundhedsvæsenet.*
- *. Skriftlig tilkendegivelse, data eller information, der beskriver sundhedsvæsenets virksomhed og dets ydelser overordnet eller specifikt.”*

(Sundhedsvæsenet 2004 p. 37)

Der blev i 2004 udarbejdet et dokument som havde til formål at beskrive, hvorledes dette kan sikres.(Thomsen 2004)

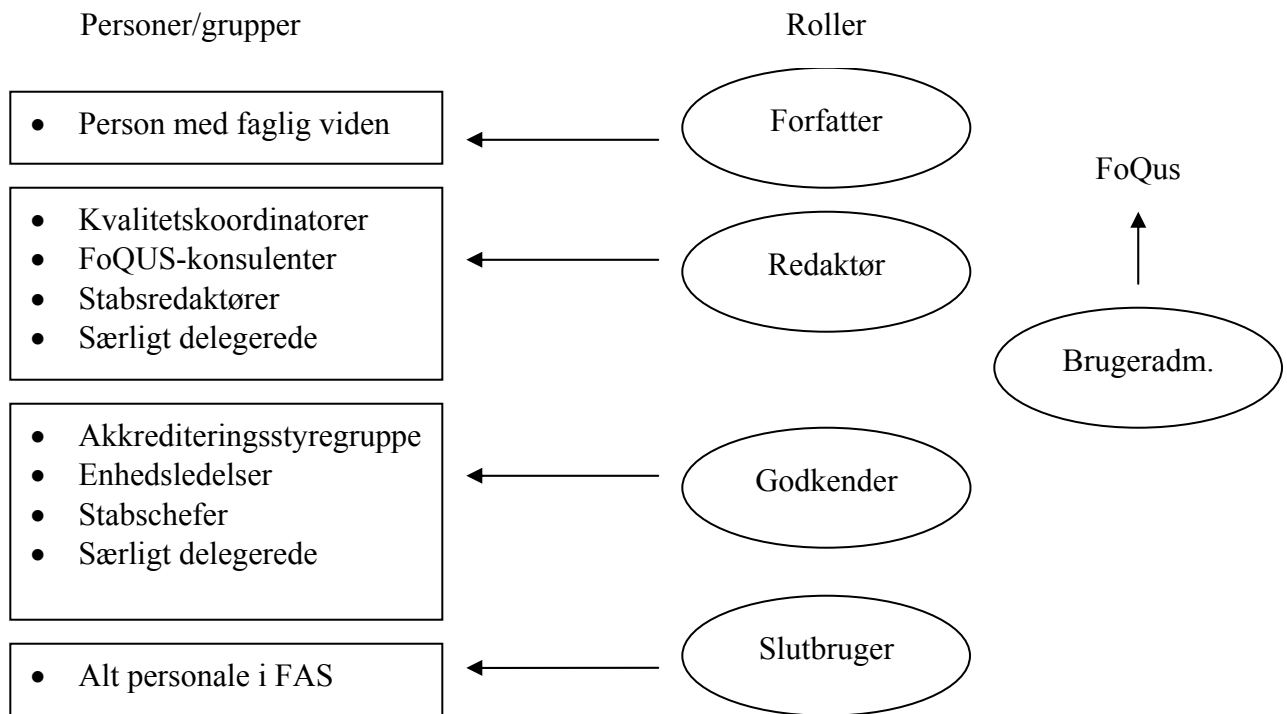
Første skridt vil være at bestemme, om et dokument er enhedsrelateret, dvs. beregnet til et lægeligt speciale eller tværgående, dvs. relateret til to eller flere specialer.

For tværgående dokumenter gælder, at anmodning om et nyt dokument (vejledning) skal forelægges akkrediteringsstyregruppen. Hvis denne gruppe godtager anmodningen, nedsættes der en arbejdsgruppe med repræsentanter for de relevante enheder og faggrupper, som uddelegerer udarbejdelsen af dokumentet til en funktionsenhedsledelse, sundhedsfagligt råd eller enkeltperson. Herefter udarbejdes dokumentet i henhold til gældende skabeloner og vejledninger og sendes via en redaktør til godkendelse i akkrediteringsstyregruppen, som kan uddelegere sin godkendelseskompetence. Efter godkendelse offentliggøres dokumentet i Sund Viden.

Enhedsledelserne adviseres elektronisk om dokumentet og har efterfølgende ansvaret for implementering af dokumentet i enheden.

For enhedsrelaterede dokumenter gælder det ligeledes, at behovet for dokumentet forelægges akkrediteringsstyregruppen og dennes sekretariat (FoQUS). De sikrer, at der ikke i forvejen findes et dokument om samme emne med samme målgruppe og samme formål. Efter godkendelse af behovet nedsætter enhedsledelsen en arbejdsgruppe, der repræsenterer relevante faggrupper - eller der uddelegeres til en enkelt person. Dokumentet udarbejdes i henhold til gældende skabeloner og vejledninger og sendes til godkendelse i enhedsledelsen, som kan uddelegere sin godkendelseskompetence. Efter godkendelse offentliggøres dokumentet i Sund Viden. Funktionsenhedsledelsen har ansvaret for implementering af dokumentet, men kan uddelegere dette ansvar.

For begge typer af dokumenter gælder, at redaktøren af dokumentet adviseres automatisk, når dokumentet skal revideres.



Figur 1 Personer og roller i forbindelse med Sund Viden.

Som det fremgår af figuren er organisationen omkring Sund Viden bygget op omkring en ledelsesdel, bestående af bl.a. akkrediteringsstyregruppen og en mellemlidelsesdel, bestående af bl.a. kvalitetskoordinatorer samt forfattere, redaktører og slutbrugere. (Thomsen and FoQUS 2004)

Dokumenterne udarbejdes efter følgende fremgangsmåde:

”Konkret beskrivelse af hvad der skal gøres og af hvem. Dette gøres i opskriftformat. Opskrift skal forstås helt analogt med opskrifter i kokebøger. Opskriftsformatet er velegnet til beskrivelse af rækker af handlinger fx procedurer og operationer. Opskrifter er lette at følge trin for trin.”
 (Thomsen 2004 p. 1)

Indikatoren for denne vejledning er at ”Vejledninger i Sund Viden indeholder alle nødvendige og tilstrækkelige informationer.” (Thomsen 2004 p. 1)

En indikator er et velkendt begreb i kvalitetssammenhæng, hvor det defineres som *”En målbar variabel, som anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten.”* (Sundhedssektoren 2003 p 11)

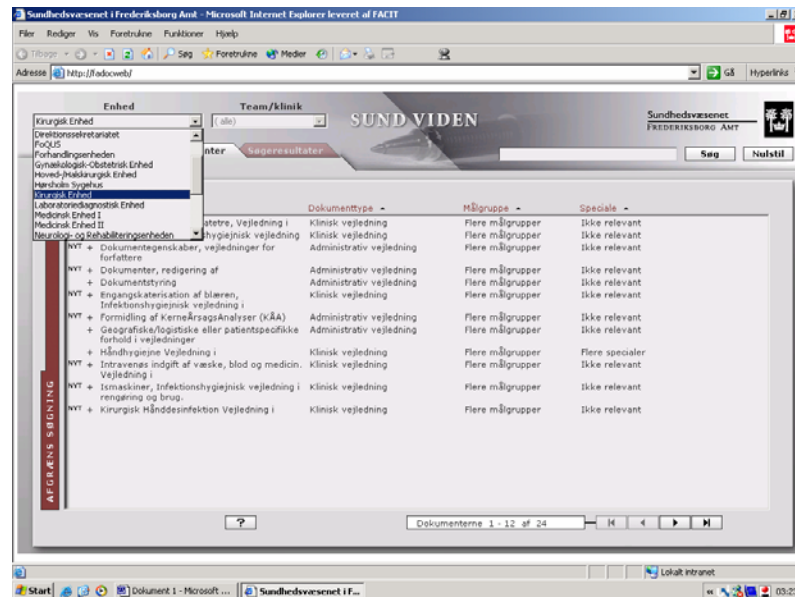
I forbindelse med Sund Viden er følgende indikatorer nævnt: ”Der er anskaffet og implementeret et dokumentstyringsystem i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen” og at ”Der kun findes ét dokument om samme emne med samme målgruppe og samme formål”, samt at ”Alle godkendte dokumenter er umiddelbart efter godkendelse elektronisk tilgængelige for alle medarbejdere i sundhedsvæsenet.” (Thomsen 2004)

For slutbrugerne af Sund Viden fungerer systemet på den måde, at der på alle computere på Frederiksborg Amt Sygehuse er lagt et ikon på skrivebordet som en genvej til Sund Viden. Det kræver ingen adgangskode.



Figur 2 Skærbillede af Sund Viden ikonet, som det ser ud på alle computere.

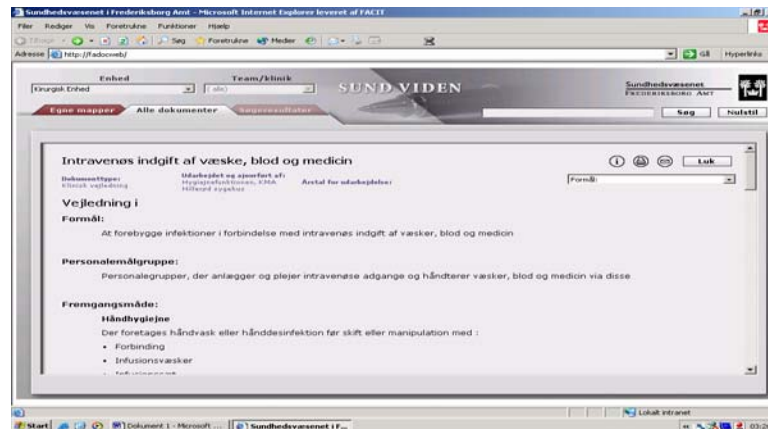
Ved at klikke på ikonet kommer man til følgende skærbillede:



Figur 3 Skærbillede af Sund Viden, som det fremkommer efter klik på ikonet og med aktiveret rullepanel for at finde en specifik enhed f.eks. Kirurgisk Enhed. Her kan man se enhedens tilgængelige vejledninger og med et klik se nærmere på en valgt vejledning.

Her kan man vælge enten at se alle de tilgængelige vejledninger eller man kan ved klik på rullepanelet øverst til venstre for vælge at se vejledninger specifikt for en funktionsenhed. Man kan således også vælge at se andre funktionsenheders vejledninger.

En vejledning kan godt ligge flere steder, f.eks. en vejledning omkring medicinadministration vil typisk skulle ligge under alle funktionsenheder, men det skulle principielt jvf. kvalitetsstandarderne være den samme vejledning.



Figur 4 Her er der klikket på vejledningen ”Intravenøs indgift af væske, blod og medicin”. Ved at scrolle med rulle panelet til højre kan man se resten af vejledningen. Der er også mulighed for at printe den ud.

Indeholdt i alle vejledningerne er formål, målgruppe, fremgangsmåde, indikatorer, afgrænsning/definitioner, reviewgruppe, søgeord, ICD10-koder, dansk lov, referencer, samt mulighed for at lægge henvisninger og links frem til andet relevant materiale.

Der har ikke på noget tidspunkt været udbudt formaliseret undervisning i brugen af systemet for de enkelte slutbrugere. Men der er lagt e-learning sekvenser ind.

Der har ikke på forhånd fra Sund Viden projektgruppens side været planlagt aktiviteter for at evaluere brugen af systemet, ifølge den tidligere projektleder på anskaffelsesprojektet. De havde dog diskuteret muligheden for at evaluere f.eks. ved antal hits. (Gommesen, Hansen et al. 2005)

Systemet var planlagt til at gå i luften september 2004, men pga. forsinkelser fra leverandørens side, gik det først i luften december 2004 for redaktørerne og for slutbrugerne 1. februar 2005.

Systemet viste sig nemlig at være langt mere kompliceret at bruge end først antaget pga. det såkaldte godkendelsesflow, som blev lavet specielt til Frederiksborg Amt.

Godkendelsesflowet blev anset for vigtig at have med i systemet, da det ellers nemt ville blive for uoverskueligt og rodet.

Implementering af Sund Viden blev lagt ud til kvalitetskoordinatorerne, som skulle stå for information til slutbrugerne og for markedsføring af systemet. Driften blev lagt ud til FACIT (Frederiksborg Amts Center for IT).(Gommesen, Hansen et al. 2005)

I nyhedsbrevet, som udsendes til alle amtets sygehuse, informeres slutbrugerne i marts måned 2005 om, at Sund Viden nu er på nettet overalt i sundhedsvæsenet og at det skal sikre: ”*alle medarbejdere i Sundhedsvæsenet adgang til dokumenterne i nyeste, opdaterede og gyldige version.*”(Ledet 2005)

Herefter beskrives kort, hvorledes man kan komme ind på Sund Viden og at der er en e-learning sekvens for både forfattere og slutbrugere af Sund Viden. Det beskrives, hvem som står bag projektet, og der nævnes kort noget om arbejdsprocessen bag udfærdigelse af vejledningerne.

(Ledet 2005)

Kvalitetskoordinatorerne begyndte i august måned 2005, via e-mails til nøglepersonerne på afdelingerne, at informere dem hver gang, der bliver lagt nye vejledninger ind i systemet, herefter er det nøglepersonernes opgave at informere de daglige slutbrugere om de nye vejledninger. Der er ikke faste retningslinier for denne opgave, det er lagt op til de enkelte nøglepersoner.

Delkonklusion.

Konklusionen er umiddelbart, at Sund Viden bør kunne imødekomme forventningerne fra slutbrugernes side, kravene fra beslutningstagernes side, samt Sundhedsstyrelsens krav. Men som det fremgår af afsnittet, er det et stort arbejde at udarbejde og holde styr på vejledningerne. Der har været problemer med at få vejledningerne udarbejdet og godkendt. Det er ting, der løbende bliver rettet op på. Spørgsmålet er, om det ikke burde være forudset fra starten og imødekommet ved de manglende arbejdsgangsbeskrivelser af både de kliniske arbejdsgange med hensyn til brugen af vejledningerne og arbejdsgangene omkring udarbejdelse, godkendelse af de vejledninger, som skal ligge i Sund Viden.

Slutbrugerne udtrykte forventninger om, at det skulle være nemt at finde en vejledning. Er dette blevet opfyldt?

I nogle situationer skal klinikere være i stand til hurtigt at kunne finde en vejledning i en akut situation. Brugen af Sund Viden skal være en hjælp og ikke en kilde til frustration hos slutbrugerne. Grænsen mellem et IT-systems fiasko og succes er hårfin. Små og enkle forhold, som f.eks. svær navigation eller mangel på hardware, kan bevirke, at et system ikke bliver brugt optimalt og kan endog fremkalde frustrationer og evt. direkte modvilje hos brugerne.

Vil klinikerne bruge Sund Viden som et arbejdsredskab?

Kvalitetsudvikling:

Den officielle danske definition på kvalitetsudvikling er:

”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)

Som det fremgår af definitionen, kan opdateret evidensbaseret viden og – vidensdeling siges at være et centralt begreb i kvalitetsudviklings sammenhæng.

Der er i 2002 indgået en aftale mellem regeringen og amterne (som sygehusejere), om en national model for kvalitetsvurdering.

Modellen har fået navnet den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet (DDKM). Denne fælles danske model for kvalitetsudvikling skal omfatte en kerne af fælles kvalitetsstandarder, som parterne forpligtiger sig overfor. Målet med kvalitetsmodellen er, at alle sygehuse skal lade sig vurdere efter de fælles standarder senest i år 2006. Kvalitetsmodellen skal dermed ses som et led i en kommende akkreditering, der skal understøtte en løbende kvalitetsvurdering og udvikling i det samlede danske sundhedsvæsen.(Sundhedsstyrelsen 2003)

En standard defineres som ”Det mål for kvalitet, der danner grundlag for vurdering og evaluering af en ydelses kvalitet.” (Dansk selskab for kvalitet i Sundhedssektoren 2003 p. 10)

En standard kan være formuleret kvalitativt eller kvantitativt.

Kvalitative standarder er almindeligt accepterede kvalitetsmål baseret på ekspertkonsensus, forskningsresultater og lignede. (Dansk selskab for kvalitet i sundhedssektoren 2003)

Et eksempel på en kvalitativ standard i Frederiksborg Amt i forbindelse med dokumentstyring er:

”Vejledninger udarbejdes, godkendes og revideres i henhold til vejledning herfor.”

(Sundhedsvæsenet 2004p. 35)

En kvantitativ standard er almindeligt accepterede værdiangivelser af kvalitetsmål, som angiver graden af målopfyldelse baseret på ekspertkonsensus, forskningsresultater og lignede.

(Dansk selskab for kvalitet i sundhedssektoren 2003 p. 10)

Et eksempel på en kvantitativ standard i Frederiksborg Amt i forbindelse med blødende mavesår er:

”Mindre end 5 % af patienterne må rebløde.” (Sundhedsvæsenet 2004p. 24)

Akkreditering defineres som:

”Procedure, hvor et anerkendt organ vurderer, hvorvidt en aktivitet, ydelse eller organisation lever op til et sæt af fælles standarder. Ved akkreditering gives en formel anerkendelse af, at personer eller organisationer er kompetente til at udføre sine opgaver.”

(Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren 2003)

Centralt i begrebet akkreditering ligger, at vurderingen skal foretages af et eksternt organ og af personer med samme kompetencer, som de personer der lader sig vurdere. Vurdering skal baseres på opfyldelsen af forhåndsdefinerede fælles standarder for alle de sundhedsorganisationer, der lader sig vurdere. (Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren 2003)

Enhver organisation, der ønsker at blive akkrediteret af en akkrediteringsorganisation, som f.eks. Joint Commission International Accreditation skal demonstrere en acceptabel grad af overholdelse af nogle udvalgte standarder og opnå en mindste score på disse standarder. Beslutningerne angående akkrediteringen træffes derefter på baggrund af det niveau, hvorpå organisationen opfylder de enkelte standarder. De kan vurderes som enten ”fuldt opfyldt”, ”delvist opfyldt” eller ”ikke opfyldt”.(Hovedstadens Sygehusfællesskab 2000)

I forbindelse med Den Danske Kvalitetsmodel har Sundhedsstyrelsen udarbejdet forslag, som kvalitetsorganisationerne på amtslig-, på sygehus-, helt ned til afdelingsniveau kan iværksætte, som led i forberedelserne til den kommende akkreditering i år 2006.

Et af forslagene omhandler fælles retningslinier:

"Skabe overblik over egne eksisterende retningslinjer, sikre ajourføring og overensstemmelse med gældende love, cirkulærer og centrale retningslinjer samt faglige anbefalinger fra bl.a. faglige selskaber. Det må anbefales, at der for hele institutionen (f.eks. hele sygehuset) anvendes fælles krav til retningslinjernes udformning, vedligeholdelse, godkendelse mv. samt, at der for samme aktivitet f.eks. hjertestopbehandling benyttes ensartede retningslinjer overalt i institutionen."
(Sundhedsstyrelsen 2003 p. 35)

Frederiksborg Amts akkrediteringsstyregruppe har udvalgt et sæt standarder fra Den Danske Kvalitetsmodel, som et led i forberedelsen til implementeringen af kvalitetsmodellen. Dette sæt standarder skal de enkelte afdelinger på sygehusene i amtet fremover arbejde ud fra.

(Sundhedsvæsenet 2004)

En af standarderne omhandler dokumentstyring og formålet med den er:

*"At sikre at der kun foreligge en vejledning rettet mod samme aktivitet for samme patientgruppe.
At sikre at alle vejledninger er godkendte af en autoriseret person inden de frigives, at kun aktuelle relevante versioner af vejledninger er til rådighed overalt hvor de benyttes, og at ændringer af alle vejledninger der er i brug kan identificeres og spores."*
(Sundhedsvæsenet 2004 p. 35)

Hermed er det oplagt at lave en sammenkobling med IT, da det netop fremgår af Frederiksborg Amts Sundhedsplan at: *"Informationsteknologi er et afgørende redskab for fremtidens sundhedssektor."*

(Sundhedsvæsen 2001), samt at IT skal understøtte de overordnede sundhedspolitiske mål som for eksempel en høj sundhedsfaglig kvalitet.

Delkonklusion:

Frederiksborg Amts Sygehuse skal i lighed med andre amters sygehuse akkrediteres i 2006 efter standarder fra Den Danske Kvalitetsmodel. Der skal i den forbindelse sikres en kontinuerlig implementering af ny sundhedsfaglig viden på en systematisk måde, f.eks. via kliniske retningslinier.

Som et led i forberedelserne til dette har amtets akkrediteringsstyregruppe udvalgt nogle standarder, som amtet skal arbejde videre med.

Kan Sund Viden sikre opfyldelsen af standarden for dokumentstyring?

Problemets eksistens:

Som vi tidligere har nævnt, så ligger der en aftale med regeringen og amterne omkring en model for kvalitetsvurdering, Den Danske Kvalitetsmodel. Målet med kvalitetsmodellen er, at alle sygehuse skal lade sig vurdere efter de fælles standarder senest i år 2006, som et led i en kommende akkreditering, der skal understøtte en løbende kvalitetsvurdering og udvikling i det samlede danske sundhedsvæsen.

En af de standarder, som vi har valgt at kigge på, omhandler dokumentstyring og som et led i forberedelserne til den kommende akkreditering, valgte Frederiksborg Amt at indføre Sund Viden for leve op til denne standard.

Som vi skrev under afsnittet Baggrund, undersøgte vi i vores 2. års projekt, hvilke forventninger der var fra slutbrugerne - og hvilke forventninger, der var fra beslutningstagerne side til et dokumentstyringssystem. Vi fandt ud af, at slutbrugerne havde behov for en løsning, der kunne afhjælpe de hidtidige problemer med de papirbaserede vejledninger, som f.eks. manglende vidensdeling ikke ensartede, ikke tilgængelige, ikke entydige, og ikke opdaterede, relevante og godkendte vejledninger.

Ligeledes fandt vi også ud af, at anskaffelsen af Sund Viden ikke havde været forudgået af en arbejdsgangsanalyse. Vores undring går på, om Sund Viden vil blive anvendt, nu da beslutningstagerne ikke havde brugt tid på at analysere arbejdsgangene, samt modne organisationen til nye arbejdsgange. Dette skal ses i perspektivet af, at Sund Viden skal være med til at højne kvaliteten, som må være hovedformålet med at blive akkrediteret.

På baggrund af ovenstående har vi fundet det relevant at lave en lille indledende spørgeskemaundersøgelse (1) (se bilag 1) for at undersøge, om Sund Viden bliver anvendt og hvad Sund Viden anvendes til.

Vi har spurgt forskellige slutbrugere omkring deres brug af Sund Viden for at få et billede af, om systemet overhovedet bliver brugt, efter at det er blevet implementeret. Slutbrugerne, vi spurgte, var 1 læge, 8 sygeplejersker samt 1 sygehjælper. Vi fik svarene, at kun 2 bruger det jævnligt. De andre har enten ikke prøvet eller kun benyttet systemet få gange. De, der har brugt systemet, angiver hovedsagligt at have kigget efter vejledninger til patientpleje - og behandling. Resten har forsøgt at lære programmet at kende eller har været nysgerrige.

Det fremgår, at slutbrugerne ikke finder det de søger, idet kun to ud af ti svarer, at det kun er delvist, at Sund Viden rummer det, som de har brug for i deres kliniske hverdag.

På baggrund af denne problemafklarende/indledende spørgeskemaundersøgelse (spørgeskema 1) må vi konkludere, at der er et paradoks i, at slutbrugerne ikke finder de vejledninger, de skal bruge i Sund Viden for at udfører en aktivitet for en patientgruppe og det faktum, at amtet står overfor en snarlig akkreditering.

Årsager og konsekvenser:

Vi vil nu prøve at kigge på årsagerne for dette paradoks:

Vi ser det faktum, at brugerne ikke er blevet inddraget i beslutningsprocessen som en af årsagerne til, at Sund Viden ikke anvendes, som det burde, da deres forventninger og krav dermed ikke er blevet imødekommet. Desuden valgte beslutningstagerne heller ikke at undersøge arbejdsgangene, hvilket kunne have synliggjort de organisatoriske vanskeligheder, det vil have at indføre et system som Sund Viden. At der ikke har været fokus på arbejdsgangene, set i sammenhæng med hvor meget information der har været givet om Sund Viden under forløbet, kan være en af de faktorer, der gør, at der er risiko for, at systemet ikke bruges.

Preece mener, at det er vigtigt med nogle brugergrænseflader, der er intuitive og logiske for brugerne, for at systemet anvendes.(Preece 1994)

Blandt andet skriver vi under afsnittet baggrund, at problemer med det såkaldt godkendelsesflow har bevirket, at systemet ikke kunne bruges i den grad, det var hensigten.

Proceduren er blevet ændret undervejs, men det kunne være en af årsagerne til af de slutbrugere, vi spurgte i vores indledende spørgeskemaundersøgelse 1, peger på at de ikke finder det, de skal bruge i Sund Viden.

Vi vil nu prøve at kigge på, hvilke konsekvenser ovenstående paradoks kan medføre og har valgt at inddele dette i 3 nedenstående perspektiver:

Patienterne:

En forudsætning for ensartet pleje og behandling er vejledninger, som slutbrugere hurtigt og nemt har adgang til. Hvis dette ikke er tilfældet må man formode, at det vil være svært for personalet at levere en ensartet pleje og behandling til patienterne. Som det fungerer lige nu, vil det være muligt for en patient at få 2 forskellige behandlinger inden for samme amt inden for samme funktionsenhed, men på 2 forskellige sygehuse. F.eks. hvordan bliver en alkoholabstinens patient scoret og hvilken score udløser hvilken behandling, hvis der ikke forefindes fælles vejledninger. Dette er ikke optimalt, når man samtidig sammenligner med definitionen af kvalitetsudvikling, der netop fokuserer på aktiviteter og metoder, der har til formål på en systematisk, evidensbaseret, konsensuspræget og målrettet måde at forbedre kvaliteten af sundhedsvæsenets indsats. På sigt vil det kunne betyde, at indlæggelsestiden for patienterne vil være afhængig af, hvilken behandling de modtager for den samme sygdom. Dette må anses at være et alvorligt problem for patienterne, at man ikke er i stand til at ensarte behandlingen, selv ikke inden for det samme amt.

Personalet:

Som vi fik bekræftet i vores 2. års projekt, har især nyuddannet personale behov for vejledninger at rette sig efter. Der vil ellers kunne opstå usikkerhed omkring den pleje og behandling, samt information, der gives til patienterne. Desuden vil der også forekomme forskelle på plejen fra dag til dag, alt efter hvem der er på arbejde, da man ikke har en ens vejledning at gøre tingene ud fra. Dette vil igen få konsekvenser for patienterne. De vil kunne opleve forskellige måder, at tingene gøres på. Ligesom det giver mistillid til det enkelte personalemedlem, som ofte finder sig selv i en forklaringssituation.

Det lidt mere erfarne personale vil ved mangel på vejledninger bruge deres erfaring. Dermed er det ikke sikkert, at de udfører en evidensbaserede pleje og behandling, hvilket jo er et krav fra de nationale myndigheder.

En anden konsekvens for personalet vil være, at dokumentationsbyrden fortsat vil stige. Plejepersonalet er nødt til at dokumentere hver eneste handling, der gøres ved patienten, i stedet for at kunne henvise til de gældende vejledninger for procedurerne, for at stå stærkere i en evt. klagesag omkring den givne pleje og behandling. Den tid der bruges på dokumentation kunne sikkert have været anvendt bedre i sundhedsvæsenet, men er en nødvendighed i dag på grund af de manglende ensartede vejledninger.

Ledelsen i forhold til akkreditering:

At blive akkrediteret handler dybest set om at få vurderet kvaliteten af den pleje og behandling, der udføres. Til hjælp for dette arbejde er der udarbejdet nogle standarder, der beskriver det kriterium plejen og behandlingen skal vurderes op i mod. Standarderne indeholder således det evidensbaserede outcome, som plejen og behandlingen skal måles på. Derfor er det alvorligt, hvis et sygehus/en organisation ikke opnår at blive akkrediteret.

Det faktum, at der ikke findes brugbare vejledninger tilgængelig samtidig med, at der findes en standard for, at disse bør forefindes, må have konsekvenser. Enten får amtet anmærkninger om, at der er noget, der skal forbedres inden, det kan blive godkendt eller som yderste konsekvens kan amtet risikere slet ikke at blive akkrediteret.

Konsekvensen for ikke at blive akkrediteret kan formentlig også ramme amtet økonomisk, da patienterne jf. det frie sygehusvalg vil søge andre steder hen, hvis kvaliteten formodes ikke at være i orden.

Interesseparter:

Problematikken, som ovenfor beskrevet, er relevant for mange, som kan have en interesse i den pleje og behandling vi i sundhedsvæsenet tilbyder vores patienter.

Patienterne har krav på til enhver tid at være sikret en kvalitetsmæssig forsvarlig pleje og behandling set i forhold til WHO's kvalitetsmål.

Den er også relevant for det sundhedspersonale, som hver dag skal udføre en pleje og behandling til deres patienter. De har krav på at have de rigtige arbejdsredskaber og hjælpemidler stillet til rådighed for at kunne udføre den bedst mulige pleje og behandling.

Den er ligeledes relevant for de forskellige funktionsenheders økonomi og ressourcernes effektivisering, samt for de enkelte amter set i forhold til den kommende akkreditering. Amterne skal kunne leve op til standardkravene, som regeringen har sat i forhold til kvaliteten på sygehusene.

Problematikken er også af interesse for de parter, som har medvirket til anskaffelsen af det elektroniske dokumentstyringssystem. Her tænkes på de enkelte deltagere i projektorganisationen for anskaffelse af et sådant system. Der har været et mål med anskaffelsen af et sådan system og bliver dette mål opfyldt.

Problemformulering:

Ud fra ovenstående opsætter vi følgende hypoteser:

- Klinikerne i Frederiksborg Amt Sygehusvæsen benytter ikke det elektroniske dokumentstyringssystem Sund Viden dagligt i deres kliniske arbejdsgange, da de ikke finder de vejledninger, de har brug for.
- Frederiksborg Amts Sygehusvæsen vil formentlig ikke kunne blive akkrediteret uden elektroniske tilgængelige vejledninger og dette vil kunne få økonomiske konsekvenser for amtet
- Kvaliteten i patientbehandlingen og plejen vil ikke kunne opretholdes.
- Personalet oplever større usikkerhed end, hvis der havde været ensartede vejledninger tilgængelig.
- Dokumentationsbyrden forøges som en konsekvens af, at man er nødt til at dokumentere hver eneste patientrelaterede handling for at undgå at stå dårlig i evt. klagesager.
- Vi mener, at der er større organisatoriske ændringer, der ikke er blevet taget stilling til under projektet Sund Viden, som kan have indflydelse på den manglende brug af systemet.

Disse opstillede hypoteser kan ses som grundlag for det, vi i dette masterprojekt vil undersøge ud fra vores problemformulering:

Hvad er årsagen til den manglende brug af det elektroniske dokumentstyringssystem Sund Viden og hvilke problemer giver det i forhold til akkreditering?

Afgrænsning:

I dette projekt vælger vi at afgrænse os på flere områder. Det skyldes ikke, at vi ikke finder, de fravalgte områder, interessante. Men for ikke at spænde over for stort et område i forhold til den tid, som vi har til rådighed til projektet, ønsker vi i stedet at fordybe os indenfor særlig relevante områder i forhold til vores problemformulering.

I vores projekt har vi valgt udelukkende at bruge ordet vejledning, som dækkende for alt hvad sundhedspersonalet i flæng benævner som instrukser, procedurer, standarder, retningslinier, vejledninger og lignende. Når vi refererer til vejledninger, omhandler dette brugen af vejledningerne i dag og ikke evidensen og kvaliteten af det faglige indhold i vejledningerne. Desuden afgrænser vi os fra layoutet af de enkelte vejledninger.

Vi har afgrænset projektet til kun at omhandle sygehusene og dermed den sekundære sektor og vil ikke berøre den primære sektor. I den sekundære sektor har vi valgt 11 lægefaglige speciale enheder på sygehusene i Frederiksborg Amt. Valget af Frederiksborg Amt skyldes, at vores 2. års projekt tog udgangspunkt på Kirurgisk Enhed i Frederiksborg Amt på adressen Helsingør, derfor er det nærliggende at lave den opfølgende undersøgelse i samme amt.

I referencerne omkring faggrupper i organisationen vil det omhandle de forskellige klinikere, som til daglig arbejder på de forskellige funktionsenheder og som forventes at kunne være en del af målgruppen for Sund Viden. Vi afgrænser os fra andre specialenheder i organisationen. Ligeledes afgrænser vi os fra andre projektorganisationer i organisationen.

Vi har valgt at fravælge Hørsholm sygehus, samt psykiatrisk sygehus. Hørsholm sygehus varetager kun planlagte patienter og Psykiatrisk sygehus har vi afskåret pga. mængden af datamateriale.

Vi afgrænser os fra at forholde os til valget af den enkelte leverandør af det IT-system, da dette ikke har nogen relevans i forhold til problemformuleringen. Ligeledes afgrænser vi os fra at kigge på hardware.

Del 2:

Teoretisk referenceramme:

I dette afsnit gør vi først rede for Diffusion of Innovations modellen, som beskriver udbredelsen af ny teknologi i en organisation. Derefter præsenterer vi Aktør Netværks Teorien, som værende den teoretiske referenceramme i dette projekt og det teoretiske grundlag for vores analyse af den indsamlede empiri.

Teori omkring implementering i en organisation.

Ifølge Lorenzi and Riley (2004) kan man definere en vellykket eller succesfuld implementering af et IT-system, når det opfylder 2 kriterier. Det ene er, at det er nået til tide, indenfor budgettet og til de tekniske specifikationer. Det andet er når det imødekommer behovet hos over 90 % af randomiserede slutbrugere. Der må godt være spredt utilfredshed, men den må bare ikke give sig udtryk i en bestemt faktor eller i en bestemt del af brugergruppen.

En inddeling af brugergrupper ser vi hos Rogers (1997), som definerer udbredelsen af en ny teknologi i en organisation *"as a process by which (1) an innovation (2) is communicated through certain channels, (3) over time, (4) among the members of a social system."* (Rogers and Scott 1997 p. 5) Denne proces, kendt som diffusion and innovation, er meget kompliceret. Først skal de potentielle brugere af den nye teknologi høre om den og overtales til at prøve den, før de tager beslutning om enten at godtage eller at afvise innovationen. Derefter skal de beslutte sig for at fortsætte - eller til at stoppe med at bruge den.

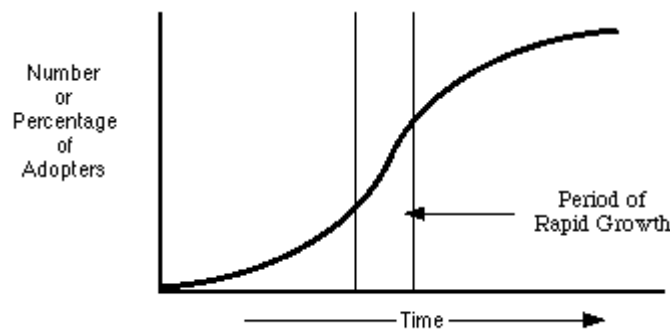
Vigtigt i denne teori er, at den viser, at en adoption af en ny teknologi er en fortsat proces, som skal understøttes. Der er fire hoved elementer, som der skal tages hensyn til: innovationen, kommunikationskanaler, tid og sociale systemer.

Udbredelsen eller spredningen (diffusionen) af en ny teknologi (innovationen) indenfor en gruppe vil ligne en normal s- formet kurve. Den starter med at såkaldte "innovators", folk, som er villige til at prøve nyt (udgør ca. 2,5 % af en population), prøver innovationen. Derefter kommer de såkaldte "early adopters" (udgør ca. 13,5 % af en population), som anses af mange for at være "the individual to check

with” før man afprøver en ny ide. Efter dem kommer ”the early majority (ca 34 %) og ”the late majority” (34 %).

Den “early majority” gruppes unikke position mellem de meget tidlige og de relativt sene adoptanter af innovationen gør dem til et vigtigt link i adoptionsprocessen. Til sidst er der ”the laggards” som er imod innovationen så længe som muligt. De udgør ca. 16 % af populationen.

Det teorien viser er, at det ikke er muligt at få alle brugere til at tage ny teknologi til sig på en gang. Når et nyt IT-system indføres vil s-kurven for udbredelsen af innovationen stige mere eller mindre brat for herefter at flade ud. Hvis den ”early majority” gruppe ikke får den ”late majority” gruppe med på ideen vil kurven flade ud her uden at have ramt den sidste gruppe af potentielle brugere.



Figur 5: Figuren viser S-kurven som præsenterer adoptionsraten af en innovation over tid.(Merwe 2000)

I forhold til Sund Viden ligger faren i, at når systemet ikke imødekommer behovet hos ”the early adopters”, vil den have nået sin højde på s-kurven på et for tidligt tidspunkt og ”the majority” vil aldrig begynde at anvende systemet.

Teori omkring aktør netværk.

Aktør-netværks-teorien (ANT) er indenfor strømningen the Social Construction of Society og er primært repræsenteret af den franske videnskabssociolog Bruno Latour.

Den er bl.a. blevet udviklet til analyse af computerbaserede kommunikationsnetværk og deres anvendelse og dynamik.

Målet med teorien er:

”(..) at beskrive et samfund af mennesker og ikke-mennesker som ligeværdige aktører forbundet i et netværk og opretholdt med det formål at nå et bestemt mål f.eks. udviklingen af et bestemt produkt.”
(Stalder 1997 p. 2)

Beskrivelsen af samfundet nødvendiggør et specialiseret ordforråd med forskellige nøglebegreber.

Et af disse nøglebegreber er aktør, også kaldet aktant. *”An actor is what is made to act by many others”* (Latour 2005p. 46) Dvs. mennesker og ikke-mennesker, som er integreret i netværk.

Det er handlingsaspektet mellem dem, der er vigtigt og ikke, om de er mennesker eller ej. Aktører kan handle - eller få handling fra andre.

En aktør er et resultat udstyret med en karakter. Alle entiteter med en autonom rolle er en aktør. Aktører *”might be associated in such a way that they make others do thing”* (Latour 2005p. 107) Dermed bliver magtrelationen mellem aktører en afgørende analyseenhed.

Af aktører, i forbindelse med Sund Viden, kan nævnes de forskellige klinikere (læger, sygeplejersker, sekretærer), de forskellige kvalitetskoordinatorer, akkrediteringsstyregruppen, akkreditering, computere, Sund Viden og vejledninger med flere

Sund Viden kan både være en aktør og et resultat, idet det er et software program (resultat), men også en aktør, idet den har fået kompetencer tilknyttet sig bl.a. som et middel til informationsudveksling og et middel til at blive akkrediteret.

”Network is an expression to check how much energy, movement, and specificity our own reports are able to capture. Network is a concept, not a thing out there. It is a tool to help describe something, not what is being described,” (Latour 2005 p. 131)

Han foreslår, at man måske hellere skulle bruge ordet ”worknets” for tydeligere at klarlægge, hvad det betyder. Det hele afhænger af hvilken slags handling, som flyder fra en til en anden. *”It’s the work and the movement, and the flow, and the changes that should be stressed.”* (Latour 2005 p. 143)

Netværk er bindeled med inskriptioner mellem forskellige aktører. Det vil sige, at bindeleddet definerer selve netværket.

Et bindeled er ifølge Stadler (1997), hvad som helst der kan udveksles mellem aktører under opbygning af relativt stabile transaktioner, såsom udveksling af et produkt, en service, penge eller en tekst. Bindeledene er netværkets sprog og herigennem kommunikerer aktørerne med hinanden og overfører deres hensigter. Muligheden for at beherske bindeledet er selve kernen i en handling, som består i at overføre en aktørs vilje til en anden aktør, hvorved der opstår en dynamik. Enhver aktør opnår deres specifikke kvalitet gennem deres relationer (Stalder 1997)

I relationen til Sund Viden er f.eks. udvekslingen (udarbejdelsen - og brugen) af vejledninger et bindeled mellem selve systemet og klinikerne. Hvis dette bindeled ikke er stærk nok, mister Sund Viden værdi.

Overførsel er noget, der sker fra én aktør til en anden. En overførsel består af to aktører med et bindeled (dvs. det der forbinder de to). Bindeledet har derfor inskription af begge aktører indeholdt i sig og er et ideelt objekt, når det drejer sig om at beskrive netværket.

Bindeled, der er sat i omløb, må koordineres. Aktører stræber efter intern enighed, som tillader et optimalt omløb af bindeled, fordi deres styrker afhænger af koordinationen indenfor netværket. Aktører har ikke nødvendigvis succes med at sætte bindeled i spil på en optimal måde.

Overførslen kan afvises. Dette kan ske, hvis klinikerne afviser at udarbejde vejledninger til Sund Viden. Omløbet af bindeled bliver da vanskeliggjort og tilknytningen af aktører svagere og svagere med fare for, at ordningen kan falde fra hinanden, hvorved netværket kan risikere at forsvinde

Koncepten translation bliver dermed centralt for at forstå, hvordan disse specifikke kvaliteter opstår og forandres. Når en aktør fjernes fra eller tilføjes til et netværk, bliver netværket såvel som den specifikke aktør fint eller radikalt forandret – de er translateret. (Vikkelsø 2005) ”*Although a technology is designed to bring about certain effects, the specific relations it enters thus determine its actual capability.*” (Vikkelsø 2005 p. 6)

Dermed sagt at hvis specifikke aktører, såsom forfattere af vejledninger, ikke er tilstede i netværket, forsvinder bindeledet mellem vejledninger og Sund Viden. Det medfører, at Sund Viden ikke er i stand til at opnå brugernes accept. Dens styrke i netværket forsvinder.

Dermed er aktør og netværk gensidige afhængige - og redefinerer sig hele tiden til hinanden. Disse systemer er forbundet og en ændring på et niveau vil samtidig medføre en ændring på det andet. Et aktør netværk er på samme tid en aktør, hvis aktiviteter forgrener sig til forskelligartede elementer. (Stalder 1997)

Man kan tale om et partielt netværk, som f. eks. er klinikerne, der som aktør har et netværk bestående af de forskellige faggrupper.

En aktørs størrelse eller betydning afhænger af, hvor stor en del af netværket der beherskes og af antallet af aktører, altså ikke af dens art. De forskellige aktører i netværket kan have forskellige styrker og dermed magt til at påvirke andre medlemmer. Deres potentialer og viljer kan indsnævre de øvrige aktørers handlemuligheder. Vi kan ikke på forhånd bestemme, hvem der er vigtig og hvem der ikke er vigtig i analysen. (Det er lovligt at skifte en aktant ud med en anden) (Stalder 1997)

Eksisterende netværk kan danne nye netværk. Begyndelsen til dannelse af nye netværk kan f.eks. være en eller anden form for erkendt behov eller mulighed.

Indførelsen af Sund Viden er opstået ud fra et krav om ensartede, opdaterede, godkendte vejledninger i forbindelse med en forestående akkreditering. Samtidig skal behovet for et sådant system være til stede hos de påtænkte slutbrugere, samt muligheden rent teknologisk.

Begyndelsen er et bindeled, som etableres for at få flere aktører til at slutte sig sammen i et netværk. Dvs. netværk opstår og formes ved at sammenknytte flere og flere aktører. På den måde kan en aktør vokse af hensyn til disse netværks egeninteresser.

”En bestemt aktørs betydning bestemmes derfor af antallet af aktører i hans/hendes/dens/dets netværk, som ”vedkommende” kan anvende til sit bestemte formål” (Stalder 1997 p. 7)

”For at betragte et netværks dannelse og vækst, må man se på de bindeled, der sættes i omløb, hvem der sætter dem i omløb, hvor de pludselig viser sig, og hvordan de overgøres og yderligere bliver sat i omløb” (Stalder 1997 p. 8)

Et netværk kan så udvikle sig i to modsat rettede retninger; mod konvergens (hvor aktørens aktivitet tilpasses andre aktørers handlinger trods deres forskelligartede karakter) eller mod divergens mellem dets aktører. Denne konflikt kan komme til udtryk, når nye aktører tilføjes netværket. Det vil først forøge divergensen, fordi hver ny aktør er inkluderet i andre netværk, som kan have knyttet aktøren til andre mål.

Netværk omkring Sund Viden (f.eks. de forskellige funktionsenheder med hver deres rutiner) skal frigøre ressourcer til udarbejdelsen af vejledninger pga. det andet netværk (kvalitetsudvikling). Hermed opstår enten konvergens eller divergens. Udfaldet afhænger af, hvilket netværk der er stærkest.

Jo mere de forskellige bestanddele er forbundne i et netværk, jo mere kompleks og stabilt bliver det. (Stalder 1997) En aktørs status er dermed en effekt af arbejdet i netværket, derfor skal de analyseres og beskrives ud fra deres respektive roller i at vedligeholde og ekspandere netværket.

Alle aktører deltager i adskillige (til tider konflikterende) netværk. En forandring i et af netværkene, som en aktør indgår i, kan ændre han/hun/den/det på en så afgørende måde, at han /hun/den/det, som konsekvens heraf, bliver revet ud af et andet (tidligere lukket) netværk. (Stalder 1997)

Som Sølvkjær (2004) skriver, vil udbredelsen af et IT system ytre sig, som en kæde af lokale oversættelser i organisationen. En ordre vil ikke blive udført ordret af aktørerne (dvs. klinikerne). De vil i stedet handle på vegne af ordren og dermed gøre den magtfuld eller magtesløs.

Dermed er det givet, at påføres det en for radikal ændring, vil det betyde, at miljøet kommer i uorden, hvilket igen eventuelt kan rive netværket fra hinanden. Ikke at tilpasse sig forandring på det rette tidspunkt kan evt. betyde, at aktører bliver involveret i et stigende antal konflikter mellem de forskellige netværk, som de er tilknyttet og de kommer ”ud af takt”, fordi aktører og netværk har adskillige bestemmelser, er de involveret i konstante processer med at afstemme sig mod hinanden.

Årsagen til at en bestemt aktør indgår i et givet netværk er, fordi han/hun/den/det med sig har alle de aktører fra de andre netværk, som han/hun/den/det indgår i.

Dvs. klinikere indgår som aktører i et netværk, som består i udarbejdelsen af vejledninger, fordi de har baggrundsviden med sig fra de andre netværk, som f.eks. lægeforskningen.

Svenningsen introducerer begrebet ”ordningspunkter”, som henviser til aktører, som ”pludselig kommer til at optræde som vigtige centre i organiseringen af en kollektiv praksis.” (Svenningsen 2004p. 241) Det vil sige, at aktører får roller, der sammenknytter andre aktører på en måde, som skaber overordnede mønstre af aktiviteter i et netværk; de skaber overordnede virkninger. I forbindelse med for eksempel omorganiseringen af skriftligt informationsformidling er der opstået nye ordningspunkter, som erstatter eller supplerer de gamle.

”a... view on technology and organisation comes to imply more than the proposition that nothing is pre-given and emerges as effects of network activities...(where)... new risks and new capabilities arise..... and where a new order is established so is also new disorder” (Vikkelsø 2005 p. 24)

Vikkelsø (2005) skriver, at ethvert IT-projekt skal tage højde for redistributionen af arbejde: Hvem lettes og hvem skal arbejde hårdere, samt hvad skal der være fokus på. Det vil ske en omfordeling af roller.

Diskussion af Diffusion of Innovations modellen.

At en bestemt gruppe personers indflydelse bevirker, om andre grupper af folk starter med at benytte et IT-system, kan være én blandt mange årsager. Andre årsager kunne for eksempel være, at det ikke blev givet noget valg - at det ikke var noget alternativ og så ville man se en helt anden form for ”modstand mod forandring”. I forbindelse med Sund Viden har slutbrugerne dog fortsat et valg, de papirbaserede vejledninger, spørgsmålet er bare om det er et reelt valg.

Når vi vælger at tage denne teori om diffusion of innovations med i dette projekt, er det mere for at illustrere, hvorledes en udbredelse kan finde sted – eller ikke finde sted. Hvor længe kan ildsjælene holde motivationen oppe hos alle de andre. Modellen har ligeledes et vigtigt element af forskellige aktørers indflydelse på andre i sig og bindeled i form af kommunikationskanaler, som et led i spredningen af ny teknologi. Dermed går den fint i spil med aktør netværks teorien.

Diskussion af Aktør Netværk Teorien.

Teorien kan være svær at gå til, idet der er mange begreber at holde styr på. Vi mener dog, ligesom Stadler, at ANT kan bruges til at analysere, hvordan kompetencer spredes i et forskelligartet netværk

sammensat af menneskelige og ikke-menneskelige aktører, hvor fokus på netværket kan skifte fra aktør til aktør og over tid, hvilket bidrager til en iterativ proces. Dermed sagt kan ANT bruges som forklaringsramme for fænomener, der er sket.

Latour skriver, at "an account is a text" og at "an good account is one that traces a network" (Latour 2005 p. 122)

"A good ANT account is narrative or a description or a proposition where all the actors do something and don't just sit there. Instead of simply transporting effects without transforming them, each of the points in the text may become a bifurcation, an event, or the origin of a new translation" (Latour 2005 p. 128)

"we worry that by sticking to description there may be something missing, since we have not "added to it" something else that is often called an "explanation". And yet the opposition between description and explanation is another of these false dichotomies that should be put to rest – especially when it is "social explanations" that are to be wheeled out of their retirement home. Either the networks that make possible a state of affairs are fully deployed – and then adding an explanation will be superfluous – or we "add an explanation" stating that some other actor or factor should be taken into account, so that it is the "description" that should be extended one step further.(Latour 2005 p. 137)

If a description remains in need of an explanation, it means that it is a bad description." (Latour 2005 p. 137)

Svenningsen skriver:

"Effekter kan (...) kortlægges ved at følge teknologi "på arbejde" i de organisatoriske praksisser og ved at undersøge, hvorledes den er med til at redefinere opgaver, roller og risici, samt fordelingen af rettigheder og pligter. Vægten bør lægges på metodologi i oprulningen af konkrete effekter, snarere end på teoretiske forudantagelser. Aktør-netværksteori er en frugtbar indgangsvinkel til at studere teknologi i organisationer" (Svenningsen 2004 p. 23)

En anden ting man kan diskutere, er hvordan man skal begrænse analysen, dvs. hvor slutter et netværk og hvor begynder et andet? (Stalder 1997) For Bruno Latour er beskrivelsen af et netværk simpelthen færdig, når den er "mættet" og en forklaring opstår. Stadler mener, at kriteriet om selv-produktion kan

anvendes til at definere et netværks afgrænsning. Netværket bliver defineret af dets aktører og inkluderer da alle de elementer, som er nødvendig for at opnå og opretholde formålet med netværket.

ANT har da også været brugt af andre forskere i forbindelse med undersøgelse af IT i Sundhedssektoren. Svenningsen (2004) har brugt ANT til at beskrive, hvordan en EPJ fungerer i praksis og hvilke organisatoriske og sundhedsfaglige konsekvenser, det medfører. Sølvkjær (2004) har brugt ANT som en model for, hvordan implementeringsprocessen af EPJ skal forløbe, således at den enkelte aktør oplever at være involveret og have indflydelse i beskrivelse af de nye arbejdsgange og rollefordelinger. Dette er for blot at nævne nogle.

Metode:

I dette afsnit redegør vi for valg af undersøgelsesenhed, samt beskriver undersøgelsesenheden som organisation. Vi belyser valget af de metoder vi har anvendt ved dataindsamlingen og beskriver hvordan studiet er blevet gennemført.

Undersøgelsesenhed

I vores 2. års projekt lavede vi en førundersøgelse af de krav og forventninger brugerne havde til IT-systemet, Sund Viden, ved hjælp af et fokusgruppe interview af nogle daglige slutbrugere i Kirurgisk Enhed, Frederiksborg Amt. Projektet er en forsættelse af førundersøgelsen, hvorfor vi vælger at undersøge samme organisation, som dog er blevet udvidet til at omfatte hele sygehusvæsenet i Frederiksborg Amt. Dette afsnit beskriver nærmere Frederiksborg Amt Sygehusvæsen som organisation.



Figur 6 Frederiksborg Amt dækker geografisk området i hele Nordsjælland.

Frederiksborg Amt er Danmarks 5. største amt opgjort på befolkningsantal. Der er 372.276 indbyggere (Frederiksborg Amt 2005) (1. januar 2003) og det samlede areal udgør 1.347 km², fordelt på 19 kommuner. (Frederiksborg Amt 2005) Pr. 1. januar 2007 indtræder Frederiksborg Amt ind i Region Hovedstaden sammen med Københavns Amt, Københavns Kommune, Frederiksberg Kommune og Bornholm.

Der er i amtet vedtaget en række overordnede målsætninger for sundhedsvæsenet. Bl.a. anføres der, at *"overalt i sundhedsvæsenet skal der ydes en forebyggende og sundhedsfremmende indsats, ligesom*

undersøgelse, diagnostik, behandling og pleje skal være på et højt kvalificeret niveau."

(Sundhedsvæsenet, Frederiksborg Amt 2005)

Sundhedsvæsenet er en kompleks organisation, der består af mange forskellige organisationer og mange forskellige mennesker med forskellige uddannelser.

Politisk og organisatorisk er sundhedsvæsenets opgaver fordelt mellem staten, som har ansvaret for de overordnede sundhedspolitiske værdier og mål nedfældet i lovgivningen. Amterne har ansvaret for driften af sygehusvæsenet, hvor de enkelte amtsråd hver især prioriterer indsatserne. (Frederiksborg Amt 2006)

Handelshøjskolen (Flos - Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sygehusvæsenet 2004.) har forsket en del i sundhedsvæsenet som organisation. De udtaler, at et sygehus er en paradoksal organisation, hvor der især er forskellig professioners faglige normer og daglige rutiner. Dette holder produktionen oppe og den organisatoriske og ledelsesmæssige fornyelse nede. Noget man bør have sig for øje ved forandringer.

Spørgsmålet er, om sygehuse overhovedet kan betragtes som en organisation i traditionel forstand. Tre argumenter taler imod:

1. At organiseringen i praksis foregår omkring professionernes hierarki og ikke omkring de formelle organisatoriske enheder
2. At sygehuset som organisation er "usynlig" for de ansatte, som ikke betragter sygehuset som en fælles organisation
3. At et sygehus i dag er så opsplittet i specialer at man dårligt kan tale om en organisatorisk enhed selv om specialerne bor på samme adresse.

"(..) reelt er sygehusvæsenet balkaniseret efter faglige skillelinier. Og folk tror måske, at når man indlægges med en kompleks lidelse, så udløser det et tæt samarbejde med hyppig kommunikation og indbyrdes møder i organisationen. Men sådan fungerer sygehusvæsenet ikke" påpeger Janne Seemann.

(Flos - Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sygehusvæsenet 2004.p. 12)

Det, der gør sundhedsvæsenet til en anderledes organisation i forhold til IT er ifølge Lorenzi og Riley (2004) på grund af det allestedsnærværende emne; liv og død.

Det er også på grund af de komplekse personalestrukturer, de mange interessenter, det offentlige image, det offentliges bevågenhed, de stærke traditionelle roller og etiske koder, tavshedspligten og kontrollerende instanser med mere. Sundhedsvæsenet er komplekse organisationer med mange subsystemer.

Alene i Frederiksborg Amt er sygehusvæsenet spredt ud over 5 sygehuse, som er mere eller mindre lænket sammen i lægelige specialer. Sygehusene i Frederiksborg Amt er: Esbønderup Sygehus, Frederikssund Sygehus, Helsingør Sygehus, Hillerød Sygehus, og Hørsholm Sygehus:

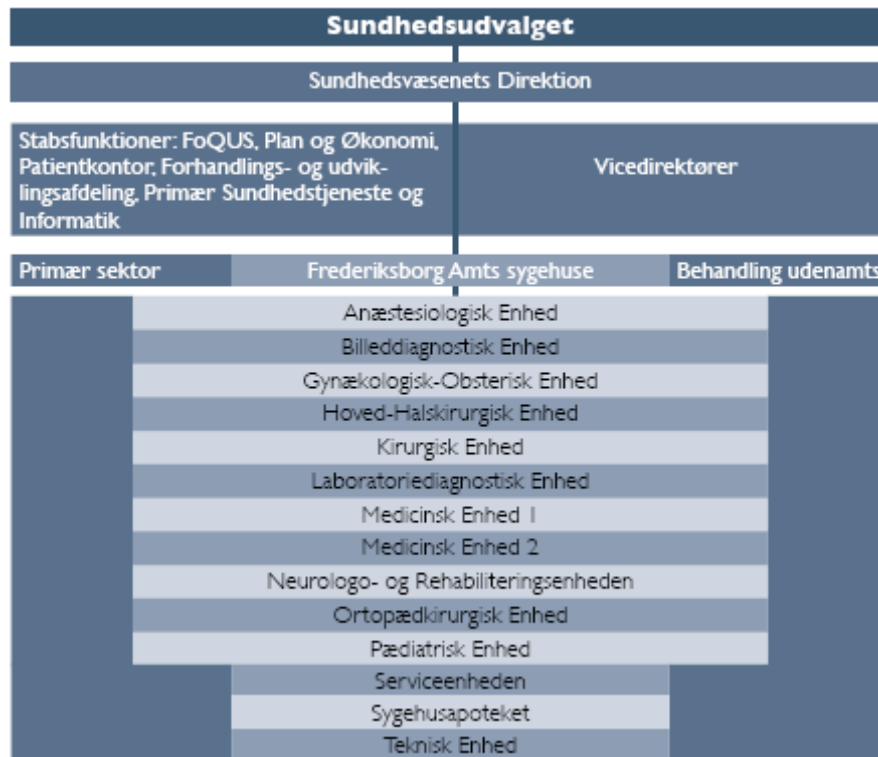
- Esbønderup Sygehus bliver brugt som genoptræningssygehus.
- Frederikssund Sygehus modtager kun elektive (planlagte) patienter.
- Helsingør Sygehus og Hillerød Sygehus har både akutte og elektive patientindtag.
- Hørsholm Sygehus bliver drevet som et delvis privat sygehus med kun elektive patienter.

Der findes en række tværgående stabsafdelinger, hvis opgave er at servicere hele Sundhedsvæsenet med forskellige planlægnings-, udviklings- og administrative opgaver.

Der vil være relevant forbindelse med dette projekt at nævne:

- FoQUS varetager opgaver indenfor disse områder herunder implementering af Den Danske Kvalitetsmodel.
- Primær Sundhedstjeneste og - informatik som bl.a. har med sundhedsinformatik at gøre.
- FACIT som er et fælles amtsligt center for IT-drift og udvikling.

Amtsrådet og amtsrådets sundhedsudvalg udgør den politiske ledelse og sundhedsvæsenets direktion den øverste administrative ledelse af sundhedsvæsenet.



Figur 7 Organisationsdiagram Frederiksborg Amt (Sundhedsvæsenet, Frederiksborg Amt 2005)

Der er etableret funktionsenheder på tværs af sygehusene, som tilsammen danner "Sygehus Nordsjælland", dvs. et sammenhængende sygehus med adresse i Hillerød, Helsingør, Frederikssund og Esbønderup.

Funktionsenhederne ledes typisk af en lægechef og en sygeplejechef og refererer til sundhedsvæsenets direktion. Det er deres opgave at sikre en optimal drift og udvikling af funktionsenheden.

De forskellige funktionsenheder er hver især igen delt op i forskellige klinikker, som består af sengeafsnit, ambulatorier med mere, ud fra deres forskellige funktioner.

Hver klinik styres i det daglige af sin egen ledelse bestående af klinikchefer, afsnitsansvarlige overlæger og afsnitsansvarlige sygeplejersker.

(Sundhedsvæsenet, Frederiksborg Amt 2005)

Det kliniske personale i Funktionsenhederne er fordelt som følger:

| Funktionsenhederne | Læger | Sygeplejersker | Øvrigt personale | Personale ialt |
|--------------------------------------|------------|----------------|------------------|----------------|
| Anæstesiologisk Enhed | 42 | 372 | 13 | 427 |
| Billeddiagnostisk Enhed | 34 | 104 | 41 | 179 |
| Gynækologisk- Obstetrisk Enhed | 36 | 198* | 58 | 292 |
| Hoved- halskirurgisk Enhed | 27 | 57 | 27 | 111 |
| Kirurgisk Enhed | 77 | 190 | 39 | 306 |
| Laboratoriediagnostisk Enhed | 25 | 1 | 226 | 252 |
| Medicinsk Enhed 1 | 66 | 293 | 45 | 404 |
| Medicinsk Enhed 2 | 62 | 301 | 49 | 412 |
| Neurologisk og Rehabiliterings Enhed | 25 | 159 | 120 | 304 |
| Ortopædkirurgisk Enhed | 59 | 205 | 78 | 342 |
| Pædiatrisk Enhed | 25 | 109 | 12 | 146 |
| Ialt | 478 | 1989 | 698 | 3175 |

Figur 8 Denne tabel er en oversigt af det kliniske personale og viser derfor ikke det samlede antal medarbejdere i Funktionsenhederne (baseret på tal fra personalekontoret juni 2005) *Inklusiv jordemødre (Primær Sundhedstjeneste og - informatik 2005.)

Metodedesign

Hvordan skal vi metodisk gribe dette projekt an? Spørgsmål er essentielt i ethvert projektarbejde. Hvad er rigtig og hvad er forkert, når det ikke findes nogen facitliste. (Brender 2004)

Jytte Brender kommer dog i hendes håndbog: *"Metodehåndbog i teknologivurdering af it-baserede løsninger indenfor sundhedssektoren"* med et forslag til det at beslutte sig for en metode.

Dette forslag har vi valgt at planlægge vores metodedesign ud fra, da vi ønsker at lave en efterundersøgelse i en organisation, der har valgt at implementere et elektronisk dokumentstyringssystem til håndtering af vejledninger.

Jytte Brender beskriver, at alle teknologiske IT-baserede løsninger (IT-system og den omgivende organisation) har hver deres livscyklus med en række forskellige faser: den eksplorative fase, teknisk implementeringsfasen, ibrugtagningsfasen og videreudviklingsfasen. Sammen danner faserne tidsrummet fra ideen om en IT-baseret løsning til at løsningen skrottes. Man kan udføre vurderinger i alle faserne.(Brender 2004)

Ifølge Jytte Brender er der en række valg man skal træffe for at komme frem til en metode:

1. Hvor er man i livscyklus?
2. Hvad er informationsbehovet?
3. Valg af metodologi
4. Valg af målepunkter
5. Valg af metode
6. Udførelsen af metoden
7. Fortolkning af resultater (Brender 2004)

Hvor er man i livscyklus?

Dette punkt omhandler at finde ud af, hvor i udviklingsforløbet, undersøgelsen finder sted. Vi har i vores 2.års projekt udført undersøgelser i det Jytte Brender kalder den tekniske implementeringsfase, som er før systemet tages i brug. Vi vil nu udføre en vurdering i implementerings/brugtagningsfasen.

Hvad er informationsbehovet?

Det vi vil med dette projekt er af en ren eksplorativ karakter. Vi vil undersøge organisationen Frederiksborg Amts Sygehusvæsen for at se, hvad der er sket af forandringer i organisationen efter implementeringen af det elektroniske dokumentstyringssystem Sund Viden.

Valg af metodologi:

Dette område, mener vi, ligger implicit i valg af metode, da metodebeskrivelserne indeholder forklaring på metodologi. En opfattelse Jytte Brender deler, da hun skriver: *”Valg af metodologi er ikke eksplicit berørt i metodebeskrivelserne, fordi det hyppigt er implicit inkorporeret i den originale beskrivelse af metoderne.”*(Brender 2004 p. 47)

Valg af målepunkter:

Vi har fire målepunkter, som vi ønsker at undersøge i dette projekt:

1. Vi ønsker at opnå viden om IT-systemet bruges i organisationen. Dog ikke i en detaljeret grad, blot for at se om systemet bruges eller ej, for herved at dokumentere problemets eksistens, som er nævnt i problembeskrivelsen. Til dette bruger vi spørgeskema (Spørgeskema 1).
2. Vi ønsker at opnå en dybere viden, omkring slutbrugerne benytter dokumentstyringsredskabet i deres daglige arbejdsgange og i så fald til hvad. Vi ønsker at opnå viden omkring holdninger, hvordan oplever slutbrugerne systemet kan benyttes i deres daglige arbejde og findes der problemer med vejledningerne eller systemet. I givet fald, hvilke konsekvenser kan det have og for hvem. Til dette bruger vi spørgeskemaer (Spørgeskema 2).
3. Vi ønsker at få kvalitetskoordinatorernes holdninger til implementeringen af Sund Viden, da det er dem, der er ansvarlige for implementeringen af Sund Viden i Funktionsenhederne. Denne indsigt vil vi opnå gennem et kvalitativt interview.
4. Endvidere ønsker vi at få indsigt i, hvordan projektejerne mener, at implementeringen af systemet har forløbet. Har den levet op til de krav og forventninger de havde til systemet Sund Viden. Vi vil forholde projektejerne med de data vi indsamler gennem spørgeskemaet. Til dette benytter vi fokusgruppeinterview.

Valg af metode:

Vi har valgt at bruge en form for metodetriangulering indeholdende både den kvalitative tilgang og den kvantitative tilgang til indsamling af viden. Kvalitative undersøgelser er undersøgende (hvad er væsentlig) og forklarende (hvad er årsagen). Mens kvantitative undersøgelser er konstaterende (Opnås de fastsatte mål, bruges når man ønsker viden om udbredelsen af en given holdning, vurdering blandt f.eks. slutbrugerne) (Kvale 1997)

Vi har valgt at bruge metodeteknikker i form af litteratursøgning, dokumentanalyse, spørgeskema og interviews. Disse metoder er nedenfor mere uddybet.

Litteratursøgning:

Vi har i dette projekt benyttet litteratursøgning til at få indsigt i teori omkring de problematikker, som vi i projektet mener, der udspiller sig, samt til at opnå viden om baggrund for problemet

Vi har søgt på følgende databaser:

- Medline
- Artikelbasen
- Bibliotek
- Sundhed.dk
- Auboline
- Google
- med flere

Og vores søgeord har været følgende:

- Implementering
- Beslutningstagning
- Dokumentstyringssystemer
- Vejledninger
- Kvalitet
- Kvalitetsudvikling
- Akkreditering
- Organisationsforandringer
- med flere

Dokumentanalyse:

For at se på hvilke krav og forventninger/mål, der var til systemet Sund Viden, har vi valgt at se på dokumenter herom.

Grunden for valg af dokumentanalyse som metode ligger i, at vi på denne måde kan indhente empiri om en proces, som strækker sig over et længere tidsforløb. Dokumentanalysemetoden er en oplagt metode til vores projekt, da en implementering af et dokumentstyringssystem strækker sig over længere tid end den tid, vi har til dette projekt.

Dokumentanalysemetoden omfatter:

”alle former for anvendelse af skriftlige, billedmæssige og andre materialer, som er tilvejebragt med andet formål for øje end den aktuelle undersøgelse.”
(Launsø and Rieper 2000 p. 121)

Det være sig mødereferater, strateginotater, projektbeskrivelser, protokoller med mere.

”Disse kilder er egnede til orientering og idégivning i tidlige faser af en undersøgelse, men også som endeligt kildemateriale.”
(Launsø and Rieper 2000 p. 113)

Dog er kvaliteten af dokumenterne ikke altid kendt.

”De generelle fordele ved disse materialer er for det første, at de kan give indsigt i forhold af historisk og privat art, som ellers ville være vanskeligt tilgængelige, og for det andet, at de er billigere at anvende, end hvis man selv skulle til at indsamle primære data.”
(Launsø and Rieper 2000 p. 111)

Disse er de væsentligste grunde til, at vi vælger dokumentanalysemetoden både i projektets indledende fase, samt som dokumentation for de forhold der har måttet være før projektets start.

Valgte dokumenter:

- 1. FoQUS (2004) Projektbeskrivelse. Implementering af elektronisk dokumentstyring i FAS.
- 2. FoQUS (2004). Implementeringsplan for dokumentstyring, version 2
- 3. FoQUS (2005) Notat vedr. arbejdsgang for dokumentstyring.
- 4. Bosselmann (2004). Dokumentstyring, rammer for
- 5. Kvalitetsudvikling, Politik for.
- 6. International feedback til Frederiksborg Amts Sundhedsvæsens forberedelse til implementering af Den Danske Kvalitetsmodel: (JCI rapport)

- 7. Frederiksborg Amt (2006) Nyt om Sundhedsvæsenet 06-13

Spørgeskemaer:

Spørgeskemaer har vi valgt at bruge til 2 forskellige dataindsamlinger i dette projekt. Det omhandler de 2 første målepunkter, vi har opstillet for denne undersøgelse. Se delafsnittet valg af målepunkter.

Spørgeskemaer er velegnet til at få en oplevet kvalitet belyst på tværs af et større antal slutbrugere, på tværs af sammenlignelige enheder, med henblik på at opnå en generel og repræsentativ viden (Freil and Knudsen 2004)

Spørgeskema er en metode som har fået stor udbredelse i evalueringsarbejde, da ”alle” kan formulere et spørgsmål til et givent emne. Den store udfordring i metoden ligger i at få formuleret spørgsmålene så godt/præcist, at en fælles forståelse er opnåelig. Netop dette aspekt er at af denne metodes faldgruber, da tolkningen af spørgsmålene kan opfattes forskellige. En anden faldgrube er, at besvarelsen er givet i den kontekst besvarende befinder sig i. (Brender 2004)

Vi vil udforme spørgsmålene i begge spørgeskemaer ud fra checkliste spørgsmål, for på den måde at opnå det bedste grundlag for nogle strukturerede besvarelser.

Vi vil udforme spørgeskemaerne ud fra denne proces:

1. Udform spørgeskema
2. Test det selv i gruppen(ordvalg, layout osv.)
3. Revider spørgeskemaet
4. Test det på venner/familie
5. Revider spørgeskemaet
6. Pilottest 10 ”realistiske” respondenter
7. Gennemfør registreringen(inddatering)
8. Gennemfør tolkningen (datakørsel)
9. Revider spørgeskemaet
10. Send spørgeskemaet ud
11. Evt. en rykkerskrivelse

12. Inddatering
13. Datakørsel
14. Analyse (Nøhr and Bertelsen 2005)

Pilottest af hvem?

Hvem skal man teste et spørgeskema på og hvor mange? For at få et repræsentativt udsnit af de kommende respondenter i den rigtige undersøgelse, er det tilladt nøje at udvælge sine pilotrespondenter. Det kan være til stor gavn at vælge pilottestpersoner fra alle de faggrupper, man påtegner undersøgelse skal repræsentere et billede af. Det er derfor ikke en bias for undersøgelsen, at man bevidst udvælger de personer, som man vil teste et spørgeskema på. Faggrupper har forskellige fokusområder og man har hermed mulighed for at opfange flest fejlkilder, inden spørgeskemaet sendes til den rigtige undersøgelse. (Koch and Vallgård 1996)

En anden faktor man kan diskutere er, om man må pilotteste et spørgeskema i den samme organisation, som man påtænker at udføre undersøgelsen i. Ifølge Kirstine Münster, som skriver om samfundsmedicinske forskningsmetoder, har det ingen betydning for den rigtige undersøgelse at teste et spørgeskema i den samme organisation. Hun skriver, at en pilottest indbefatter så få mennesker, at det næppe får en betydning for udfaldet af den rigtige spørgeskemaundersøgelse. Hvorfor vi har påtænkt at gøre dette i projekt. (Koch and Vallgård 1996)

Udarbejdelsen af spørgeskema 1 til 1. målepunkt:

Vi har i dette projekt valgt at benytte spørgeskemaer til at belyse problemets eksistens (spørgeskema 1). Vi, i projektgruppen, har en formodning omkring problemets eksistens ud fra indsigt i den undersøgende organisation. For at få vores formodning bekræftet vil vi udføre en lille spørgeskemaundersøgelse, som blot skal afdække, om systemet bliver brugt ja/nej. Vi vil benytte strukturerede direkte spørgsmål, da vi skal have en enkel, men præcis besvarelse. Samtidig vælger vi, at 10 personer ville være dækkede mængde for at se, om problemet eksisterer eller ej. Vi vil ikke foretage en yderligere bearbejdning af data i spørgeskema 1 end en optælling af brugen.

Udarbejdelsen af spørgeskema 2 til 2.målepunkt:

Som nævnt under valg af målepunkter ønskede vi en mere detaljeret viden omkring slutbrugernes brugertilfredshed omkring IT-systemet Sund Viden i forhold til deres arbejdsgange. Til dette bruger vi spørgeskema, som er udformet ud fra ovennævnte proces. Spørgeskemaet er delt op i følgende tema for at lette bearbejdningen af data efterfølgende:

- Respondentens baggrund
- Brugen af vejledninger
- Information
- Funktionaliteten af Sund Viden
- Kvaliteten af Sund Viden
- Holdninger til Sund Viden
- Konsekvenser af Sund Viden

For at se spørgeskema, se bilag 2

Vi har udarbejdet spørgeskema 2 på baggrund af teori om spørgeskema (Freil, Gut et al. 2005) Vi har drøftet antal af spørgsmål, samt hvilke mulige svarkategorier, der skulle forefindes. Vi har valgt at muligheden for at svare ”ved ikke” skal indgå i spørgeskemaet, så folk ikke undlader at svare på spørgeskemaet på baggrund af, at de ikke ved hvad de skal svare.

Udvælgelse af undersøgelsesrespondenter til spørgeskema 2:

Frederiksborg Amt omfatter mange slutbrugere af systemet Sund Viden. Det vil være en stor datamængde, hvis vi skulle undersøge alle slutbrugere i Frederiksborg amt. Dette har vi ikke ressourcer til i dette projekt. Derfor vælger vi at lave en stikprøve af antallet af slutbrugere.

Vi vil undersøge 30 respondenter i hver af funktionsenhederne i Frederiksborg Amt med mere end 100 ansatte pr enhed. Grunden til at vi vælger mere end 100 ansatte skyldtes, at vi mener det er et minimum for at kunne bevare anonymitet af respondenterne. Det bliver til 11 funktionsenheder, som hver skal have 30 spørgeskemaer. Det vil sige i alt 330 spørgeskemaer, som skal uddeles. Vi har indsat et eksklusionskriterium i et af spørgsmålene: ansat mindre end en måned. Vi mener ikke, at personer ansat mindre end en måned har indsigt nok i Sund Viden, til at kunne besvare spørgeskemaet.

Vi vælger at lave en stratificeret udvælgelse af undersøgelsesrespondenter.

Ved stratificeret udvælgelse inddeles undersøgelses respondenterne i grupper eller lag. Dette kan man gøre, hvis man har en formodning om, at besvarelsene vil være afhængige af bestemte grupper eller tilhørsforhold. Udvælgelsen af personerne sker ved, at alle grupper repræsenteres i udvælgelsen. (Freil, Gut et al. 2005)

På baggrund af ovenstående laver vi følgende udvælgelse for hver enhed (30 besvarelser):

- Hvis enheden er placeret på 3 sygehuse, da 10 skemaer til hvert sygehus ellers på det antal sygehuse enheden er placeret på.
- Det skal tilstræbes, at 5 kvinder og 5 mænd skal have et skema.
- Det skal tilstræbes, at 2 fra hver aldersgruppe skal have et skema.
- Det skal tilstræbes, at 10 skemaer skal udleveres til forskellige faggrupper.

Vi vil finde en kontaktperson fra hver funktionsenhed, som skal hjælpe os med uddelingen.

Bearbejdning af Spørgeskema 2:

Spørgeskemaet er opbygget på den måde, at man sætter et kryds i en svarbox. Hver svarbox er foruddefineret med et nummer.(se bilag 2)

Indtastningen af besvarelsene/data vil ske i et regneark ud fra en opstillet tabel med en kolonne til hver svarboxnr.

Vi vil beregne summen af antal svar ud, samt hvor mange procent de forskellige besvarelseskategorier udgør af det samlede antal besvarelser.

Vores tanker var at udarbejde signifikans test på de indsamlede data, men efter søgen på litteratur herom og uden held har vi forespurgt lærerne på uddannelsen til råd. Forespørgslen mandede ud i, at vi erfarede, at vores undersøgelse repræsenterer et for lille datagrundlag til denne type test. Det man kan er at sammendrage nogle tendenser, som viser sig i det indsamlede datamateriale. Dette har vi således tænkt os at gøre.

Interview:

Vi har valgt det kvalitative – interview samt fokusgruppeinterview, som er beskrevet af Steiner Kvale (1997) og Launsø og Rieper (2000)

En af grundene til, at vi vælger denne metode til dataindsamling omkring vores problemformulering er:

Interview er en metode hvorpå man kan beskrive og fortolke temaer i interviewpersonens livsverden. (Kvale 1997) Vi vil bruge interview til at indhente en kvalitetskoordinator beskrivelse af hvordan implementering af Sund Viden er forløbet. De data vi indsamler vil bruge til at belyse hypotesen omkring akkreditering, hvor langt er implementeringen i forhold til at kunne blive akkrediteret.

Fokusgruppeinterview har fordelen at: ” *interaktionen i gruppen stimulerer til ægte og nuancerede udsagn og også virker som en kontrol på ekstreme eller usande oplysninger*”. (Launsø and Rieper 2000p. 139)

At der er tale om en gruppe betyder at det er muligt at opnå en dynamisk proces mellem flere personer, hvor interviewer går i baggrunden og giver plads til mere fri debat og diskussion med plads til spontane og emotionelle udsagn (Kvale, 1997).

Der kan være svagheder ved en sådan metode: Det kan være svært at styre interviewet, da der er risiko for, at der dannes grupper under et interview, og derfor kan det være svært at sikre, at alle kommer til orde. Desuden sætter det også begrænsninger for, hvor mange temaer, man kan nå at berøre. (Launsø and Rieper 2000)

Alligevel vælger vi i projektet at bruge fokusgruppeinterview til at indsamle data omkring projektejernes holdninger til slutbrugernes udsagn, vi indsamler via spørgeskema 2. Vi har opstillet hypotesen om at systemet ikke bruges i det omfang det var hensigten med Sund Viden. Hypotesen er et af emnerne vi ønsker at drøfte i et fokusgruppeinterview.

Udvælgelse af interviewpersoner:

Til interview af kvalitetskoordinator har vi valgt at tage mundtligt kontakt til en kvalitetskoordinator. Kvalitetskoordinatoren, ved vi, har været involveret i projektet Sund Viden fra starten og har dermed forudsætning for at komme med en udtale om projektet Sund Viden. Desuden var det muligt at få en aftale i stand.

Til fokusgruppeinterviewet med projektejerne på Sund Viden projekt er vi selv blevet kontaktet af en af parterne. Hun havde hørt om vores spørgeskemaundersøgelse og var interesseret i resultaterne. Vi e-mailede til vedkommende og spurgte, om hun og andre relevante parter ville deltage i et fokusgruppeinterview. Dette indvilligede de i og vi aftalte et interview med tovholder for projektet Sund Viden, samt kvalitetschefen.

Forberedelse til Interview:

Inden interviewene vil vi udarbejdede en semistruktureret interviewguide, som skal indeholde en skitse over de emner, der skal afdækkes og forslag til spørgsmål, der evt. kan stilles. (Kvale 1997)

Interviewguiden bør afspejle undersøgelsens problemstillinger. Det kræver åbne spørgsmål med en vis strukturering af emnet. (Kvale 1997; Launsø and Rieper 2000)

Derfor har vi valgt, at udarbejde interviewguide ud fra de hovedområder, som vi gerne ville have svar på, samt områder fra spørgeskemaundersøgelserne. Områderne er de samme områder, som vi vil bearbejde interviewene ud fra. (se bilag 3)

Dokumentation og bearbejdning af interviewet:

Vi vil optage interviewene på båndoptager, fordi teorien foreskriver: som en del af et kvalitativt interview er det altid en god ide, at optage interviewet på bånd eller video. Interviewpersonerne skal give deres accept af optagelsen. (Launsø and Rieper 2000)

Vi vil analysere interviewet ved at transskribere interviewet til tekst. Transskriberingen vil vi få en sekretær til at udføre med hjælp fra gruppemedlemmerne. At transskribere vil sige at oversætte fra et talesprog med et regelsæt, til et skriftsprog med et andet regelsæt. Transskriptioner er ikke kopier eller repræsentationer af en oprindelig virkelighed, men fortolkningsmæssige konstruktioner, hvilket

indebærer en række vurderinger og beslutninger. Eksempelvis vil transskriptionskvaliteten falde, hvis der ikke er en klar procedure og –formål og/eller ingen kontrol af reliabiliteten. (Kvale 1997)

Validiteten af en transskriberet interviewsamtale mener Kvale er kompliceret at afgøre, i og med at der ingen sand og objektiv metode findes ved transformation fra mundtlig til skriftlig form. Han mener, at det er langt mere konstruktivt at tage udgangspunkt i forskningsformålet og her ud fra beslutte transskriptionsformen. Vi vil fortolke det transskriberede interview ud fra:

- A. Strukturering: vi vil strukturere den lange ordret transskriberede tekst
- B. Afløring: her vil vi eliminere gentagelser, sidespring og temaer som ikke har relevans i forhold til undersøgelsen.
- C. Analyse: vi vil lave en analyse, hvor egne meninger af dækkes og nye perspektiver lægges ned over fænomenerne. Dette vil vi gøre ud fra meningskondensering.

Analysen af det transskriberede interview kan underkastes forskellige indfaldsvinkler: kategorisering, kondensering, narrativ strukturering, dybdefortolkning og ad hoc teknikker til skabelse af mening. Vi vil kun beskrive meningskondensering, som er en af de 5 metoder til meningsanalyse Kvale beskriver. Meningskondensering er en empirisk-fænomenologisk metode:

- A. Læs hele interviewet igennem for at få en fornemmelse for helheden
- B. Afgrens betydningsenheder i interviewet
- C. Giv betydningsenheden en så præcis og kort temaoverskrift som muligt
- D. Stil spørgsmål til betydningsenhederne ud fra formålet med undersøgelsen
- E. Sammensæt de væsentlige temaer sammen i interviewet som helhed. (Kvale 1997)

Udførelsen af metoden

1. målepunkt:

Vi udarbejdede det indledende spørgeskema (spørgeskema 1) ud fra nedenstående proces:

| Punkt | Aktivitet | Handling: |
|-------|-------------------------|-----------------------------|
| 1 | Udform spørgeskema | Dette gjorde en i gruppen |
| 2 | Test det selv i gruppen | Vi testede alle 3 i gruppen |

| | | |
|----|---|---|
| 3 | Revider spørgeskemaet | Vi rettede lidt i sproget og layoutet |
| 4 | Test det på venner/familie | Vores nærmeste svarede på spørgeskemaet |
| 5 | Revider spørgeskemaet | Her var der ingen rettelser |
| 6 | Pilottest 10 ”realistiske” respondenter | Vi testede det på et andet afsnit i den undersøgende organisation ved personlig henvendelse. |
| 7 | Gennemfør registreringen(inddatering) | En i gruppen indsamlede spørgeskemaerne og inddaterede dem i et dokument |
| 8 | Gennemfør tolkningen (datakørsel) | Fælles i gruppen tolkede vi resultaterne |
| 9 | Revider spørgeskemaet | Besluttede at et spørgsmål skulle falde ud og en svarmulighed skulle tilføjes i et andet spørgsmål. |
| 10 | Send spørgeskemaet ud | Vi testede det i den undersøgende organisation ved personlig henvendelse. |
| 11 | Inddatering | En i gruppen indsamlede spørgeskemaerne og inddaterede dem i et dokument |
| 12 | Datakørsel | Fælles i gruppen tolkede vi resultaterne |
| 13 | Analyse | Vi var tilfredse med den indsamlede data og det var det ønskelige resultat – nemlig at problemet eksisterede. For uddybning se empiriafsnittet. |

For at se spørgeskema, se bilag 1.

2.målepunkt:

Inden vi udarbejdede spørgeskema 2 sendte vi et brev til direktionen i Frederiksborg Sygehusvæsen om tilladelse til at gennemføre spørgeskemaundersøgelsen. Vi fik tilladelse.

Vi udarbejdede spørgeskemaet 2 ud fra nedenstående proces:

| Punkt | Aktivitet | Handling: |
|-------|-----------|-----------|
|-------|-----------|-----------|

| | | |
|----|---|---|
| 1 | Udform spørgeskema | Dette gjorde en i gruppen |
| 2 | Test det selv i gruppen | Vi testede alle 3 i gruppen |
| 3 | Revider spørgeskemaet | Vi rettede lidt i sproget og layoutet, men mest af alt i hvad var relevant i forhold til det vi ønskede svar på. |
| 4 | Test det på venner/familie | Vi testede det på de medstuderende som opponerede på vores projektarbejde ved 3. weekendseminar |
| 5 | Revider spørgeskemaet | Vi rettede mest i sproget. |
| 6 | Pilottest 10 ”realistiske” respondenter | På grund af tidspress nåede vi ikke dette. |
| 7 | Gennemfør registreringen (inddatering) | Vi talte om registreringsprocessen, men udførte ikke processen rent praktisk. |
| 8 | Gennemfør tolkningen (datakørsel) | Vi besluttede tolkningen, men udførte den ikke |
| 9 | Revider spørgeskemaet | Dette gjorde vi ikke |
| 10 | Send spørgeskemaet ud | Vi uddelte spørgeskemaet til de kontaktpersoner vi skaffede fra hver enhed på en workshopdag for EPJ-koordinatorer. Kontaktpersonerne var primært EPJ-koordinatorer i Frederiksborg Sygehusvæsen. |
| 11 | Inddatering | Efter slid og slæb og mange timers arbejde var alle data endelig indtastet i et excell regneark |
| 12 | Datakørsel | Se empiriafsnit |
| 13 | Analyse | Se empiriafsnit |

3.målepunkt:

Beskrivelse af interviewet med kvalitetskoordinator:

2 af gruppens medlemmer mødtes med kvalitetskoordinatoren på vedkommendes kontor, hvor vi kort fortalte, hvordan vi ønskede interviewet skulle forløbe (interviewguiden skulle være rettesnor, men

interviewet skulle være en åben dialog). Vi udleverede interviewguiden til kvalitetskoordinator, som fik lov til at læse denne inden start. Efter godkendelse til at optage interviewet på bånd lavede vi en diktafontest for at tjekke om optagelse fandt sted, inden vi gik i gang med interviewet. Interviewet blev styret af det ene gruppemedlem, mens det andet gruppemedlem benyttede interviewguiden som et tjekskema til at kontrollere, om vi fik svar på alle spørgsmål. Interviewet endte med, at vi spurgte kvalitetskoordinator, om vedkommende ønskede det transskriberede interview til gennemlæsning. Dette anså vedkommende ingen grund til. Herefter afsluttede interviewet.

4.målepunkt:

Beskrivelse af interviewet med tovholder for Sund Viden projektet: 2 af gruppens medlemmer havde aftalt, at interviewet skulle finde sted i FoQUS-enheden med kvalitetschefen og tovholderen for projektet, men inden interviewet startede, meldte kvalitetschefen afbud, da hun var blevet forhindret pga. andre mødeaktiviteter.

Inden interviewet startede, blev tovholderen informeret om, at hun havde mulighed for anonymitet og mulighed for at gennemlæse interviewet efter transskribering. Tovholderen ønskede at være anonym med navns nævnelse, men ikke med titel og ønskede ligeledes interviewet til gennemlæsning.

Tovholderen blev informeret og accepterede optagelse af interviewet på bånd. Tovholderen fik udleveret interviewguiden, således at hun fik mulighed for at gennemlæse denne og udvælge de spørgsmål hun ville være i stand til at svare på, grundet at kvalitetschefen meldte afbud.

Interviewet foregik ved at begge gruppemedlemmer på skift stillede spørgsmål til tovholderen.

Afslutningsvis havde tovholderen mulighed for at fremføre kommentarer i øvrigt. Herefter sluttede interviewet.

Som en følge af at kvalitetschefen meldte afbud, lavede vi en aftale om at e-maile en interviewguide til hende med uddybende spørgsmål i forhold til interviewet med tovholderen. Dette gjorde vi efterfølgende men kvalitetschefen havde ikke noget tilføje udover, at hun erklærede sig enig i tovholderens udtalelser i interviewet.

Fortolkning af resultater

Dette er uddybet i empiriafsnittet

Diskussion af metode:

I dette afsnit vil vi belyse styrker og svagheder ved vores metode i forhold til valg af undersøgelsesenhed, spørgeskemaer, interview og dokumentanalyse.

Valg af undersøgelsesenhed:

Vi valgte i vores projekt at undersøge Frederiksborg Amts Sygehusvæsen. Grunden til dette var en mulighed for at evaluere et system i en organisation både før og efter implementering af et system. Vi havde i et 2.årsprojekt undersøgt organisationen

Det er svært indenfor den periode, uddannelsen MI tildeler udarbejdelsen af et masterprojekt, at undersøge en organisation både før og efter implementering af et system. Denne problematik blev ikke et problem, da Frederiksborg Amt i perioden for udarbejdelsen af vores projekt implementerede systemet Sund Viden.

Vi kunne i stedet have valgt at undersøge en organisation, som havde implementeret et system og spørge til deres forventninger inden implementering. Dette mener vi dog ikke ville være valide data, da det er svært at erindre holdninger før en udvikling.

Dokumentanalyse:

Som beskrevet i det ovenstående er der en begrænset tidsperiode for udarbejdelsen af dette projekt. Ved at bruge tidligere dokumenter kunne vi præsentere data, som befandt sig udover den tilladte tidsramme. En anden tilgang til samme data mener vi ikke, at vi kunne have indsamlet ved anden metode.

Spørgeskemaer:

Vi valgte at benytte den kvantitative metode teknik, spørgeskemaer, da vi mener den ville præsentere det mest reelle billede af hele organisationen. Vi kunne i stedet have lavet fokusgruppeinterview af nogle slutbrugere. Den situationen mener vi dog ikke ville give os det same omfang af data præsenteret på hele organisationen, som spørgeskemaundersøgelsen formåede.

Pga. tidspres nåede vi ikke at teste spørgeskemaet inden udsendelse af den gældende spørgeskemaundersøgelse (spørgeskema 2). Dette vil vi gøre om, hvis vi skulle lave samme

undersøgelse igen. Vi erfarede nemlig, at på trods af at have testet spørgeskemaet på medstuderende var der spørgsmål, var der dobbelt og nogle svarkategorier, der var irrelevante.

En anden metodisk ting vi ville ændre var muligheden for rykkerprocedure af spørgeskemaet. Vi vidste ikke, hvem spørgeskemaerne var udleveret til og kunne derfor ikke sende en rykker til slutbrugeren direkte. Det eneste vi kunne var, at bede kontaktpersonerne i funktionsenhederne om at rykke for udfyldelse spørgeskemaerne. Vi kan kun gisne, om det ville ændre noget på vores svarprocent, men vi mener, at det evt. ville. For spørgsmålet er om alle som spørgeskemaet er udleveret til har modtaget en rykker. Vi kan ligeledes have en formodning om, at kriteriet om ligelig kønsfordeling ikke er blevet opfyldt set i forhold til de indkomne svar.

Interview:

Vi valgte, at interviewe en kvalitetskoordinator ved brug af kvalitativt interview. Ud fra denne metode fik vi mange data, som bidrog til at belyse vores problemformulering, men man kan diskutere, hvad de indsamlede data repræsenterer i forhold til kultur og faggrupper. Vi interviewede kun en sygeplejefaglig kvalitetskoordinator og organisationen er opbygget således, at hver funktionsenhed har både en lægefaglig og en sygeplejefaglig kvalitetskoordinator.

Set i bakspejlet af dette ville vi, hvis vi skulle udføre undersøgelsen igen, ændre denne metode. Vi ville i stedet lave et fokusgruppeinterview med både lægefaglig og sygeplejefaglig kvalitetskoordinatorer tilstede.

Et andet område man kan diskutere om vores udførelse af metode, er transskriberingen af interviewet med kvalitetskoordinator. Kvalitetskoordinator ønskede ikke interviewet til gennemlæsning. Her kan diskuteres, om validiteten af de data, vi indsamlede, er acceptabel, da vi accepterede denne manglende gennemlæsning inden publicering af data i projektet. Kvale siger dog til transskriberede tekster, at de kan for læseren, selvom det er interviewpersonen selv, opfattes som særdeles forvirrende, skræmmende eller uforståelige sprogmæssigt. (Kvale 1997)

Om det kan være dette, der ligger til grund for ønsket om ingen gennemlæsning er spørgsmålet, men vi acceptere til trods for ovenstående data indsamlet under interviewet for valide.

Vores planlagte fokusgruppe interview med projektejerne på SundViden, ændrede metode under interviewet. Interview blev et enkeltmands interview i stedet for et fokusgruppeinterview, da den ene interviewperson måtte aflyse. Dette kom dog først til vores kendskab, da vi mødte op til interviewet. Vi valgte på trods af situationen at gennemføre interviewet med samme interviewguide.

Kritikken af situationen er, at vi ikke mener, vi har fået de data, vi ønskede. Der var ingen dialog mellem de to parter af data fra spørgeskemaet, som vi skulle konfrontere dem med og interviewpersonen kunne ikke redegøre for alle spørgsmål.

I et forsøg på at indsamle de manglende data, mailede vi spørgsmål til personen, som meldte afbud. Tilbage meldingen medførte ikke ny viden. Vi mener, at det skyldes manglende forståelse af spørgsmålene, som fokusgruppeinterviewet skulle have bidraget med en indsigt omkring.

Empiri

I dette afsnit beskriver vi de data, som vi har fået ind ved vores spørgeskemaundersøgelse af slutbrugerne af Sund Viden og de data, vi har fået ind ved interview af kvalitetskoordinator og tovholder. Vi har valgt at lave et sammendrag af disse data.

Ligeledes har vi valgt at skrive et sammendrag af de dokumenter, som vi har lavet dokumentanalyse på. Sammendragene tager udgangspunkt i områder, der er relevante i forhold til dette projekt.

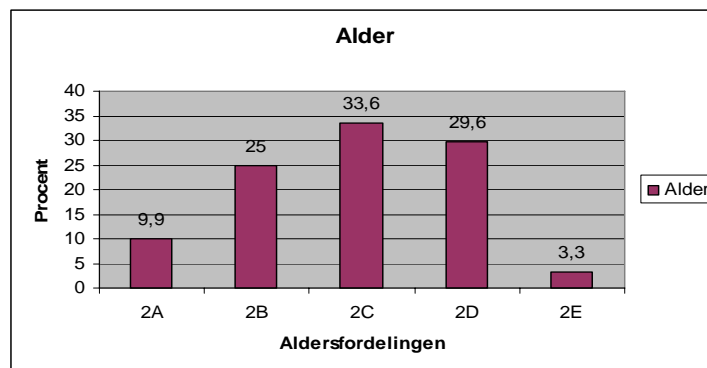
Vi har valgt at præsentere beregningerne for den samlede gruppe og f.eks. ikke i forhold til køn, alder, faggruppe eller enhed. Vi har udført beregningerne, men fandt ikke de store forskelle i forhold til den samlede beregning.

Spørgeskemaundersøgelse

Baggrund:

Det blev udsendt 330 spørgeskemaer, hvoraf 127 kvinder og 25 mænd svarede, dette svarer til en procentsats på henholdsvis 38,5 % og 7,6 %, hvilket giver en samlet besvarelsesprocent på 46,1 %. Det betyder ligeledes, at 83,6 % af besvarelsene er fra kvinder.

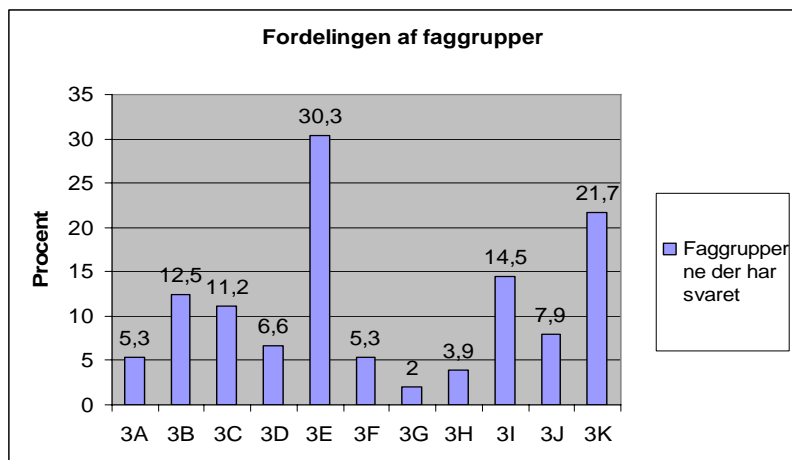
I forhold til den aldersmæssige fordeling, er 33,6 % af besvarelsene mellem 40-49 år, og udgør den større gruppe aldersmæssigt. Dernæst kommer gruppen af 50-59 årige og gruppen af 30-39 årige, som udgør henholdsvis 29,6 % og 25 % af besvarelsene.



Figur 9 Aldersfordelingen på samtlige respondenter, hvor 2A= 20-29årige, 2B: 30-39 årige, 2C =40-49 årige, 2D=50-59 årige og 2E=60-69 årige

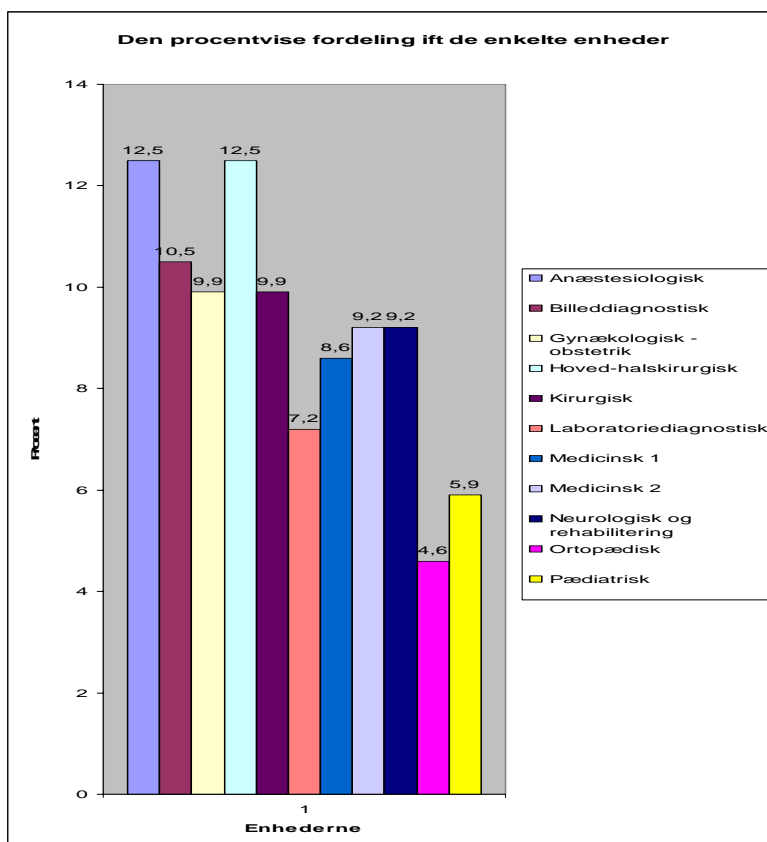
I forhold til fordelingen på faggrupper, så udgør den største gruppe sygeplejerskerne med en besvarelsesprocent på 30,3 %, dernæst kommer ”andet” gruppen med 21,7 % og sekretærgruppen med 14,5 %.

Gruppen af ”andet” bestod af bioanalytikere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, specielle stillinger hos Hoved-halskirurgisk enhed, kvalitetskoordinatorer og en enkelt diætist.



Figur 10 Fordelingen på faggrupper i forhold til den samlede besvarelse, hvor 3A=Leder, 3B=mellemlider, 3C=Overlæge, 3D=Læge, 3E=sygeplejerske, 3F=Social og sundhedsassistent, 3G=Sygehjælper, 3H=Klinisk vejleder, 3I=Sekretær, 3J=Nøgleperson i kvalitetsudvikling, K=Andet

I forhold til fordelingen af samtlige besvarelser i forhold til enhederne (fig. 10), så ser vi, at anæstesiologisk enhed og hoved-halskirurgisk enhed er de enheder, der har de højeste besvarelsesprocenter, hvorimod ortopædkirurgisk og pædiatrisk enhed har de laveste besvarelsesprocenter i forhold til den samlede besvarelse.

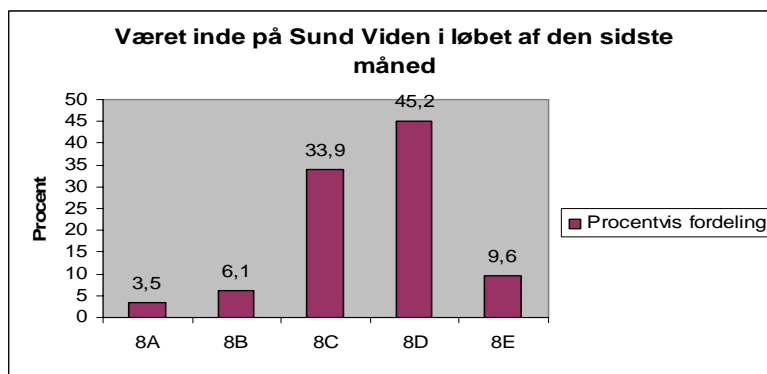


Figur 11 Viser den procentvise fordeling af besvarelserne der deltog i forhold til enhederne i Frederiksborg Amt

Hovedparten af de adspurgte og som har været ansat længere end en måned (79,3 %) har været inde på Sund Viden.

Brugen af vejledninger:

De fleste slutbrugere bruger vejledninger i deres arbejde. Hovedparten har brug for at finde vejledninger henholdsvis ugentlig og månedligt, som det ses af figur 11.

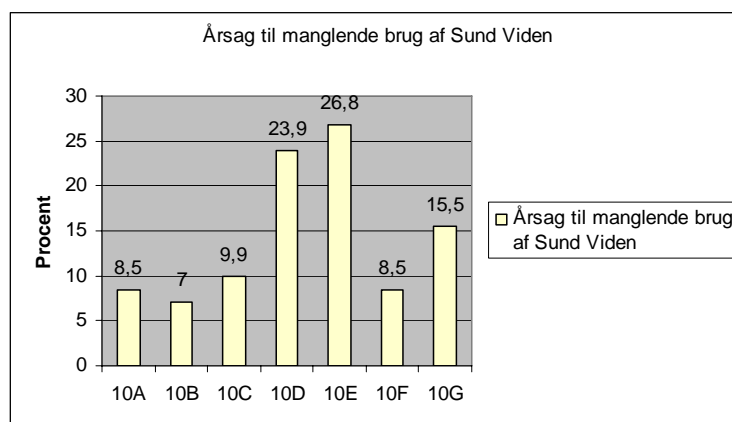


Figur 12 Viser en fordeling af de respondenter, som har svaret ja til at de har været inde Sund Viden og som har angivet hvor ofte de har været inde på Sund Viden den sidste måned. 8A=Flere gange dgl, 8B=Dagligt, 8C=Ugentlig, 8D=Månedligt, 8E=Ved ikke.

Vi spurgte respondenterne om, hvad årsagerne er til, at de går ind på Sund Viden. Vi ser af besvarelserne, at der er mange går ind på grund af nysgerrighed, for at lære programmet at kende, for at finde en vejledning til patient pleje og behandlingen eller for at søge viden til egen læring. Desuden var det muligt at sætte kryds i andet, og nogle af kommentarerne var:

”(Sund Viden red.)... Naturligt værktøj i mit daglige arbejde” eller ”For at se om der er blevet lagt flere nye vejledninger ind, af dem som mangler at blive godkendt.” eller ”Mhp. at kunne forfatte en vejledning”

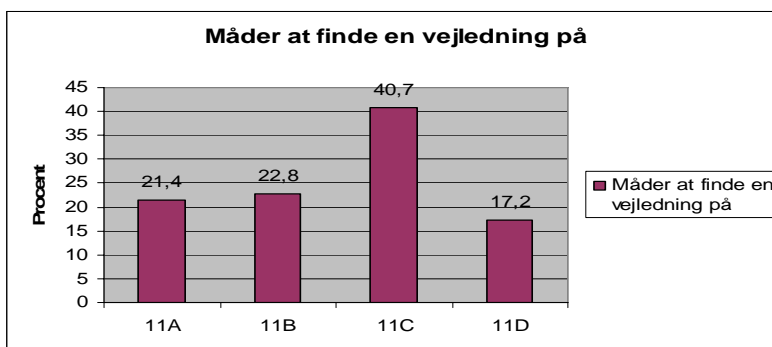
De respondenter der angiver, ikke at have anvendt Sund Viden, angiver hovedårsagerne, som at de ikke har brug for at finde en vejledning eller har ikke modtaget undervisning. 15,5 % havde svaret ”andet”. Af kommentarerne angives, at der ofte er tale et konkurrerende system for eksempel BIAQ (red: et vejledningssystem for bioanalytikere). Her er det i sagens natur bioanalytikerne, der angiver dette. Derudover påpeger denne faggruppe også, at sengeafdelingerne ikke vil have brug for at se deres vejledninger. Af andre kommentarer var der blandt andet: *”Der er generelt for travlt i hverdagen”* eller *”Bøger og PDA instrukser”* eller *”Har klaret mig på anden vis”*.



Figur 13 Fortæller hvilke årsager, der er angivet for ikke at bruge Sund Viden. 10A=Ved ikke hvad Sund Viden er, 10B=Ved ikke hvordan man kommer ind på Sund Viden, 10C=Ved ikke hvordan man finder en vejledning i Sund Viden, 10D=Har ikke modtaget undervisning i Sund Viden, 10E=Har ikke brug for at finde en vejledning, 10F=Der har ikke været ledige computere og 10G=Andet

Endeligt spurgte vi i forhold til brugen, hvad gør de, når de skal bruge en vejledning. De fleste svarer, at de bruger både de gamle papirbaserede vejledninger og Sund Viden. Ellers er det ligeligt fordelt i forhold til dem der kun anvender Sund Viden og hvem der kun anvender de papirbaserede vejledninger (Se fig. 13, søjle 11A og 11B) En respondent udtrykker det således:

” Bruger de gamle vejledningsmapper, men hvis de ikke er i vejledningsmappen, så søger jeg på Sund Viden. Har kun brugt det 3 gange på grund af der ikke har været ledige computere og travlhed”

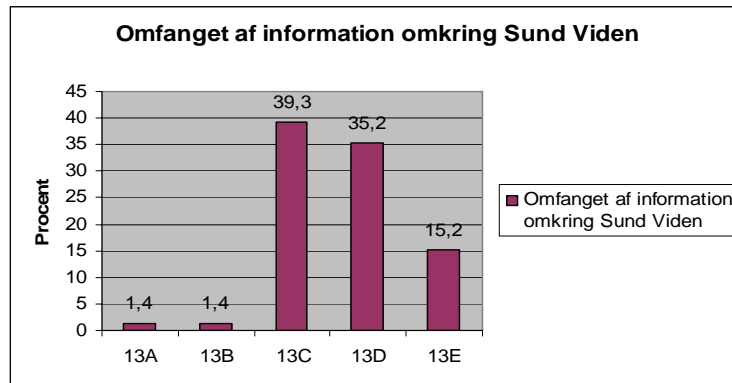


Figur 14 Fortæller hvad brugerne gør, når de skal finde en vejledning. Her er alle besvarelser talt med, såvel dem som bruger Sund Viden som dem der ikke bruger det. 11A=Søger i Sundvdién, 11B=Bruger de gamle vejledningsmapper, 11C=Bruger både Sund Viden og de gamle vejledningsmapper og 11D=Andet

Information:

En af vores formodninger gik på, at brugen af Sund Viden hænger sammen med, hvorledes slutbrugerne, ude på afdelingerne, er blevet informeret omkring Sund Viden. 51,7 % svarer positivt, mens 38,6 % svarer negativt i forhold til information. 7,6 % har svaret ved ikke. Desuden er der 2,1 % som burde have besvaret spørgsmålet, men som ikke har taget stilling.

I forhold til den information, de mener at have fået, vurderer hovedparten at have fået passende eller for lidt information. En mindre gruppe vurderer at have fået alt for lidt information. Se fig.14.



Figur 15 Viser hvordan respondenterne vurderer omfanget af informationen som de har fået i forbindelse med Sund Viden. 13A=Alt for meget, 13B=For meget, 13C=Passende, 13D=For lidt og 13E=Alt for lidt.

Funktionaliteten:

I relation til hvordan brugerne vurderer Sund Viden, er der en klar tendens til, at de anser systemet som nemt at komme ind på og forholdsvis nemt at bruge, da 86,1 % giver udtryk for dette.

På spørgsmålet om det er nemt at finde rundt i, finder vi en anderledes fordeling af svarene. Således svarer 49,6 % positivt på, at det er nemt at finde rundt i, dog er der også en stor andel på 38,3 %, som anfører, at de har svært ved at finde rundt i systemet.

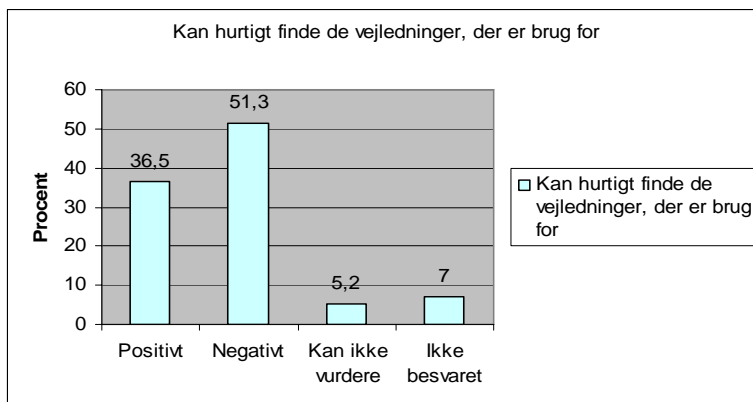
I kommentarerne, som ledsager spørgeskemaet, finder vi udsagn, som at navngivningen af vejledninger gør det svært at finde rundt og at de står rodet i systemet. En del nævner, at der er få vejledninger i systemet.

Holdninger:

Vi stillede spørgsmål omkring brugernes holdninger til Sund Viden. Hovedparten af de adspurgte, mener, at vejledningerne er nyttige (80 %) og pålidelige (75,7 %).

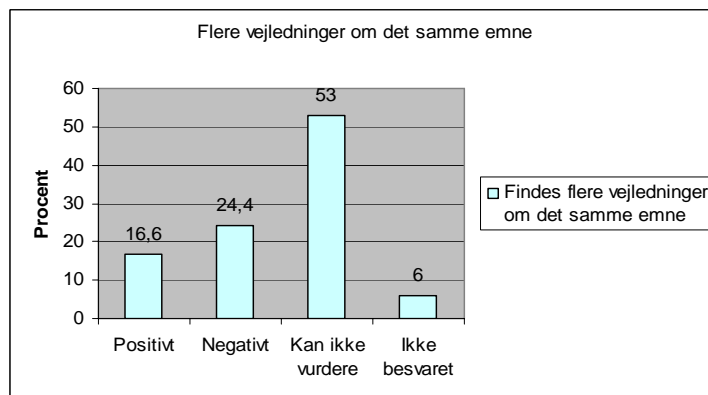
Et spørgsmål, som antyder, at der er udarbejdet for få vejledninger i systemet, er om brugerne oplever at have ledt efter en vejledning uden at kunne finde den. Her svarer 49,6 bekræftende på dette spørgsmål og 25,2 % svarer, at dette ikke er tilfældet. Desuden er der 12,2 %, som ikke ved det samt 13 % af respondenterne, som ikke har svaret på spørgsmålet.

Dette har endvidere sammenhæng i forhold til, om de mener at kunne finde de vejledninger, de har brug for i deres daglige arbejde. Her mener lidt over halvdelen af brugerne, som bruger Sund Viden, at dette ikke er tilfældet. Dette skal holdes op imod, at der er 36 %, der mener, at de finder de vejledninger, de skal bruge. Se fig. 15



Figur 16 Fortæller hvordan brugerne vurderer at kunne finde de vejledninger, som de har brug for.

Et af kravene formuleret af slutbrugerne i vores forundersøgelse var behovet for entydige vejledninger. Over halvdelen af de slutbrugere, der benytter Sund Viden, kan ikke vurdere, om der findes entydige vejledninger. 16,6 % af slutbrugerne, der benytter Sund Viden, mener at der findes flere vejledninger om samme emne, hvorimod 24,4 % mener, at dette ikke er tilfældet.



Figur 17 Hvad slutbrugerne svarede i forhold til, om der findes flere vejledninger om samme emne.

Kvaliteten af Sund Viden:

Slutbrugerne blev bedt om at vurdere, hvordan tilgængeligheden af vejledninger er i forhold til de papirbaserede vejledninger. Her svarede over halvdelen, at vejledninger i højere grad er tilgængelige i

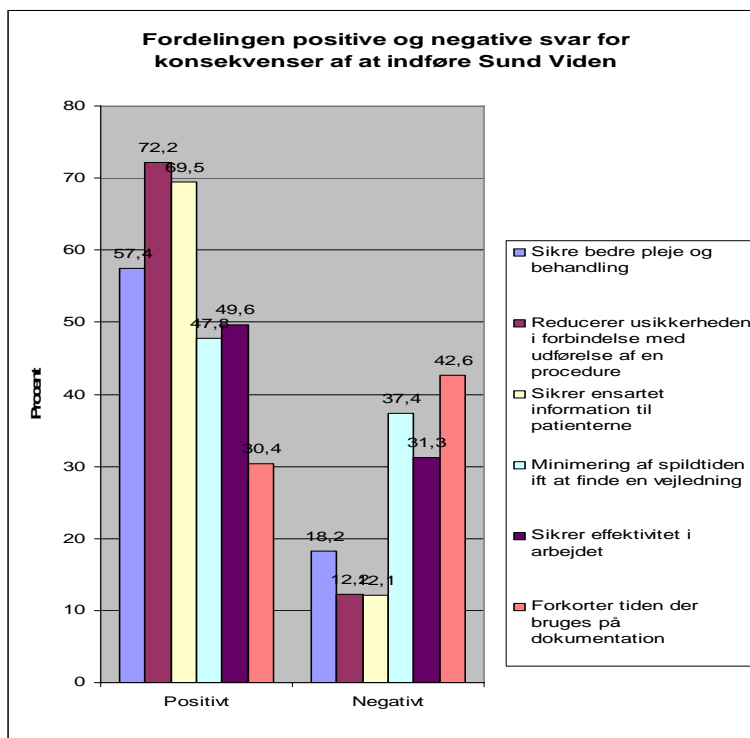
Sund Viden end de papirbaserede vejledninger. Dette holdt op imod at der er 16,5 %, der mener, at tilgængeligheden ikke er bedre i Sund Viden end i forhold til de papirbaserede vejledninger. Endelig er der 21,5 %, som ikke kan vurdere udsagnet.

Konsekvensen af Sund Viden:

Endeligt bad vi slutbrugerne besvare hvilke konsekvenser, der har haft at indføre Sund Viden. Et af spørgsmålene gik på, om Sund Viden er med at sikre pleje og behandling og da svarer hovedparten positivt. Derudover svarer slutbrugerne, at det er med til at reducere usikkerhed og sikre ensartethed i forhold til information til patienterne. Fordelingen ses af nedenstående figur, hvor usikkerhed reduceres og ensartet information scorer højest i forhold til de positive svar(fig. 16)

I forhold til effektivitet i arbejdet mener de fleste, at det har positiv effekt på effektiviteten, men der er dog også en stor del, der ikke mener, at det har betydning for effektiviteten.

Når fokus er på dokumentation er der mange, der mener, at det ikke har nogen betydning for dokumentationen, at man har indført Sund Viden.



Figur 18 Fordeling af de positive svar og negative på spørgsmålet omkring konsekvenser af at indføre Sund Viden.

På spørgsmålet om hvad de foretrækker, svarer hovedparten, at de foretrækker Sund Viden, når der er kommet flere vejledninger i og mindre ændringer (vi ved dog ikke hvilke). En lille andel vil foretrække Sund Viden med store ændringer og en lille andel af respondenterne ønsker Sund Viden, som det er nu. Der er flere, der peger på, at ét dokumentstyringssystem ville være en fordel, selvom vi har udsagn fra en del bioanalytikere, som mener, at deres vejledninger bør findes for sig selv og kun er relevante for dem. Desuden er der en andel, der mener at en forbedret papirudgave var at foretrække, da der er få pc'er tilgængelig.

Supplerende kommentarer fra spørgeskemaerne:

Respondenterne havde mulighed for at skrive uddybende kommentarer på den sidste side af spørgeskemaet og det var der 30, der benyttede sig af.

Her er et uddrag af nogle af kommentarerne med angivelse af stilling på respondenterne.

Kvalitetskoordinator og udviklingspsygeplejerske:

"Der har været startproblemer med Sund Viden IT-mæssigt; søgemaskinen er for dårlig. Der har været for lidt overordnet styring af hvilket niveau/hvad vejledningerne minimum skal indeholde. Der har været for få overordnede instrukser/definitioner på begrebene tværgående, enhedsspecifikke, administrative, kliniske vejledninger."

Fysioterapeut:

"Det er min erfaring, som fysioterapeut (har været med til at udarbejde en vejledning i sund viden,) at der ikke er sammenhæng i hvilket omfang de implementeres i praksis. Vi fortsætter vores praksis på trods af, at der findes vejledninger i Sund Viden. Er de mest lavet for akkrediteringens skyld? Eller? Hvem har ansvaret for implementering, som ikke finder sted.

Kollegaer, som ikke arbejder med sund viden ved ikke hvad der findes i den database. Hvis ansvar er det?"

Sygeplejerske, kvalitetskoordinator:

"Jeg mener, at der mangler flere ting for, at Sund Viden bliver brugbart for frontlinie personerne, dels på teknisk og dels organisatorisk plan:

Teknisk

1: de fejlsituationer/problemer der har været/er skal "ryddes af vejen" bl.a. titler og søgeord

Organisatorisk

2: der er et uddannelsesbehov hos brugerne der ikke er tilgodeset

Der bør være flere 2-3 niveauer af vejledninger:

a) dem der skal følges, jura (samtykke mm)

- b) dem der bør følges, hygiejne fx
c) dem der kan følges, "opskriftsbøgerne", dem klinikere kan bruge, hvis de ikke husker hvad de skal gøre.....
Begrebsafklaring mangler på flere fronter: eks; hvornår er en vejledning administrativ?
Gerne en kvittering "læst og forstået" af SKAL vejledninger."

Sekretær og nøgleperson:

"Det er stadig på implementeringsplan i enhederne og derfor er alle vejledninger ikke lagt ind endnu og kendskabet til sund viden skal også nå helt ud i alle kroge, som kan ta` sin tid i en stor organisation.
Lederne har et ansvar for at minde personalet om brugen af Sund Viden, så det hurtigere bliver kendt, brugt og accepteret af alle."

Klinisk vejleder:

"Søgefunktionen skal forbedres"

Overlæge, kvalitetskoordinator:

"Søgesystemet i Sund Viden er ikke god nok. Det bør automatisk tage højde for de mest almindelige stavefejl i søgeord.
For besværligt at bladre i, med kun 1 side af gangen. Det skal være muligt at taste f.eks. M. og så springe til vejledninger, der begynder med M.....
Skærbilleder, når man skriver, skal svare til udskriften, og tusind andre ting, de gør, at det ikke er et brugervenligt system."

Nøgleperson:

"Det er et problem, at samtlige vejledninger ligger i en stor sæk. Der mangler system i det."

Sygeplejerske:

"Jeg kan godt se det smarte i at have fælles vejledninger elektronisk.
Det kræver dog, at personalet bliver informeret om og evt. oplært i brugen af disse.
Det kræver også nok IT stationer til, at man har mulighed for at bruge den nødvendige tid på at orientere sig.
Det kræver en indsats at bryde gamle vaner."

Overlæge:

"Jeg har kun været inde på sund viden 1 gang.
Jeg fandt ikke det, jeg søgte."

Overlæge:

"Sund viden er uoverskueligt og for rodet.
Det er svært for u-introcerede at finde rundt.
Det er svært at finde eftersøgte vejledninger.
Søgeordene skal være meget præcise."

Sygeplejerske:

"Jeg opfatter Sund viden som stadig i opstartsfasen, men tror det bliver rigtig godt engang."

Sygeplejerske:

"Sund Viden er et godt redskab, enkelt at finde rundt og det er ét godt hjælpeprogram på Sund Viden, MEN det er forfærdeligt dårligt meldt ud til brugerne. Mange kender ikke Sund Viden – og endnu mangler, der mange vejledninger, så det er pt. et lidt mangelfuldt redskab.

Men der mangler i høj grad en bedre info til brugerne"

Klinisk vejleder:

"Som Sund Viden fungerer nu, mener jeg, det er tæt på ubrugeligt. Jeg har til dato ikke fundet de vejledninger, jeg har haft brug for. Og nu bruger vi endnu mere tid på at finde informationer, som før trods alt kunne findes i mapper. Ideen/behovet er ikke til at komme udenom, men det er meget ufærdigt.

God fornøjelse med jeres projekt!"

Diskussion af data ved spørgeskemaundersøgelsen:

I februar 2006 blev der udsendt i alt 330 spørgeskemaer til alle lægelige specialenheder i alt 11 stk.

Spørgeskemaerne indeholdt 18 hovedspørgsmål typisk med 5 svarmuligheder. Til sidst var der mulighed for at kommentere på, hvad de ikke kunne komme af med i spørgeskemaet

Der blev returneret 152, hvilket giver en svarprocent på 46,1 %.

Udover selve spørgeskemabesvareelserne blev der leveret 30 skriftlige kommentarer fra forskellige personer samt nogle kommentarer til de enkelte spørgsmål i forhold til kategorien "Andet".

Eksklusionskriteriet var personale ansat mindre end en måned. Det drejede sig om 7 personer.

Når vi vurderer besvarelsesprocenten, kan vi kun gisne om årsagen til det store frafald, idet vi ikke har haft mulighed for at lave en bortfaldsanalyse, da vi som et led i randomiseringen og for at sikre anonymitet, brugte kontaktpersoner til at udlevere spørgeskemaerne.

Desuden var der også forskel på besvarelsesprocenten i forhold til de enkelte enheder, hvor vi så, at anæstesiologisk enhed lå højt og hvor pædiatrisk og ortopædkirurgisk enhed lå lavest. Vi mener, at vores besvarelsesmateriale er for lille til at sige noget om en tendens.

En af vores teser på frafaldet kunne være, at det blev udleveret til folk, som ikke bruger Sund Viden og derfor ikke fandt det relevant at besvare spørgeskemaet.

De samlede konklusioner må ses i lyset af svarprocenten af den forholdsvis lave svarprocent.

Andre undersøgelser kører også med lave besvarelsesprocenter bla. Høstgaard (2004) Foreløbig rapport over spørgeskemaundersøgelse på Kardiologisk afdeling P, Gentofte Amtssygehus, hvor besvarelsesprocenten var 32,2 %, idet der blev afleveret 78 skemaer ud af 245 udleveret og i en anden spørgeskemaundersøgelse fra Det Digitale Sygehus (Andersen 2002) har besvarelsesprocenten 37,8. Et resultat, som de selv anser for at være tilfredsstillende. Udsendte 450 spørgeskemaer og fik 170 retur. Det samlede antal ansatte var 528 dvs. der var 32,2 % ud af alle ansatte der svarede.

Interview med kvalitetskoordinator

Implementering:

Kvalitetskoordinatoren beskriver, at implementeringen kun er i starten af processen. Desuden drøftes succeskriteriet under interviewet, hvor kvalitetskoordinatoren gør opmærksom på at succeskriterier, der er beskrevet i projektbeskrivelse er forældede og at der er kommet nye succeskriterier, hvilket vil sige 90 % af vejledningerne, skal ligge der inden 1. juni 2006. I den enhed hvor kvalitetskoordinatoren hører til, regner de med at nå det nye succeskriterium.

Der drøftes endvidere, hvor langt kvalitetskoordinatorens enhed er nået i implementeringsprocessen i forhold til succeskriterierne:

”Jamen altså hvis implementeringsprocessen den er jo altså så overordnet beskrevet, så der er ikke, der er ikke noget så korrekt at måle efter. Altså der er de der data, men hvordan finder du ud af om 80%, hvordan finder du ud af det, altså hvilke måleparametre bliver der anvendt.”

Der drøftes kvalitetskoordinatorens rolle i implementeringen:

”KK’er ikke rustet til at være projektledere, når kk’er kun leder projektet, men ikke implementeringen. Det gør ledelserne i de enkelte enheder.”

Kvalitetskoordinatoren kommer også med et bud på, hvorfor der har været problemer med implementeringen, og blandt andet så er der mange andre projekter samtidig. Desuden har det knebet med at holde motivationen for klinikerne.

Kvalitetskoordinatoren kommer ind på, hvordan ledelsen er i implementering har været og nævner følgende:

”Ja, det er lederne og kliniklederne der er ledere”

”Det er også en organisatorisk bias, at der ikke er ledelseskompetence og det er de blevet opmærksomme på i organisationen her i Frederiksborg Amt. Jeg ved ikke, der er nogle tiltag i gang, om vi skal organiseres anderledes.”

I forhold til uddannelse af personalet, så mener kvalitetskoordinatoren ikke, at det er hendes opgave – hun har til opgave at informere, dog har hun noget introduktion af personale.

”Det er learning by doing”, siger hun.

Brugen af vejledninger:

Kvalitetskoordinatoren kan godt forstå, at klinikere bruger de gamle vejledningsmapper. Hun anbefaler det.

Når hun skal definere brug, siger hun således:

”...Og så undervejs er mit ønske også at man i hvert fald 2-3 gange om ugen går ind og orienterer sig selv: Er der nu noget? Er der noget, der er spændende. Er der noget, der er spændende. At man har den der lidt, der er altså nogle særlige områder som jeg interesserer mig rigtig meget for, og dem vil jeg gå ind og bruge..”

Når hun skal definere, hvad en vejledning er, så nævner hun følgende:

”Vejledninger er overordnede anbefalinger ud fra nationale standarder, ikke procedure vejledninger”

Information:

Ifølge Kvalitetskoordinatoren introduceres der kort på introdage til nyansatte om sund viden, men der er ingen uddannelse til nogen i systemet. Endvidere mener hun, at der bør informeres lokalt

Funktionalitet i Sund Viden:

Når Kvalitetskoordinatoren bliver bedt om at uddybe, hvilken funktionalitet der gør systemet svært at bruge. Hun nævner dårlig søgefunktion og en dårlig funktionalitet i forhold til visualisering og grafik. Et andet problem med funktionaliteten i Sund Viden er også, at der ligger mange dobbeltvejledninger i systemet. Endvidere nævner Kvalitetskoordinatoren, at der er nogle typer af vejledninger (procedurevejledninger), der slet ikke skal ligge i Sund Viden, men hvor man bør linke til på det lokale intranet.

Kvaliteten af Sund Viden:

Ifølge kvalitetskoordinatoren har akkrediteringsstyregruppen ansvaret for overblikket over vejledninger i Sund Viden. Det gør sig gældende til dels deres niveau, samt til hvad og hvor mange.

”Akkrediteringsgruppen har ansvaret for, hvad er det for en dokumentation, vi vil have ind og ligge i de vejledninger.”

Desuden er der nedsat en gruppe til at styre denne overvågning på foranledning af Kvalitetskoordinatorerne.

Holdninger:

Ifølge kvalitetskoordinatoren er det største arbejde ved vejledningerne at få koordineret dem imellem funktionsledelserne og enhederne. Hun mener, at det er en fejlkilde til dobbelt vejledninger.

Desuden er det, ifølge kvalitetskoordinatoren, problematisk at nogle udarbejder vejledninger, som de ikke har ansvaret for.

Ifølge kvalitetskoordinatoren er den største fejl er, at der overhovedet ikke er et overblik over, hvor mange vejledninger der skal lægges ind.

Endeligt står kvalitetskoordinatoren fast, at Sund Viden ikke er et uddannelsessted.

Konsekvenser af Sund Viden

På spørgsmålet om hvad der skal til for at blive akkrediteret, når brugen ikke er optimal, svarer kvalitetskoordinatoren, at hun i øjeblikket arbejder på at ligge vejledninger ind.

Hun mener, at Frederiksborg Amt nok skal blive certificeret med nogle anmærkninger. Endvidere tillægger hun den allerede foretagne vurdering af Joint Commission International, som mundede ud en rapport udarbejdet af FoQUS, ikke særlig stor betydning. Da denne vurdering fandt sted lå der, ifølge kvalitetskoordinatoren, 3 % af vejledninger inde i Sund Viden.

Hun mener, at der ligger cirka 1100 vejledninger i alt på nuværende tidspunkt.

Interview med en tovholder for Sund Viden:

Implementering:

Ifølge tovholderen, er Sund Viden ikke organiseret som et projekt. Implementeringen af den tekniske del er lige overstået og er i begyndelsen af driftsfasen, hvor de arbejder på at få det tekniske til at køre perfekt. Tovholderen nævner dog, at der overvejes at etablere et nyt projekt for Sund Viden.

Implementeringen er fortsat er i gang (dvs. udarbejdelse af vejledninger og publiceringen af dem) Implementeringen foregår ude i funktionsenheder er endnu ikke færdig, og det er et meget forskelligt, hvor meget de enkelte enheder har lagt ud.

Tovholder nævner, at der fortsat er små tekniske problemer, som dog forventes rettet inden for den næste måned.

Brugen af vejledninger:

En vejledning defineres som følgende, ifølge tovholderen:

*”Der skelnes mellem politikker og vejledninger.
En vejledning kan være et beslutningsgrundlag, placering af ansvar og rent fremgangsmåde.
Der findes både kliniske og administrative vejledninger.
Desuden skelnes mellem enhedsrelateret og tværgående vejledninger, som gælder for mere end enhed.”*

Det er akkrediteringsstyregruppen, som har godkendt, hvilke vejledninger der skal forefindes i Sund Viden, og om de skal være enhedsrelateret eller tværgående. Akkrediteringsstyregruppen er altså den øverst ansvarlige.

*”I forhold til antallet af vejledning, så er dette tal forskelligt enhed til enhed, hvor de har lagt ind
De succeskriterier, som oprindeligt blev sat af den tidligere projektleder, må siges at være forældet.”*

Tovholderen mener, at forklaring på, at 90 % kriteriet ikke er opfyldt kunne være, at den tekniske platform overhovedet ikke var i orden på det tidspunkt, hvor man regnede med det, hvilket formentlig også har påvirket udarbejdelsen af vejledninger.

Tovholderen har den opfattelse, at det er gået trægt i starten med at få lagt vejledninger ind i systemet. Den tendens er nu ændret, så i øjeblikket går det rigtig stærkt med at få lagt vejledninger ind i Sund Viden. Ifølge tovholderen viste sidste tjek ca. 1400 vejledninger i alt.

Information:

Der har ikke været undervisning for slutbrugerne i systemet, ifølge tovholderen.

Funktionalitet:

Tovholder nævner, at de har fundet en række gode ting og lang række mindre gode ting, både på redaktørniveau og slutbrugerniveau. Det drejer sig bl.a. om søgefunktionalitet, der beskrives at have svagheder og ikke intuitiv. Tovholderen anser den dog som brugbar, når man først har lært den at kende, men det kræver, at man får en introduktion til dette, hvorfor man har besluttet at lave en folder til slutbrugerne. Desuden skal det være en del af introduktionsprogrammet, hvor de lærer om Sund Viden og dermed også om søgefunktionen.

Konsekvenser af Sund Viden:

Der er nedsat en ad hoc gruppe, som skal finde ud af hvor mange nødvendige vejledninger, der skal være. Tovholderen mener klart, at der kunne være behov for at få redefineret succeskriterierne og dette kunne være også vel en opgave for denne arbejdsgruppe, men dette skal godkendes af akkrediteringsstyregruppen.

Endvidere er arbejdsgruppen i gang med at finde ud af, hvordan de udvikle Sund Viden. Dvs. hvor systemet har dets største fejl og svagheder, og hvor det kan forbedres f.eks. søgefunktionen, men denne arbejdsopgave har de ikke præcist defineret ifølge tovholderen

I forhold til akkrediteringen nævner tovholderen for Sund Viden følgende:

*”Der måles ikke på antallet af hits, men derimod indikatorer, som har vist ikke at være særlig anvendelig og derfor omdefineres.
For at blive akkrediteret skal der ligge et vist antal nødvendige vejledninger, som skal give mulighed for at opfylde standarderne.”*

Diskussion af interviewdata:

Kvalitetskoordinatoren:

Kvalitetskoordinatoren har været med gennem hele processen, så hun har godt kendskab til processen for, hvordan det er gået med implementeringen af Sund Viden.

Kvalitetskoordinatoren repræsenterer delen ude hos slutbrugerne og har stor viden om, hvordan vejledninger udarbejdes og ligger ud på Sund Viden, samt hvordan implementeringsprocessen er foregået.

Tovholderen:

Interviewet med tovholderen bærer præg af, at hun ikke har ansat i amtet så lang tid, hvilket betyder, at hun ikke har været med i hele processen og de beslutninger, der er taget undervejs.

På nuværende tidspunkt er hun ansvarlig for den tekniske del af projektet og har derfor kendskab, hvilke tekniske problemer der har været og som muligvis har gjort Sund Viden svært at ude i de enkelte enheder. Endvidere har hun kendskab til, hvilke tiltag der er i gang fra FoQUS' side.

Dokumentanalyse:

1. FoQUS (2004) Projektbeskrivelse. Implementering af elektronisk dokumentstyring i FAS.

Dette er en projektbeskrivelse af implementeringen af elektronisk dokumentstyring i FAS (Frederiksborg Amts Sygehusvæsen).

Den indeholder en beskrivelse af projektets baggrund, hvori de bl.a. skriver:

"På baggrund af den nye ledelsesstruktur, den forestående akkrediteringsproces og et øget fokus på patientforløb er der et stigende behov for videndeling på tværs af sundhedsvæsenet. At kunne dele og udnytte viden på tværs af geografiske lokaliteter er én af forudsætningerne for ensartet høj kvalitet i patientforløbene, samtidig med at udviklingen inden for især klinisk viden tilsiger hyppig opdatering af denne viden. Dokumentstyring er identificeret som en væsentlig forudsætning for effektivitet i forberedelsen til akkreditering og indgår derfor som indsatsområde i Strategi for implementering af Den Danske Kvalitetsmodel."(Thomsen 2004p. 1)

Projektets formål angives til "(...) at fremme effektiv videndeling i FAS ved at sikre, at ensartede, opdaterede og godkendte dokumenter er elektronisk tilgængelige for ledere og medarbejdere i FAS."(Thomsen 2004 p. 1) og projektets mål til bl.a. at være: " Det elektroniske dokumentstyringssystem er implementeret i december 2004"(Thomsen 2004 p. 1)

Projektets succeskriterier:

" 90 % af alle dokumenter i sundhedsvæsenet er opdaterede og at finde i Sund Viden, september 2005

Alle dokumenter er udarbejdet i henhold til godkendte skabeloner, september 2005

*Der findes kun ét dokument pr. emne pr. patient-/personalemålgruppe, september 2005
12 mdr. efter fuld implementering anvendes systemet af 80 % af alle slutbrugere,
redaktører og godkendere"*

(Thomsen 2004 p. 2)

2. FoQUS (2004). Implementeringsplan for dokumentstyring, version 2

I denne plan er der skitseret 4 forskellige faser med hver deres aktiviteter og leverancer samt specifikation af milepæle.(Thomsen 2004)

Fase 1 fastsætter at Sund Viden udvikles og implementeres pr. 2/12 2004

Fase 2 "Overblik over eksisterende dokumenter samt publicering on-line". Her fremgår det, at der skulle have været udarbejdet et overblik over eksisterende dokumenter samt godkendelse af disse med enhedsrelaterede dokumenter publiceret i Sund Viden pr. 2/11 2004.

Ligeledes at i Fase 3 "Udarbejdelse af nye og revision af gamle dokumenter samt publicering on-line" at

"På baggrund af samlet oversigt over ønskede tværgående dokumenter sammensætter akkrediteringsstyregruppen arbejdsgrupper eller udpeger enkeltpersoner med henblik på udarbejdelse/revision af tværgående dokumenter" samt at "Personale fra enhederne udarbejder tværgående dokumenter"(Thomsen 2004)

og at disse er publiceret i Sund Viden.

Den sidste Fase 4 "Sund Viden overgår til fuld drift" indeholder, at der skal være sket en "Fuld implementering af politik og vejledning for dokumentstyring" samt at "Alle dokumenter i Sund Viden er reviderede og der findes kun ét dokument/formål/målgruppe" med milepæl 15/9 2005.(Thomsen 2004)

3. FoQUS (2005) Notat vedr. arbejdsgang for dokumentstyring.

Dette notat er udarbejdet af arbejdsgruppen vedr. dokumentstyring og godkendt af akkrediteringsstyregruppen. Den beskriver bl.a. følgende grundlæggende principper for dokumentstyringen:

- *”Dokumentstyring skal levere et let tilgængeligt overblik over eksisterende godkendte politikker og retningslinier*
- *Alle godkendte politikker og retningslinier er tilgængelige elektronisk i samme ”rum”*
- *Behovet for udarbejdelse af funktionsenhedsspecifikke retningslinier skal godkendes af akkrediteringsstyregruppen, således at der ikke kan forekomme to forskellige retningslinier vedrørende samme emne (formål, afgrænsning, metode etc.)*
- *Funktionsenhedsledelserne påtager sig formelt ansvaret for implementeringen ved at acceptere politikker og retningslinier på tværs af funktionsenhederne. Manglende accept skal begrundes over for akkrediteringsstyregruppen.*
- *Det er funktionsenhedsledelsernes ansvar at implementere godkendte politikker og retningslinier. Funktionsenhedsledelserne kan uddelegere dette ansvar til afdelings/afsnitsledelser*
- *De kvalitetsansvarlige (kvalitetskoordinatorer) på hver funktionsenhed varetager det koordinerende arbejde i forhold til udarbejdelse af funktionsenhedsspecifikke retningslinier, herunder skaber overblik over eksisterende retningslinier, der skal revideres, eller udarbejdelse af nye (hvor der måtte være behov).”*
(FoQUS 2005)

4. Bosselmann (2004). Dokumentstyring, rammer for.

Denne administrative vejledning er trådt i kraft 17. april 2006 og efterfølger en tidligere vejledning. Følgende er blevet rettet eller tilføjet.

I fremgangsmåden specificeres det nu, at foruden at bestemme om, det er en enhedsrelateret eller tværgående vejledning, skal det endvidere bestemmes hvorvidt et dokument er en politik, en klinisk eller administrativ vejledning.

”En politik beskriver overordnede målsætninger, strategier eller rammer for fremtidige aktiviteter i sundhedsvæsenet ”(Bosselmann 2004 p. 1) Er altid tværgående og godkendes af akkrediteringsstyregruppen. En klinisk vejledning ”Omhandler en klinisk problemstilling, arbejdsproces eller procedure” (Bosselmann 2004 p. 1) og godkendes af den funktionsenhedsledelse som har ansvaret for vejledningen. En administrativ vejledning ”Omhandler en administrativ problemstilling, arbejdsproces eller procedure” (Bosselmann 2004 p. 1-2) og godkendes af ledelsen i den funktionsenhed som har ansvaret for vejledningen.

For tværgående vejledninger gælder, at initiativtageren undersøger om emnet for vejledningen i forvejen står på listen over godkendte behov og hvis det ikke er tilfældet forelægges det et stående udvalg i akkrediteringsstyregruppen til godkendelse af behovet.

Med henblik på udarbejdelse af dokumentet følges den gamle fremgangsmåde, som tidligere beskrevet, men derudover specificeres det, at ”*Den, der har ansvaret for en vejledning, udpeger forfatter(e) og inddrager berørte enheder i forfatter/reviewgruppe.*” (Bosselmann 2004 p. 2) Forfatteren udarbejder dokumentet i en E-CWriter skabelon og et skema med dokumentegenskaber og sender det til redaktøren, som er udpeget af den funktionsenhed, der har ansvaret for vejledningen og som står som udgiver.

Redaktøren henter dokumentet ind i Sund Viden efter forfatterens forskrifter og sender det til godkendelse efter følgende fremgangsmåde: kliniske vejledninger godkendes af enhedsledelsen og administrative vejledninger af akkrediteringsstyregruppen, en særlig gruppe eller kvalitetschef. Det skal bemærkes, at funktionsenhedsledelserne kan uddelegere sin godkendelseskompetence. Efter godkendelse udgives dokumentet automatisk i Sund Viden.

Der er ligeledes lavet tilføjelse omkring ansvaret for implementering af dokumenterne i enhederne, idet det stadig er enhedsledelserne, som har ansvaret, men at der sendes en mail med besked om udgivelsen af det enkelte dokument gældende for enheden til enhedens ”implementeringsansvarlige”, som formidler informationen om disse nye vejledninger videre i enheden.

For enhedsrelaterede dokumenter adviseres enhedsledelsen om akkrediteringsstyregruppens godkendelse af behovet og derefter er det enhedsledelsen, som nedsætter forfatter(e) og ellers er fremgangsmåden som for de tværgående dokumenter.

Der er ikke angivet indikatorer på denne vejledning. (Bosselmann 2004)

5. Kvalitetsudvikling, Politik for.

Denne politik henvender sig til alle medarbejder i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen.

Politikken tager udgangspunkt i de centrale temaer i formålet for kvalitetsudvikling og består af 3 dele:

- Kvalitetsorganisationen
- Princippet for arbejdet med kvalitet
- Dimensionerne der inddrages i kvalitetsudviklingen.

Kvalitetsorganisationen:

Sundhedsvæsenets direktion er det øverste beslutningsforum

Dernæst kommer det amtslige niveau, hvor akkrediteringsstyregruppen ” lægger fundamentet for kvalitetsarbejdet ved at fastsætte principper og målsætninger” ved at varetage det strategiske ansvar i forhold til overordnede strategi for kvalitetsudvikling

Akkrediteringsstyregruppen består af formanden, som er den lægelige direktør for sundhedsvæsenet, sygeplejedirektør, 5 repræsentanter udpeget af de 14 funktionsenheder, kvalitetschef, kontorchef for patientservice, 2 repræsentanter for almen praksis, 1 repræsentant for kommunerne og som observatørpost, psykiatrichefen

Desuden er der etableret 18 specialerelaterede tværfaglige og tværsektorielle Sundhedsfaglige råd, hvis opgave er, at udarbejde arbejdsvejledninger, identificere mål og indikatorer samt rådgive om sundhedsfaglige problemstillinger.

Der er endvidere de administrative funktioner, som er samlet i 5 stabe, blandt andet kvalitetsenheden, FoQUS og RiskEnheden.

På enhedsniveauet ligger funktionsenhedsledelserne og stabscheferne som har til hovedopgave at:

- Prioritere og understøtte kvalitetsudviklingsarbejdet
- Sikre implementering af mål og aktiviteter, der er udstukket af akkrediteringsstyregruppen
- Godkende enhedsrelaterede vejledninger
- Kommunikere mål, aktiviteter og resultater lokalt

Til en funktionsenhed er der knyttet 2 kvalitetskoordinatorer

En med lægelig baggrund og en med sygeplejebaggrund. ”Kvalitetskoordinatorerne fungerer som de lokale projektledere for forberedelsen til implementering af Den Danske Kvalitetsmodel.” (Fugleholm 2005 p. 3)

Desuden er der nøglepersoner og de patientsikkerhedsansvarlige for hver klinik, team eller afsnit afhængigt af hvor enheden er organiseret, som også har en andel i udmøntning af kvalitetsstrategien.

Ifølge politikken medfører kvalitetsorganisationen bl.a. at:

- *”Den primære kvalitetsudvikling foregår lokalt med støtte fra kvalitetskoordinatorer, enhedsledelserne og den øvrige kvalitetsorganisation*
- *Akkrediteringsstyregruppen koordinerer aktivt udarbejdelsen af vejledninger*
- *Frederiksborg Amt arbejder tæt sammen med kommende regionspartnere om gennemførelse og udvikling af kvalitetsudviklingen.”*(Fugleholm 2005 p. 3)

Princippet for arbejdet med kvalitet er bl.a. at:

- *”Standarder og vejledninger, der benyttes i kvalitetsudviklingen er baseret på de nyeste nationale udmeldinger – særligt vedr. Den Danske Kvalitetsmodel*
- *Indsamling, tilpasning og brug af evidensbaseret viden indgår som et fast element ved udviklingen af kvaliteten i Frederiksborg Amt.”* (Fugleholm 2005 p. 4)

Dimensioner i kvalitetsudvikling.

I Frederiksborg Amt ser de kvalitet ud fra 3 perspektiver: Organisatorisk, sundhedsfaglig og patientoplevet i tråd med WHO's kvalitetsmål:

- *”Patientperspektivet beskriver, hvad patienten eller dennes pårørende ønsker, forventer og prioriterer i relation til sundhedsydelsen samt hvad patienten og/eller de pårørende har oplevet.*
- *Det sundhedsfaglige perspektiv angiver, hvorvidt sundhedsydelsen lever op til sundhedsfaglige krav, og om sundhedsydelsen samtidig udføres tekniske korrekt.*
- *Det organisatoriske perspektiv fokuserer på, hvorvidt der foregår en effektiv anvendelse og prioritering af ressourcer, såvel menneskelige som økonomiske, og inden for rammer og direktiver fastlagt på et mere overordnet niveau.”* (Fugleholm 2005 p. 4)

6. International feedback til Frederiksborg Amts Sundhedsvæsens forberedelse til implementering af Den Danske Kvalitetsmodel. (JCI rapport)

I denne rapport skitseres dels hele forløbet, som Frederiksborg amt har været igennem, samt selve akkrediteringen og hvordan den foregik og endelig de anbefalinger, som akkrediteringsenheden kom

med ud fra det de så og i forhold de til kvalitetsstandarder, som Frederiksborg amt har udarbejdet. Vi finder i denne rapport interessant, da Sund Viden, herunder vejledninger, også indgik i vurderingen.

Omkring styrker i hele Frederiksborg fremhæves Sund Viden.

”Amtets dokumentstyringsystem Sund Viden er en stor styrke. Det gør det muligt at udbrede kendskabet til vejledninger og understøtte implementering, således at amtet arbejder ud fra fælles tværgående vejledninger. På mange områder som f.eks. patientrettigheder har ledere og medarbejdere godt kendskab til tværgående vejledninger på området” (FoQUS 2006 p. 10)

Akkrediteringsenheden Joint Commission International kommer også med nogle fund og anbefalinger. Igen nævnes Sund Viden som et område, hvor der skal gøres nogle indsatser:

”Det anbefales at der arbejdes med systematisk udbredelse af brug af dokumentstyringsystemet Sund Viden, og at det sikres, at personalet gør brug af vejledningerne på Sund Viden.” (FoQUS 2006 p. 13)

”Andre eksisterende mapper, elektroniske eller i papirformat, bør nedlægges, og vejledningerne lægges i Sund Viden.” (FoQUS 2006p. 13)

”Det anbefales, at der vedtages kriterier for udviklingen af nye vejledninger, som sikrer, at vejledningerne ikke har for smalt dækningsområde. Desuden anbefales, at det sikres, at der bliver fulgt systematisk op på implementering af nye vejledninger.” (FoQUS 2006 p. 13)

Joint Commission International udpegede 3 fokusområder, hvoraf dokumentstyring indgik som det ene. De præciserede, at der skulle være fokus på styring af kliniske og administrative processer for kommunikation (skriftlig og mundtligt) herunder vejledninger på Sund Viden.(FoQUS 2006)

7. Frederiksborg Amt (2006) Nyt om Sundhedsvæsenet 06-13

Nyhedsbrevet udsendes til alle afdelinger i FBA sundhedsvæsen og er udsendt 7. marts 2006

Det gør bl.a. rede for den feedback, som der har været i amtet fra Joint Commission International.

"Ved sit feedback pegede Joint Commission International på flere forhold som sygehuse og enheder med fordel kan gøre noget mere ved. Under deres besøg spurgte JCI fx til vejledninger og andre styrende dokumenter - findes de, hvor findes de etc? Jo, de (skal) findes på portalen Sund Viden. Men det viste sig, at ikke alle kunne bruge systemet, og at implementeringen trængte til justeringer. Det er der nu lagt en plan for - med prioriteringer af grundlæggende vejledninger og vejledninger om patient- og medarbejdersikkerhed og med principper for hvilke typer vejledninger der skal på Sund Viden, og for hvordan titler og søgeord formuleres." (Ledet 2006)

Diskussion af dokumentanalyse

Projektbeskrivelsen og implementeringsplan

Dette dokument er beskrivende for den proces som Sund Viden har gennemgået fra start idet de specificerer de oprindelige succeskriterier og formål. Det indeholder desuden som den eneste kilde nogle klare kriterier for systemets succes.

Dokumentstyring, Rammer for

Er en officiel ramme på inddelingen af vejledninger. Den viser ændringer i definitioner - og udarbejdelser af vejledninger og giver samtidig en fornemmelse af tidsperspektivet i udarbejdelsen af disse vejledninger.

Kvalitetsudvikling, Politik for:

Dette er det officielle dokument, som giver indblik i, hvordan kvalitetsprojektet er organiseret for Frederiksborg Amt. Det er med til at identificere ansvarsområder og roller i projektet, desuden fortæller dokumentet det overordnet med kvalitetsudvikling.

JCI-rapporten:

Denne rapport er et officielt dokument fra en international akkrediteringsorganisation og må også tillægges megen værdi, da det her beskrives, hvilke tiltag Frederiksborg Amt skal iværksætte for at

kunne blive endelig akkrediteret. Denne rapport er udarbejdet af FoQUS og forholder sig kritisk til, hvor langt Frederiksborg Amt er nået i forhold til akkrediteringen og som det fremgår af rapporten er målene endnu ikke nået.

Nyhedsbrevet:

Er publiceret i marts måned 2006 og sendt ud til klinikerne, som information omkring hvor langt Frederiksborg Amt er nået i forhold til Sund Viden og akkrediteringen.

Dokumentet er et informationsbrev, men forholder sig også kritisk til Sund Viden og akkreditering. Vi tillægger det nogen værdi, da det er den måde klinikerne informeres på.

Del 3:

Analyse

I dette afsnit bruger vi aktør netværks teorien til at sammenflette resultaterne fra vores data indsamlinger med det formål at synliggøre relationerne mellem de forskellige aktører og for derigennem at komme nærmere med et på bud på vores indledende problemformulering, som hed:

Hvad er årsagen til den manglende brug af det elektroniske dokumentstyringssystem Sund Viden og hvilke problemer giver det i forhold til akkreditering?

”We follow the actors’ own ways and begin our travels by the traces left behind by their activity of forming and dismantling groups” (Latour 2005 p. 29)

På sporet af Sund Viden

Der er i 2002 indgået en aftale mellem regeringen og amterne (som er sygehusejerne) om en national model for kvalitetsvurdering, Den Danske Kvalitetsmodel. Målet med kvalitetsmodellen er, at alle sygehuse skal lade sig vurdere, dvs. akkrediteres efter fælles standarder senest i år 2006.

Bindeled mellem akkreditering og vidensdeling:

Kvalitetsudviklingen skal tage udgangspunkt i WHO’ s kvalitetsmål, som bl.a. er: høj professionel standard og minimal patientrisiko. Disse mål skal søges opnået ved, at sygehusledelserne skal sikre en kontinuerlig implementering af ny sundhedsfaglig viden på tværs af faglige områder, hvor den nye viden skal formidles ind i direkte handlingsanvisende rammer f.eks. i kliniske vejledninger. Dermed er opdateret evidensbaseret viden og – vidensdeling et centralt begreb i kvalitetsudviklings sammenhæng.

Bindeled mellem Frederiksborg Amt, akkreditering og vidensdeling:

Frederiksborg Amt vil i lighed med andre amter gerne akkrediteres og nedsætter derfor i 200x på amtsligt niveau en akkrediteringsstyregruppe, som udvælger nogle standarder, som amtets sygehuse skal arbejde hen imod at opfylde.

En af standarderne går på at skabe overblik over egne eksisterende retningslinjer for forskellige aktiviteter samt sikre en ajourføring og fælles krav til udformning, vedligeholdelse, godkendelse og ensartethed af disse retningslinier. Det er i den forbindelse fastsat mål, som specificerer, at der kun skal foreligge en vejledning rettet mod samme aktivitet for samme patientgruppe, - at disse vejledninger er godkendte af en autoriseret person inden frigivelse, - at kun aktuelle og relevante versioner er til rådighed samt at ændringer af vejledninger allerede i brug kan identificeres og spores. Desuden skal alle godkendte vejledninger være elektronisk tilgængelig for sundhedsvæsenets medarbejdere.

Bindeled mellem slutbrugere og vidensdeling:

De fleste slutbrugere på amtets sygehuse er med på ideen og hilser et sådant system velkommen. De har nemlig op til dette tidspunkt brugt nogle interne vejledninger, som de enten har haft liggende på et lokalt intranet eller på papir i nogle såkaldte instruksmapper, som støtterredskab i den pleje og behandling, de har skullet udføre for deres patienter. Det har drejet sig om procedurevejledninger, som beskriver, hvorledes man udføre en bestemt procedure eller administrative vejledninger, som har angivet retningslinier af administrativ karakter.

Kvaliteten af disse vejledninger har været meget svingende, idet de i mange tilfælde ikke har været evidensbaseret eller opdateret med kildereference.

Dette har bevirket, at de slutbrugere, som kun har haft de papirbaserede vejledninger til rådighed, ikke har brugt vejledningerne særligt meget, enten fordi der ikke har været en vejledning tilgængelig om det pågældende emne eller også har individuelle holdninger spillet ind i valget af den ene procedure frem for en anden. Specielt det sidste punkt har forårsaget usikkerhed og splid mellem faggrupperne samt bevirket, at der er blevet givet forskellig information til patienterne.

Bindeled mellem IT og vidensdeling:

Samtidig ser Frederiksborg Amt IT som et afgørende redskab til at understøtte en høj sundhedsfaglig kvalitet.

Bindeled mellem Frederiksborg Amt, slutbrugere, IT, akkreditering, vidensdeling og Sund Viden:

Alle de nævnte aktører hilser således indførelsen af et elektronisk dokumentstyringssystem velkommen.

Derfor indkøber amtet i 2004 et elektronisk dokumentstyringssystem, Sund Viden. Beslutningen omkring anskaffelsen af dette system træffes af amtets akkrediteringsstyregruppe med repræsentanter fra sygehusledelsen, afdelingsledelser og stabsenhederne.

Ved indkøb af systemet bliver der skelnet til den nye regionsdannelse i år 2007, hvor Frederiksborg Amt skal danne ny region sammen med Københavns Amt, Bornholm og Frederiksberg Kommune. Københavns Amt kører allerede med det samme dokumentstyringssystem, men uden det såkaldte godkendelsesflow, som Frederiksborg Amt har indkøbt.

Der er overensstemmelse mellem de problemer omkring vidensdeling af ensartede, tilgængelige, entydige, opdaterede relevante og godkendte vejledninger, som slutbrugere oplever og de problemer, som projektet har som mål at skulle afhjælpe.

Bindeled mellem Sund Viden og kvalitetskoordinatorer:

Det at købe et IT-system er ikke nok. Der skal være noget i det for, at det kan bruges.

Der bliver i 2004 udnævnt 2 kvalitetskoordinatorer fra hver funktionsenhed med henholdsvis sygeplejefaglig og lægefaglig baggrund. Disse skal være projektledere på at få implementeret Sund Viden. Deres opgave går bl.a. ud på at uddelegere udarbejdelsen af vejledninger til systemet samt at sikre udbredelse af kendskabet til systemet.

Til dette arbejde får de tildelt hjælp fra nogle såkaldte nøglepersoner fra de forskellige klinikker, som skal bistå det kliniske personale i det daglige.

Som den interviewede kvalitetskoordinatoren fremfører, er der ikke udarbejdet en ledelsesgodkendt funktionsbeskrivelse af kvalitetskoordinatorernes arbejdsfunktion. Hun mener, at kvalitetskoordinatorerne skal være ansvarlige for at udvikle kvalitetsdokumenter i henhold til de nationale kvalitetsstandarder, således at amtet blive akkrediteret.

Bindeled mellem kvalitetskoordinatorer og vejledninger:

I november 2004 skal der være udarbejdet et overblik over eksisterende dokumenter beliggende på diverse intranet samt på papir. Derudover skal der foreligge en godkendelse af disse dokumenter,

således at enhedsrelaterede dokumenter kan publiceres i Sund Viden. Dette arbejde bliver lagt ud til kvalitetskoordinatorerne. Kvalitetskoordinatoren oplever følgende problem:

”Hvilket niveau, dvs. hvilken dokumentation der skal ligge i vejledningerne var ikke besluttet fra starten, hvilket medførte at alt muligt blev sendt ind fra alle funktionsenheder og det endte med at blive et kæmpemateriale som skulle sorteres og ud fra det bestemmes hvad som skulle føres videre ind i Sund Viden og af hvem. Man skulle fra starten have taget niveaudiskussionen og det kunne have hjulpet hvis man havde nedsat en tværfaglig gruppe med klinikerne med repræsenteret.”

Dette synspunkt støttes hun i af en anden kvalitetskoordinator, som udtaler, at ”der bør være et niveau inddeling af vejledninger i a) dem, der skal følges, b) dem, der bør følges og c) dem, der kan følges.”

Denne kvalitetskoordinator fortsætter med at fremføre, at der mangler begrebsafklaring på flere fronter for eksempel med hensyn til hvornår en vejledning er administrativ.

Den interviewede kvalitetskoordinator har en helt klar holdning til hvilke vejledninger, der skal ligge i Sund Viden. Hun mener, at vejledningerne skal være overordnede anbefalinger ud fra nationale standarder, ikke procedure vejledninger. Hun udtaler, at en vejledning kan ses som værende anvisende, mens procedurer er konkrete beskrivelser af, hvad man gør. Procedurevejledninger skal ikke ligge i Sund Viden, klinikere skal have deres faglige viden i orden. Man skal dog kunne linke til procedurevejledninger. ”Sund Viden er et redskab, hvor vi ligger nogle overordnede anbefalinger, som vi kan akkrediteres efter, som vi måles på”

Bindeled mellem Sund Viden og udarbejdelse af vejledninger:

På baggrund af en samlet oversigt over ønskede tværgående dokumenter sammensætter akkrediteringsstyregruppen arbejdsgrupper eller udpeger enkeltpersoner med henblik på udarbejdelse eller revision af disse. Det er personale fra funktionsenhederne, som skal udarbejde disse tværgående dokumenter ved, at en repræsentativ arbejdsgruppe nedsættes. Udarbejdelsen skal ske ud fra de gældende retningslinier omkring godkendelse og publicering i Sund Viden.. Denne proces involverer flere aktører; akkrediteringsstyregruppen - og for den funktionsenhed, som har fået tildelt udarbejdelsen af vejledningen; kvalitetskoordinatorer, en eller flere forfattere, reviewgruppe og redaktører.

Bindeled mellem akkrediteringsstyregruppe og vejledninger:

Akkrediteringsstyregruppen er den øverst ansvarlige. Det er dem, der godkender, hvilke vejledninger der skal ligge på Sund Viden og om vejledningerne skal være enhedsrelateret eller tværgående. Dermed er det også dem, der skal sikre, at der ikke i forvejen findes en vejledning om det samme emne.

Kvalitetskoordinatoren oplever, at der er problemer:

*” Det største arbejde ved vejledningerne er at få koordineret dem imellem funktionsledelserne og enhederne – dette er en fejlkilde til dobbelt vejledninger.” -
”Nogle (red: funktionsenheder) udarbejder vejledninger som de ikke har ansvaret for.” –
”Den største, største fejl er, at der overhovedet ikke er et overblik over, hvad det er, der skal laves af vejledninger, det er det der er problemet.”*

Hun mener, at ansvaret for dette ligger hos akkrediteringsstyregruppen, som har ansvaret for overblikket over vejledninger i Sund Viden, både med hensyn til hvilken dokumentation der skal ligge i vejledningerne til, hvad og til hvor mange. Dette overblik har manglet, men der er nu nedsat en gruppe til at styre denne overvågning på foranledning af kvalitetskoordinatorerne.

Der bliver i april måned år 2006 publiceret en politik for dokumenterne på Sund Viden. Den specificerer, udover at klarlægge om en vejledning er tværgående eller enhedsrelateret, at det også skal klarlægges om det er en politik, en klinisk eller en administrativ vejledning. Dette er netop, hvad flere af kvalitetskoordinatorerne har efterlyst.

Bindeled mellem Sund Viden og forfattere af vejledninger:

For enhedsrelaterede dokumenter adviseres enhedsledelsen om akkrediteringsstyregruppens godkendelse af behovet og derefter er det enhedsledelsen som nedsætter forfatter(e).

Forfatteren udarbejder vejledningen efter en fastlagt skabelon, sender den til review og godkendelse via en redaktør.

Det er op til de enkelte funktionsenhedsledelser at frigive timer til de enkelte forfattere til at udarbejde vejledningerne.

Bindeled mellem forfattere og redaktører:

Redaktøren henter dokumentet ind i Sund Viden efter forfatterens forskrifter og sender det til godkendelse efter følgende fremgangsmåde: kliniske vejledninger godkendes af enhedsledelsen og administrative vejledninger af akkrediteringsstyregruppen, en særlig gruppe eller kvalitetschef.

Funktionsenhedsledelserne kan uddelegere sin godkendelseskompetence. Efter godkendelse udgives dokumentet automatisk i Sund Viden.

Bindeled mellem vejledninger og godkendelse:

Sund Viden var tænkt at gå i luften september 2004, men blev udsat pga. forsinkelser fra leverandørens side. Årsagen hertil var, at systemet viste sig nemlig at være langt mere kompliceret at bruge end først antaget pga. det såkaldte godkendelsesflow, som blev lavet specielt til Frederiksborg Amt.

Godkendelsesflowet blev anset for vigtig at have med i systemet, da det ellers nemt ville blive for uoverskueligt og rodet ifølge den daværende projektleder på Sund Viden. Godkendelsesflowet skulle nu, et år efter at Sund Viden er indført, være bragt i orden.

Bindeled mellem Sund Viden og implementering:

Ansvar for implementering af dokumenterne i funktionsenhederne ligger hos funktionsenhedsledelserne. Der sendes en mail med besked om udgivelsen af det enkelte dokument gældende for enheden til enhedens ”implementeringsansvarlige”, som formidler informationen om disse nye vejledninger videre i enheden.

Bindeled mellem Sund Viden og slutbrugerne:

De fleste slutbrugere bruger vejledninger i deres daglige arbejde. De bruger Sund Viden til at søge efter vejledninger, dog ikke udelukkende. Der er forsat konkurrence fra de gamle måder at indhente viden på. De fleste slutbrugere bruger både de gamle papirbaserede vejledninger og Sund Viden et år efter, at systemet er gjort tilgængelig for klinikerne på alle amtets sygehuses computere. Dette mener kvalitetskoordinatoren, at der er sund fornuft i at gøre. En af årsagerne til dette forhold ligger i, at Sund Viden ikke indeholder de vejledninger, som slutbrugerne har brug for i deres daglige arbejde med patienterne.

De klinikere, som ikke anvender Sund Viden som et arbejdsredskab, kender enten ikke til systemet - eller har ikke haft brug for at finde en vejledning - eller har ikke modtaget undervisning i systemet og kan derfor ikke bruge det.

Der er dog blevet informeret om indførelsen af det via et nyhedsbrev udsendt marts 2005, hvori det anføres, at Sund Viden nu er på nettet overalt i sundhedsvæsenet og at det skal sikre: ”alle

medarbejdere i Sundhedsvæsenet adgang til dokumenterne i nyeste, opdaterede og gyldige version.”(Ledet 2005)

Derudover bliver der informeret lokalt og på introduktionsdage for nyansatte, hvor de bliver kort introduceret til systemet (Red: der kan dog være lokale forskelle). Der har dog ikke på noget tidspunkt været udbudt formel undervisning i brugen af systemet for de enkelte slutbrugere. Dette kom som lidt af en overraskelse for kvalitetskoordinatoren, at brugerne efterlyste dette.

Dog er en anden kvalitetskoordinator opmærksom på dette forhold, idet hun fremfører, at der er et uddannelsesbehov hos brugerne, der ikke er tilgodeset. Som det er nu, er det ”learning by doing” evt. med hjælp fra et e-learning program.

Spørgsmålet er så, om alle de potentielle slutbrugere er klar over dette. De fleste af de slutbrugere, som besvarede spørgeskemaundersøgelsen havde dog været inde på Sund Viden, dels på grund af nysgerrighed og dels for at lære programmet at kende. Sekundært for at søge viden til egen læring eller fordi de skulle bruge en vejledning til patientplejen og behandling.

Kvalitetskoordinatoren udtaler, at *”Sund Viden er ikke et uddannelses sted”*, men det mener alligevel en stor del af de slutbrugere, som skal bruge systemet.

Bindeled mellem Sund Viden og det slutbrugernes holdninger til systemet:

Et år efter, at systemet er blevet tilgængeligt for slutbrugere, er deres holdninger til systemet stadig overvejende positive. De synes, at vejledningerne i systemet generelt er nyttige, pålidelige, tilgængelige, at de er med til at sikre en bedre pleje og behandling samt nedsætter usikkerhed og sikre ensartethed i forhold til f.eks. den information, der bliver givet til patienterne. Men igen nævnes det som en hindring for brugen af systemet, at det ikke indeholder så mange brugbare vejledninger.

Halvdelen af de slutbrugere, som har anvendt systemet, har oplevet ikke at kunne finde den vejledning, de skulle bruge. Samtidig opleves det af flere, at der findes flere vejledninger om det samme emne.

Mange slutbrugere mener, at Sund Viden er nemt at komme ind på og nemt at bruge. En sygeplejerske skriver i sin kommentar: *”Sund Viden er et godt redskab, enkelt at finde rundt i og der er et godt hjælpeprogram...endnu mangler der mange vejledninger, så det er pt et lidt mangelfuldt redskab.”* Der er flere forhold, som slutbrugere ønsker, at der bliver rettet op på. Bl.a. mener lidt under halvdelen, at det er svært at finde rundt i. En nøgleperson formulere det således: *”Det er et problem at samtlige vejledninger ligger i en stor sæk. Der mangler system i det.”* Der er for mange dobbelt vejledninger,

der er dårlig funktionalitet i forhold til visualisering og grafik og rigtig mange har kritiseret systemets søgefunktion. En overlæge, som også er kvalitetskoordinator skriver: *"Søgesystemet i Sund Viden er ikke godt nok. Det bør automatisk tage højde for de mest almindelige stavefejl i søgeord."* En anden overlæge mener, at *"Sund Viden er uoverskueligt og for rodet. Det er svært for u-introcerede at finde rundt. Det er svært at finde eftersøgte vejledninger. Søgeordene skal være meget præcise."* En klinisk vejleder har følgende kommentar: *"Som Sund Viden fungerer nu, mener jeg det er tæt på ubrugeligt. Jeg har til dato ikke fundet de vejledninger, jeg har haft brug for. Og nu bruger vi endnu mere tid på at finde informationer, som før rtrods alt kunne findes i mapper. Ideen/behovet er ikke til at komme udenom, men det er meget ufærdigt."*

Specielt søgeordene er et forhold, som FoQUS er opmærksom på, men tovholderen nævner, at søgefunktionen, dog er ok, når man først har lært den at kende – men det kræver, at man får en introduktion til dette, hvorfor man har besluttet at lave en folder til brugerne. Den er endnu ikke udsendt. Desuden skal det være en del af introduktionsprogrammet, hvor de lærer om Sund Viden og dermed også om søgefunktionen. Hun nævner ligeledes, at der er nedsat en arbejdsgruppe, som skal finde ud af, hvordan Sund Viden kan udvikles. Den samme arbejdsgruppe, som kvalitetskoordinatoren refererer til med hensyn til afklaring af vejledningernes niveau. Arbejdsgruppens arbejdsopgaver er dog endnu ikke præcist defineret, ifølge tovholderen.

Alligevel foretrækker de fleste slutbrugere et system, som Sund Viden frem for de gamle vejledningssystemer, men først når der er kommet flere vejledninger i.

Bindeled mellem Sund Viden og vejledninger:

Kvalitetskoordinatoren udtaler, at det har stor betydning for de manglende vejledninger er, at der ikke er ressourcer til udarbejdelse af dem. Det er funktionsenhedernes opgave selv at afsætte de ressourcer, der skal til og det kniber det med. En anden faktor er, at der er mange andre igangværende projekter i amtet, såsom regionssamarbejdet, SFI (Red: Sundhedsfagligt indhold) - og EPJ samarbejdet samt ledelsesmæssige projekter, som forhindrer en løbende motivation af klinikerne i udarbejdelsen af vejledninger. Endelig spiller det faktum ind, at man ikke ved, om man skal starte processen forfra om igen, når man skal til at samarbejde med de andre mennesker i regionen.

Bindeled mellem kvalitetskoordinatorer, klinikledelser og implementering af Sund Viden:

Ifølge den tidligere projektleder på anskaffelsesprojektet af Sund Viden, skulle implementering af Sund Viden være lagt ud til kvalitetskoordinatorerne og driften til IT-afdelingen foråret 2005. Ifølge kvalitetskoordinatoren, er det ledelserne i de enkelte enheder, som står for implementeringen. Kvalitetskoordinatorerne leder kun projektet, men ikke implementeringen. (Red: Der kan dog være lokale forskelle)

Tovholderen udtaler, at implementeringen fortsat er i gang, selvom den ikke er organiseret i en egentlig projektform.

Dvs. at implementeringen ude i funktionsenhederne endnu er ikke færdig lidt mere end et år efter indførelsen af systemet. Det er et meget forskelligt, hvor mange vejledninger de enkelte funktionsenheder har lagt ind i Sund Viden. Der synes ej heller at være enighed om måden at gribe implementeringen an på. Der foreligger ikke en overordnet plan. Som en fysioterapeut udtrykker det: *"Hvem har ansvaret for implementering, som ikke finder sted?"*

Kvalitetskoordinatorerne begyndte i august måned 2005, via e-mails til nøglepersonerne på afdelingerne at informere dem hver gang, der bliver lagt nye vejledninger ind i systemet. Herefter er det nøglepersonernes opgave at informere de daglige slutbrugere om de nye vejledninger. Der er ikke faste retningslinier for denne opgave, det er lagt op til de enkelte nøglepersoner. (Red: der kan være lokale forskelle).

Bindeled mellem Sund Viden og succeskriterier:

Projektet Sund Viden opstillede fra starten nogle succeskriterier, der kunne måles efter. De angav bl.a. at ”

" 90 % af alle dokumenter i sundhedsvæsenet er opdaterede og at finde i Sund Viden, september 2005. Alle dokumenter er udarbejdet i henhold til godkendte skabeloner, september 2005. Der findes kun ét dokument pr. emne pr. patient-/personalemålgruppe, september 2005. 12 mdr. efter fuld implementering anvendes systemet af 80 % af alle slutbrugere, redaktører og godkendere"(Thomsen 2004)

Ingen af disse kriterier synes opfyldt. Kvalitetskoordinatoren mente, at ca. kun 3 % af vejledningerne lå i Sund Viden omkring september 2005 og specielt brugen af Sund Viden halter fortsat bagud.

Her et år efter indførelsen af Sund Viden, mener kvalitetskoordinatoren, at Sund Viden kun befinder sig i starten af processen. *"Vi har ikke indført Sund Viden endnu"*, siger hun og fortsætter med at stille spørgsmålstejn ved implementerings succeskriteriet, idet de ikke specificerer, hvad implementeringen

går på, ”er det intranettet Sund Viden på computerskrivebordet eller er det brugen af det?”. Hun mener, at det er svært at vurdere, da der ikke er opsat klare målepunkter. ”Brug er ikke definerbart, man kan jo ikke måle brug, når der på forhånd ikke er opsat måleindikatorer.”

Brug for hende er, at slutbrugerne 2-3 gange om ugen går ind og orienterer sig om nye vejledninger. Dette er ikke opfyldt i henhold til, hvad slutbrugerne selv oplyser om deres brug.

Hun oplyser endvidere, at der er blevet lavet nye succeskriterier; nemlig at 90 % af vejledningerne skal ligge i Sund Viden pr. 1. juni 2006. Det fremgår dog ikke klart, hvilke vejledninger der er tale om, ligesom det ikke er specificeret, hvorledes man har tænkt sig at måle en evt. brug.

Tovholderen mener klart, at der kunne være behov for at få redefineret succeskriterierne. En forklaring på, at 90 % kriteriet ikke er opfyldt, mener hun, kunne være at den tekniske platform overhovedet ikke var i orden på det tidspunkt, hvor man regnede med det, hvilket formentlig også har påvirket udarbejdelsen af vejledninger. Hun nævner, at der fortsat er små tekniske problemer, som dog forventes rettet snarest.

Tovholderen har den opfattelse, at det er gået trægt i starten med at få lagt vejledninger ind i systemet, men at den tendens er nu ændret, så i øjeblikket går det rigtig stærkt med at få lagt vejledninger ind i Sund Viden.

Bindeled Sund Viden og akkreditering:

Akkreditering er en procedure, hvorved det vurderes om en organisation lever op til et sæt af fælles standarder. Hvis de gør det, gives der en formel anerkendelse af, at organisationen er kompetent til at udføre sine opgaver. Hvis de ikke gør det, får de enten anmærkninger om, at der er noget, der skal forbedres, inden de bliver godkendt eller også bliver de slet ikke akkrediteret. Dette kan få den konsekvens, at sygehusvæsenet rammes økonomisk, da patienterne må formodes at søge andre steder hen, hvis kvaliteten i plejen og behandlingen ikke er i orden.

I efteråret 2005 får Frederiksborg Amt besøg af den internationale akkrediteringsenheden Joint Commission International til en ”prøve akkreditering” (feedback). Joint Commission International udtaler efterfølgende, at de ser Sund Viden som en stor styrke, men også som et område, hvor der skal gøres nogle indsatser. De anbefaler, at der skal arbejdes mere systematisk med udbredelse af brugen af det. De anbefaler ligeledes, at ”Andre eksisterende mapper, elektroniske eller i papirformat, bør

nedlægges, og vejledningerne lægges i Sund Viden.” ”Endvidere at der bør vedtages ”kriterier for udviklingen af nye vejledninger, som sikrer, at vejledningerne ikke har for smalt dækningsområde. Desuden anbefales, at det sikres, at der bliver fulgt systematisk op på implementering af nye vejledninger.” (FoQUS 2006)

Kvalitetskoordinatoren mener, at Joint Commission Internationals rapport er ubrugelig, da kun 3 % af vejledningerne var tilgængelig i Sund Viden, hvilket gjorde, at de måtte svare nej på hovedparten af spørgsmålene, om der var gældende vejledninger eller ej.

Frederiksborg Amt skriver dog kort efter i deres nyhedsbrev til alle medarbejderne en kommentar til Joint Commission Internationals besøg:

”Men det viste sig, at ikke alle kunne bruge systemet, og at implementeringen trængte til justeringer. Det er der nu lagt en plan for - med prioriteringer af grundlæggende vejledninger og vejledninger om patient- og medarbejdersikkerhed og med principper for hvilke typer vejledninger der skal på Sund Viden, og for hvordan titler og søgeord formuleres.”(FoQUS 2006)

Et halvt år efter dette besøg er der som tidligere nævnt nedsat en arbejdsgruppe på opfordring af kvalitetskoordinatorerne, som skal kigge på disse ting, men ifølge tovholder er deres kommissorium endnu ikke helt på plads. Fysioterapeuten spørger: *”Vi fortsætter vores praksis på trods af at der findes vejledninger i Sund Viden. Er de mest lavet for akkrediteringens skyld? Eller?”*

Ifølge kvalitetskoordinatoren er der fortsat et stort behov for at få afdækket niveauet for de vejledninger, som skal ind i Sund Viden. Hun ser Sund Viden som et akkrediteringsstyringsredskab og mener, at der nok skal komme de vejledninger ind, som gør, at amtet kan blive akkrediteret, dog med anmærkninger.

Slutbrugerne og dermed det kliniske personale mangler stadig at få adgang til ensartede, entydige, opdaterede, relevante og godkendte vejledninger. De bruger stadig meget tid på at dokumentere og lede efter vejledninger. Men de har fået systemet, selv om det kun er 6,1 % der bruger det til dagligt, så har de fleste af dem endnu ikke opgivet at se Sund Viden som et arbejdsredskab forudsat, at der kommer vejledninger ind i systemet og forudsat, at det bliver vejledninger, som de kan bruge. En sygeplejerske siger: *”Jeg opfatter Sund Viden som stadig i opstartsfasen, men tror det bliver rigtig godt engang”*,

mens andre er stået af, som overlægen der udtrykker det således: *”Jeg har kun været inde på Sund Viden 1 gang. Jeg fandt ikke det, jeg søgte.”*

Konklusion

Et ordningspunkt, som beskrevet af Svenningsen (Svenningsen 2004) kunne være en vejledning. En vejledning er et vigtigt redskab i en travl omskiftelig klinisk hverdag, som er præget af vigtigheden af at tage den rigtige beslutning, som kan have konsekvenser for patient, pårørende, klinikerne selv og sygehuset som organisation.

Før Sund Viden blev indført som dokumentstyringssystem, var udarbejdelsen af vejledninger mere eller mindre tilfældig - og kvaliteten derefter. Alle kunne skrive en vejledning, om det de havde lyst til. Der var ingen godkendelses eller review procedure. Det kunne være forældede vejledninger, der blev brugt. Der kunne være problemer med læseligheden og distributionen var ligeledes tilfældig. Alligevel var de et vigtigt redskab for slutbrugerne, som i sagens natur ikke er alvidende, men har brug for hjælperedskaber. Denne form for vidensdeling samlede kun få aktører.

Med de elektroniske vejledninger i Sund Viden er der rettet op på mange af disse punkter. Den indkapslede inskription i de papirbaserede vejledninger var/er, at alle kunne skrive en vejledning, som der var behov for. Denne inskription er i kraft af Sund Viden blevet translateret til en konfiguration, hvor tilstedeværelsen af en vejledning kræver godkendelse i akkrediteringsstyregruppen, uddelegering til forfattere, tid til udarbejdelse samt godkendelses procedurer før den bliver lagt i Sund Viden og gjort tilgængelig for brugene. Dette er en væsentlig kvalitetsmæssig forbedring, som burde kunne have en positiv effekt på patient pleje- og behandlingen – forudsat at de relevante vejledninger i den forbindelse bliver udarbejdet og lagt ind i Sund Viden. For inskriptionen indebærer samtidig, at en hel ny organisation omkring udarbejdelsen af vejledninger er opstået.

De elektroniske vejledninger, som ordningspunkt, knytter mange dermed forskellige aktører sammen og forudsætter tilstedeværelsen af en overordnet plan, som aktørerne kan rette sig ind efter og koordinere. De forbindes i et aktør netværk og skaber et organisatorisk mønster.

Det, der specielt er ændret fra tidligere, er, at et væsentligt større antal aktører er knyttet til processen, som da kræver koordinering og en overordnet plan. Denne synes at have manglet. Der har ikke været fastlagt klare retningslinier med hensyn til, hvem gør hvad.

Ved overgang fra papirbaserede vejledninger til elektroniske ville der have været nogle lighedspunkter og forskelle, som det kunne have været hensigtsmæssigt at fokusere på. F.eks. for at Sund Viden skal kunne levere et produkt, som kan have nytte for brugerne, skal teknikken for det første være på plads. Vores spørgeskemaundersøgelse giver ikke belæg for at tro, at teknikken bag IT-systemet, som sådan har graverende fejl. Selvom et par stykker nævner manglen på PC arbejdsstationer som grund for, at de ikke bruger Sund Viden, synes det ikke at være det store problem. Problemet ligger heller ikke i vidensdelen, som jo er uændret, idet det stort set er de samme fagfolk, som førhen har udarbejdet de papirbaserede vejledninger, som også er forfattere af de nye. Det store problem ligger i de manglende vejledninger og dermed i organiseringen bag udarbejdelse af vejledningerne. Slutbrugerne anvender de gamle vejledninger i mangel af bedre. Kvaliteten i patientplejen og behandlingen må blive derefter. Det er et kæmpe organisatorisk arbejde at fastlægge, hvem der skal udarbejde hvilke vejledninger og hvem der skal godkende dem og lægge dem ind i systemet. Forarbejdet til denne proces synes ikke at være tænkt godt nok igennem med det resultat, at brugerne ikke har fuld nytte værdi af systemet et år efter dets indførelse. Dette kan være et bud på årsagen til den manglende brug af systemet.

Ifølge Lorenzi and Riley (2004) kan man definere en vellykket eller succesfuld implementation af et IT-system, når det opfylder 2 kriterier. Det ene er, at det er nået til tide, indenfor budgettet og til de tekniske specifikationer. Det andet er når det imødekommer behovet hos over 90 % af randomiserede slutbrugere. Der må godt være spredt utilfredshed, men den må bare ikke give sig udtryk i en bestemt faktor eller i en bestemt del af brugergruppen.

Ser vi på Rogers teori om diffusion and innovations (Rogers and Scott 1997) skulle den s- formede kurve for brugen af Sund Viden have været steget brat ved indførelsen af Sund Viden for derefter at flade sig ud til et niveau hvor de fleste slutbrugere har taget systemet i anvendelse. Problemet er bare, at denne stigning i anvendelsen aldrig har fundet sted, da systemet ikke har kunnet levere varen. Hvis Sund Viden ikke imødekommer behovet hos "the early adopters", ildsjælene, vil stigningen i diffusionen ikke nå særlig højt, interessen og motivationen vil "brænde ud" og "the majority" vil aldrig begynde at anvende systemet.

Ifølge vores spørgeskemaundersøgelse opfylder Sund Viden ikke kravet til en succesfuld implementering, men der er tilsyneladende også enighed om, at systemet ikke er implementeret endnu.

Spørgsmålet er så, hvor mange år man kan sige, at et system er under implementering, før slutbrugerne bliver trætte af at vente og s-kurven begynder at gå nedad.

Ifølge ANT teorien er en aktørs styrke afhængig af, hvor stort et antal af andre aktører den har knyttet til sig. Bindeleddene mellem de forskellige aktører bærer hver især inskriptioner på sig, som gør dem mere eller mindre magtfulde. For eksempel bærer bindeledet mellem forfattere og elektroniske vejledninger den inskription, at forfatterne skal udarbejde vejledningerne, men hvis de ikke gør det, svækkes forbindelsen imellem dem. Bindeledet risikerer at blive for svagt eller falde ud og hermed bliver aktøren elektroniske vejledninger svækket. Dette medfører, at Sund Viden, som den næste aktør bliver svækket, idet den mister en del af sit netværk.

Lignende relationer og konsekvenser kan drages mellem alle aktører i netværket.

Hvilken magt en aktør, som slutbrugere har, er ifølge ANT igen defineret af dens/deres netværk. Det vil indebære, at slutbrugere, som aktør, har magt til at få Sund Viden til at fungere ved at skrive vejledninger, men denne magt er igen relateret til ledelsens magt med hensyn at frigøre ressource til dette arbejde. Det kunne have været hensigtsmæssigt fra starten at identificere "the early adopters" for at styrke bindeledet mellem dem og Sund Viden i form af ressourceallokering. Slutbrugerne har ligeledes en teoretisk magt til at få Sund Viden til at blive en succes ved at bruge den som eneste vejledningskilde, men dette afhænger igen af, hvilke kriterier der definerer systemets succes? Til hvilket formål er systemet anskaffet?

Kvalitetskoordinatoren udtaler, at Sund Viden er et akkrediteringsredskab. Dermed kan forstås, at indførelsen af Sund Viden primært er sket ud fra et politisk perspektiv og ikke ud fra et slutbruger perspektiv. Denne formodning understøttes af det faktum, at der ikke på noget tidspunkt har været foretaget arbejdsgangsanalyser for at klarlægge slutbrugernes krav og forventninger til systemet. Når så de akkrediteringsvenlige vejledninger er bragt på plads i systemet, er Sund Viden en magtfuld aktør i akkrediteringsprocessen med et netværk af andre magtfulde aktører i ryggen. Frederiksborg Amt skal nok blive akkrediteret på dette punkt. Men mon ikke en fremtidig magtfuld aktør, den eksterne akkrediteringsenhed, i lighed med Joint Commission International, også vil kigge på brugen af Sund Viden og dermed bringe slutbrugerne på banen, som den afgørende magtfulde aktør, som kan vende tommelfingeren opad – eller nedad.

Perspektivering:

I dette afsnit vil vi prøve at betragte vores konklusioner i et fremtidsperspektiv.

I strategien for det behandlende sundhedsvæsen – patienten først, skriver indenrigs og sundhedsministeren

”Den faglige kvalitet kan gøre forskellen mellem liv eller død. Regeringen går ikke på kompromis. Regeringen vil ikke acceptere det uforpligtende, når det drejer sig om patientens helbred.

Holdningen om at det går nok, skal erstattes af klare mål for kvalitet og af konsekvens. Konsekvensen af det gode belønnes og ved at sætte det bedste som standard. Vi skal derfor skabe de bedste rammer for at videre udvikle personalets kompetencer. Patienterne ønsker sammenhæng og kontinuitet. De skal ikke møde en ny læge hver gang. Patienten har en forventning om at sundhedsvæsenet er indrettet med respekt for den enkelte tid, ønsker og behov”

”Tilbage står spørgsmålet de nuværende strukturer er en barriere for sammenhængende patientforløb.” (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2003)

En konsekvens af ovenstående udtalelse var at der blev nedsat en strukturkommissionen, som kom med nogle anbefalinger om omstruktureringer. Som en konsekvens af dette står amterne til at indgå i regionsamarbejdet, hvis opgave største opgave bliver at drive sygehusene. Region Hovedstaden bliver landets største sygehusvæsen med 14 sygehuse.

For os at se bliver dette regionsarbejde en udfordring, da der på det administrative plan skal opbygges en ny ledelsesstruktur, der sikrer, at regionen udnytter mulighederne for et tættere og forbedret samarbejde.

Dette kan ske ved f.eks. at udarbejde nye strategier på forskellige områder. Et af områderne, som formentlig vil have særligt fokus er IT-området, hvor der skal besluttet hvilke systemer der skal benyttes i fremtiden – også set i forhold til ministerens udmeldinger.

Ifølge EPJ-Observatoriet er der en lang række spørgsmål, der skal besvares, når man skal vælge en IT-løsning set i forhold til regionerne:

- *Hvilke systemer findes der og er de velfungerende?*
- *Kan man i en region have forskellige IT-systemer af samme type?*
- *Hvordan sikrer man sig, at de forskellige IT-systemer kan udveksle data?*
- *Hvilke data skal der skabes adgang til lokalt, regionalt og nationalt?*
- *Hvordan bevarer man de investeringer, som allerede er foretaget?*
- *Hvordan sikrer man sig, at den eksisterende viden udnyttes effektivt?*

- *Har man i dag løsninger og systemer, som der kan bygges videre på og hvilke skal fases ud?(Vingtoft, Bruun-Rasmussen et al. 2005 p. 71-72)*

I forhold til Sund Viden betyder dette, at region Hovedstaden skal i gang med overvejelser omkring hvilke(t) system(er), de vil fortsætte med og dermed også om Sund Viden skal bibeholdes som system, Dette kan synes lidt paradoksalt, at Frederiksborg Amt har brugt mange penge på et sådant system, men at det ikke er sikkert, at det er det system der bliver valgt i forhold til regionssamarbejdet.

I vores empiri erfarede vi, at der allerede var etableret et samarbejde, som et led i forberedelsen til regionen, men i sær kvalitetskoordinatoren udtrykte bekymring, da det for hende ikke var gennemskueligt, hvordan dette arbejde skal forløbe. Ifølge kvalitetskoordinatoren havde informationen omkring dette været minimal.

Vi ser også at det må være vigtigt at fokusere på en reel brugerinddragelse jf. vores tidligere konklusioner om at brugerne ikke er med i beslutningsprocesserne

Det kunne være spændende at fokusere mere på denne proces, da det for os kræver koordinering og en overordnet plan for at kunne levere et produkt, som kan have nytte for brugerne således, at det ikke bliver ugennemskueligt, hvilke vejledninger de enkelte slutbrugere skal bruge. Som også EPJ-Observatoriet nævner, hvordan har man tænkt sig at bruge de hidtil opnåede erfaringer i det videre arbejde?

Et andet aspekt af kvalitetsudviklingen er SFI (Sundhedsfagligt indhold), hvilket er et outcome, som skal bruges i forbindelse med at definere et standardindhold til den elektroniske patientjournal, hvilket overordnet skal lette klinikernes arbejde. Dette arbejde tager sit udgangspunkt i dels en fælles procesmodel (G-EPJ), fælles terminologi samt det sundhedsfaglige indhold.

”Formålet med Sundhedsfagligt indhold i EPJ er at afdække og specificere den nødvendige kliniske stillingtagen til det konkrete, formålsbestemte dokumentationsindhold i det kliniske arbejde. Det bygger på eksisterende beskrivelser af patientforløb og kliniske processer, som kan være alt fra lokale vejledninger til internationale referenceprogrammer.”(Mediq 2005 p. 7)

Dette går fint i tråd med ministerens udspil refereret overfor. SFI arbejdet kræver også nytænkning. Det kræver også, for os at se, at organisation tager højde for sådant et projekt ved at etablere en projektorganisation, da udarbejdelse af SFI er et stort og omfattende arbejde, der kræver at klinikkerne involverer sig i dette arbejde, og levere ressourcer til arbejdet. Vi ser arbejdet med udarbejdelse af vejledninger i Frederiksborg Amt, som et godt initiativ for at imødegå arbejdet med SFI. Frederiksborg Amt skal i region med bl.a. H:S-organisationen, som er langt med defineren af SFI. I dette arbejde ser vi nogle udfordringer, bl.a. hvordan vil der skabes ensartethed, hvordan vil klinikere se på materiale udarbejdet af H:S – hvordan vil der blive skabt forankring? Og hvordan er motivationen for et sådant projekt set fra klinikernes perspektiv

Ligeledes kunne man også stille sig det spørgsmål, hvornår er noget implementeret? I dette projekt var det ikke, da installationen foretaget. Vi mener, at det er vigtigt med fokus på implementeringsprocessen, og dermed i forandringer i arbejdsgangene og den organisatoriske struktur, den medfører.

Noget tyder på, at det er en langvarig proces set i lyset af, at Sund Viden endnu ikke er implementeret i forhold til udarbejdelse af vejledninger. Vi stiller os selv spørgsmålet om, hvordan holder man motivationen og engagementet hos klinikere, der er travle mennesker og hvor udviklingen går så stærk, at der hele tiden introduceres nye projekter, hvor det forventes at de indgår.

En anden vigtig del i forhold til implementering er brugerundervisning, hvilket vi også har været lidt inde på i projektet – dog kunne vi godt have undersøgt e-learningdelen. Noget tyder på, at den ikke er blevet brugt, da mange af slutbrugerne udtrykker, at der ikke har været undervisning nok. Vi kan spørge os selv om, hvorfor har de ikke brugt e-learningen? Det kunne være interessant at undersøge nærmere.

Endeligt er det kun tilbage at konstatere at det bliver spændende at følge processen, da et af gruppen medlemmer indgår i den organisation, som vi har undersøgt.

Del 4

Begrebsdefinitioner

Akkreditering:

Procedure, hvor et anerkendt organ vurderer, hvorvidt en aktivitet, ydelse eller organisation lever op til et sæt af fælles standarder. Ved akkreditering gives en formel anerkendelse af, at personer eller organisationer er kompetente til at udføre sine opgaver. Vurderingen foretages af et eksternt organ og af personer med samme kompetence som de personer, der lader sig vurdere (peer-review). Vurderingen baseres på opfyldelsen af et sæt krav til kvaliteten (standarder), som dels er forhåndsdefineret og dels er fælles for alle sundhedsorganisationer, der lader sig vurdere. (Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren 2003)

Den Danske Kvalitetsmodel:

En fælles dansk model for kvalitetsudvikling. Omfatter kernen af fælles kvalitetsstandarder, som parterne forpligtiger sig overfor. Målet med kvalitetsmodellen er, at alle sygehuse skal lade sig vurdere efter de fælles standarder senest i år 2006. Kvalitetsmodellen skal dermed ses som et led i en kommende akkreditering, der skal understøtte en løbende kvalitetsvurdering og udvikling i det samlede danske sundhedsvæsen. (Sundhedsstyrelsen 2003)

Dokumentstyring:

Processer og værktøjer, der sikrer 1. entydig og hensigtsmæssig udarbejdelse, godkendelse, revision og arkivering af dokumenter i sundhedsvæsenet. 2. tilgængelighed af entydige, opdaterede og gyldige dokumenter for alle medarbejdere i sundhedsvæsenet. (Thomsen 2004)

Dokument styringssystem:

Et IT-system som håndterer dokumenter ud fra en forudbestemt struktureret metode.

Dokumenttype:

1. Politik 2. Klinisk vejledning 3. Administrativ vejledning (Thomsen 2004)

Forfatter:

I relation til Sund Viden er det en person, der skriver dokumenter, har det faglige ansvar for dokumentets indhold og reviderer dokumenter efter advisering fra redaktør. (Thomsen 2004)

Funktionsenhed:

Funktionsenheder er en enhed, som dækker et lægelig speciale. Funktionsenhederne ledes typisk af en lægechef og en sygeplejeforfører og refererer til sundhedsvæsenets direktion. Det er deres opgave at sikre en optimal drift og udvikling af funktionsenheden. (Sundhedsvæsenet, Frederiksborg Amt 2005)

Førundersøgelse:

Dette definerer vi som en undersøgelse, der ligger før implementering af et IT-system.

Godkender:

Person eller instans, der i systemet godkender, publicerer dokumenter, har det endelige ansvar for dokumentet og dets konsekvenser ved implementering og har det endelige ansvar for rettidig revision af dokumenter efter advisering fra redaktør. (Thomsen 2004)

Implementering:

(Nøhr): hvor teknologien kommer ud i organisationen og anvendes til sit formål.

Indikator:

En målbar variabel som anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten. (Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren 2003)

Joint Commission International:

Er et datter selskab af JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations), formålet er at forbedre kvaliteten af pleje og behandling i det internationale samfund ved at tilbyde et verdensomspændende system til akkreditering. (Hovedstadens Sygehusfællesskab 2000 p. 15)

Kvalitetsudvikling:

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)

Kvalitetsvurdering:

Vurdering af kvalitetsniveau og variation for funktioner, systemer, processer og/eller resultater set i relation til kvalitetsmål.(Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren 2003)

Klinikere:

Klinikere er lig med det hospitalspersonale som assisterer patienterne ved sengen.

Organisation:

An organization is a complex system of relationships between people, leaders, technologies and work processes. From this interaction emerge organizational behaviour, culture and performance.” (Lorenzi and Riley 2000 p. 121)

Organisationsforandringer:

En udvikling i en organisation foregår ved forandringer af forskellige størrelsesordner og derved opnås dets vision for organisationen. Forandringer kan deles op på forskellige typer og måder: operationelle, strategiske, kulturelle og politiske.(Lorenzi and Riley 2000)

Politik:

Dokument, der beskriver overordnede målsætninger, strategier eller rammer for fremtidige aktiviteter i sundhedsvæsenet. Er altid tværgående dokumenter.(Thomsen 2004)

Projektejere:

Er FoQUS i Frederiksborg Amt.

Redaktør:

I relation til Sund Viden er det en person, der i systemet har ansvaret for dokumentets form, redigerer dokumenter, adviseres automatisk om påkrævet revision og iværksætter efterfølgende revisionsproces, adviserer forfatter om påkrævet revision, adviserer godkender om manglende revision, lagrer dokumenter, sender dokumenter til godkendelse, opbygger enhedens egen dokumentmapper, dokumentstyrer i det hele taget.(Thomsen 2004)

Slutbruger:

I relation til Sund Viden er det en person, der i systemet fremfinder, læser og anvender dokumenter.

Standarder:

Det mål for kvalitet, der danner grundlag for vurdering og evaluering af en ydelses kvalitet.
(Thomsen 2004)

Sundhedsfagligt råd:

Refererer til sundhedsvæsenets direktion og har til opgave at udarbejde vejledninger, identificere mål og indikatorer, samt rådgive om sundhedsfaglige problemstillinger.(Fugleholm 2005)

Sund viden:

Er et standard dokumentstyringssystem udviklet af leverandøren Key2know.(Thomsen 2004)

Vejledninger:

Er et fælles begreb for retningslinier med mere.

Dokument med systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges af fagpersoner, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt ydelse i specifikke situationer. (Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren 2003)

Vejledninger beskriver ansvar og anviser fremgangsmåde for løsning af en opgave eller udførelse af en proces.Vejledninger er altid underordnede i forhold til politikker.Vejledninger kan være: generelle kliniske vejledninger, som omhandler en generel kliniske problemstilling, arbejdsproces eller procedure eller en sygdomsspecifik klinisk vejledning som er rettet mod en specifik sygdom, diagnose eller patientgruppe.(Thomsen 2004)

Ordliste

| | |
|--------|---|
| ANT: | Aktør Netværk Teorien |
| BIAQ: | Internt bioanalytisk vejledningssystem |
| DKKM: | Den Danske Kvalitetsmodel |
| EPJ: | Elektronisk Patientjournal |
| FACIT: | Frederiksborg Amts Center for IT |
| FAS: | Frederiksborg Amts Sygehusvæsen |
| FoQUS: | Enhed for Forskning, Kvalitet, Uddannelse og Udvikling |
| G-EPJ: | Grundstruktur for den Elektroniske Patient Journal |
| HS: | Hovedstadens Sygehusfællesskab |
| IT: | Informations Teknologi |
| JCI: | Joint Commission International |
| KK: | Kvalitetskoordinator |
| MI: | Master of Information Technology med specialisering i Sundhedsinformatik |
| PDA: | Personal Digital Assistant |
| SFI: | Sundhedsfagligt Indhold |
| WHO: | World Health Organization |

Resume

I dette studie har vi brugt Aktør Netværks Teorien til at beskrive den komplicerede organisatoriske opbygning omkring implementeringen af et elektronisk dokumentstyringssystem i sekundær sundhedssektor Frederiksborg Amt.

Vores formål var at belyse samspillet mellem en kommende national akkreditering, hvori det kræves, at der kun foreligge en vejledning rettet mod samme aktivitet for samme patientgruppe, med en tilsyneladende manglende brug af det system, som skulle understøtte denne standard.

Som undersøgelsesmetode har vi brugt spørgeskemaundersøgelse af slutbrugerne for at nærmere at undersøge deres brug af systemet. Vi har udført interviews af, hvad må siges at være mellemlider og leder af implementeringsprojektet, for at klarlægge hvilke problemer, der har været i implementeringsforløbet set fra deres side. Ligeledes har vi inddraget forskellige dokumenter til især at belyse de forskellige faser i projektet, dets mål og succeskriterier samt som begrebsafklaringer.

Vores konklusion er, at IT-systemet i højere grad synes at være anskaffet ud fra en politisk akkrediterings synsvinkel end fra et brugerorienteret perspektiv, hvilket kan forklare den manglende brug af systemet. Vi sætter således spørgsmålstegn ved, om amtet reelt kan blive akkrediteret, hvis systemet ikke bliver anvendt af slutbrugerne i tilstrækkelig høj grad og udtrykker bekymring for om brugernes velvilje overfor systemet vil vare ved.

Keywords: Sundhedsvæsenet, Frederiksborg Amt, implementering, vejledninger, elektroniske dokumentstyringssystem, aktør-netværks-teorien.

Abstract

The implementation of an electronic content management system

Annika Sonne Hansen, Frieda Petersen, Lise Beyer Gommesen

Students at the Master of Information Technology, Health Informatics, Aalborg University, June 2006

Introduction

In this study we have used the Actor Network Theory to describe the complex organizational structure surrounding the implementation of an electronic content management system in the public health care in a county in Denmark. Our aim was to document the interplay between a forthcoming national accreditation process in which certain standards are to be assessed with a documented lack of usage of the information system that should support one of these standards.

Materials and Methods

We have performed a questionnaire of the end users combined with an interview of the persons in charge of the system implementation. These data have been compared with different documents regarding the information system and its organizational issues. Our findings were then analyzed in a descriptive manner in accordance with the Actor Network Theory as introduced by Bruno Latour. We have also used the Diffusion of Innovations Model by Everett M. Rogers to illustrate the question of whether the information system will continue to be accepted by the end users in the long run.

Results

Our study has shown that the reasons the information system is not used on a daily basis by the end users is due to the fact that it does not provide the guidelines necessary for them in order to carry out their work with the patients. Our assumption is that the information system primarily has been purchased to support an accreditation process, and is therefore seen as a political act, rather than a way to support the needs of the end users. We express our concern to whether it is possible for the county to obtain an accreditation if the information system is not being sufficiently used by the end users and express our concern for how much longer the end users will continue to have a positive attitude towards the system before they reject it.

Discussion

The challenges in regard to this information system, as we see it, lies in a recently made resolution where different hospitals are joined together in new regions. Which information systems will prevail - or more important which strategies will be embarked. We ask, whether experiences already made will be taken into account. Experiences in regard to the organizational issues related to the implementation of information systems, the challenges in new co-operations, and the allocation of resources. We ask how it will be possible to maintain motivation and commitment

Acknowledgments

We would like to thank the people at Frederiksborg Amt Hospitals for their kind participation in our study and Mr. John Stolze for his valuable guidance through out this project.

Address for correspondence

Annika Sonne Hansen: ash@carecom.dk

Frieda Petersen: fpe@ribeamt.dk

Lise Beyer Gommesen: ligo@fa.dk

Litteraturliste

(2003). Strategi for det behandlende sundhedsvæsen - patienten først. Kbh., Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Amt, Frederiksborg. (2005, 13.03.2005). from www.frederiksborgamt.dk.

Amt, Frederiksborg (2006). "Sundhedsvæsenet."

Andersen, Cai-Erik (2002). Det Digitale Sygehus. Resultat af spørgeskemaundersøgelse, Det Digitale Sygehus, FSS.

Bosselmann, Suzanne (2004). Dokumentstyring, rammer for. F. A. Sundhedsvæsenet: pp. 1-8.

Brender, Jytte (2004). Metodehåndbog i teknologivurdering af it-baserede løsninger inden for sundhedssektoren. Ålborg, EPJ-observatoriet, Kommunik.

fakultet, Det tekniske-naturvidenskabelige (2000). Studievejledning og studieordning. Master of Information Technology med specialisering i sundhedsinformatik åben uddannelse, Universitetet, Ålborg.

FoQUS (2005) Notat vedr. arbejdsgang for dokumentstyring. Sundhedsvæsenet Frederiksborg Amt.

FoQUS (2006). International feedback til Frederiksborg Amts Sundhedsvæsenets forberedelse til implementering af Den Danske Kvalitetsmodel
- Joint Commission International på besøg i Frederiksborg Amts funktionsenheder. F. A. Sundhedsvæsen, FoQUS. **32pp:** pp. 1-32.

Freil, Morten, Rikke Gut, et al. (2005). Spørgeskemaundersøgelser på sygehusafdelinger hvad kan de bruges til, og hvordan gribes de an? materiale om proces og metode i brugerundersøgelser. Glostrup, Enheden for Brugerundersøgelser.

Freil, Morten and Janne Lehmann Knudsen (2004). Kvalitetsvurdering i Sundhedsvæsenet. Patienters oplevelser af Sygehusenes kvalitet. Ugeskrift for læger. **166/19:** pp. 1796-1799.

Fugleholm, Anne-Mette (2005). Kvalitetsudvikling, politik for, FoQUS: pp 1-7.

Gommesen, Lise, Annika Sonne Hansen, et al. (2005). "Implementering af et elektronisk dokumentstyringssystem - en førundersøgelse." p 1-75.

Heathfield, Heather A. and David Pitty (1998). "Evaluation as a tool to increase knowledge in healthcare informatics." pp 879-883.

Høstgaard, Anne Marie. (2004). "Forandringsparathedundersøgelse som forberedelse til inførelse af elektroniske patientjournaler i sygehusvæsenet - belyst med undersøgelse på 4 forskellige afdelinger i Københavns amts sygehus væsen." Retrieved 26.05, 2006, from <http://www.epj-observatoriet.dk/publikationer/FPU-CEMTV%20rapport.pdf>.

Koch, Lene and Signild Vallgård (1996). Samfundsmedicinske forskningsmetoder. Kbh., Munksgård Danmark.
Tidligere: 1. udgave. 1996. (1.-2. oplag: Kbh.: Munksgård)

Kvale, Steinar (1997). Interview en introduktion til det kvalitative forskningsinterview oversat af Bjørn Nake. Kbh., Hans Reitzel.

Latour, Bruno (2005). Reassembling the social an introduction to actor-network-theory. Oxford, Oxford University Press.

Launsø, Laila and Olaf Rieper (2000). Forskning om og med mennesker forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskningen. Kbh., Nyt Nordisk Forlag.

Ledet, Morten (2005). Sund Viden nu på skærm nær dig. Nyt om Sundhedsvæsenet. **05-11**.

Ledet, Morten (2006). Dokumentstyring, medicinering, brug af data, kontaktpersoner. Nyt om Sundhedsvæsenet. **06-13**.

Lorenzi, Nancy M. and Robert T. Riley (2004). Managing technological change - Organisational aspects of health informatics. New York, Springer.

Lorenzi, Nancy and Robert Riley (2000). "Managing change, an overview." pp 116-124.

Mediq (2005). Udarbejdelse af Sundhedsfagligt indhold i epj - Metodebeskrivelse - Erfaringer fra Københavns Amt.

Merwe, Antoinette van der. (2000). "Implementing WebCT at Stellenbosch University: The integrated approach." Retrieved 28.05, 2006.

Nøhr, Christian and Pernille Bertelsen (2005) Hvordan laver man en god spørgeskemaundersøgelse Sundhedsinformatik pp 1-4

Preece, Jenny (1994). Human-computer interaction. Wokingham, Addison-Wesley.

Primær Sundhedstjeneste og - informatik (2005.) Organisering og finansiering af EPJ koordinatore i funktionsenhederne

Rigby, Michael (2001). "16 Powerful reasons why not to do it - And 6 over-riding imperatives." pp 1198-1202.

Rogers, Everett M. and Karyn L. Scott. (1997). "The Diffusion of Innovations Model and Outreach from the National Network of Libraries of Medicine to Native American Communities." Retrieved 28.05, 2006, from <http://nnlm.gov/pnr/eval/rogers.html>.

Stalder, Felix. (1997). "Aktør-Netværk-Teori og kommunikationsnetværk: Mod konvergens." Retrieved 21.04, 2006, from http://felix.openflow.org/html/ant_danish.html.

Sundhedsinformatik, V-CHI. Virtuelt Center for (2004). Offentlig forskning og udvikling i sundhedsinformatik - status, Aalborg Universitet.

Sundhedsministeriet, Indenrigs og (2003). National IT-strategi for sundhedsvæsenet 2003-2007: pp 1-80.

Sundhedssektoren, Dansk Selskab for Kvalitet i (2003). Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og definitioner.

Sundhedsstyrelsen (2003). Den Danske Kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet - modelbeskrivelse, version 1.2. Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsvæsen, Frederiksborg Amts (2001). Sundhedsplan 2001-2004. F. Amt.

Sundhedsvæsenet (2004). Forberedelsesgrundlag for Frederiksborg Amts sundhedsvæsen 2004-2005. Et led i forberedelsen til implementering af Den Danske Kvalitetsmodel. F. Amt. **39**: pp 1-39.

Sundhedsvæsenet and Frederiksborg Amt (2005). Mål, opgaver og struktur.

Sundhedsvæsenet, Det nationale råd for kvalitetsudvikling i (2002). National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, Sundhedsstyrelsen publikationer.

Svenningsen, Signe (2004). Den elektroniske patientjournal og medicinsk arbejde reorganisering af roller, ansvar og risici på sygehuse. Kbh., Handelshøjskolens Forlag.

Sygehusfællesskab., Hovedstadens (2000). Standarder for hospitaler. Dansk oversættelse ved H:S efter Joint Commission International Accreditation. Standards for Hospitals).

Sygehusvæsenet., Flos - Forskningscenter for Ledelse og Organisation i (2004.) Forskning i sygehuse under forandring. Udvalgte publikationer. Hovedpointer fra fem års studier af ledelse og organisering i det danske sygehusvæsen. **Volume**, p 12 DOI: www.flos.cbs.dk

Sølvkjær, Martin. (2004). "Arbejdsgangsanalyser – et net af viljer – på vej mod en metode." Retrieved 21.04, 2006, from http://www.flos.cbs.dk/aktiviteter/soelvkjaer_paper.pdf.

Thomsen, Lone (2004). Dokumentstyring. FoQUS.

Thomsen, Lone (2004). Implementeringsplan for dokumentstyring, version 2, FoQUS: p. 1.

Thomsen, Lone (2004). Projektbeskrivelse - Implementering af elektronisk dokumentstyring i FAS. F. Amt: pp. 1-3.

Thomsen, Lone (2004). Vejledning, hvordan skrives en.

Thomsen, Lone and FoQUS (2004). Dokumentstyring i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen.

Vikkelsø, Signe (2005). Subtle Redistribution of Work, Attention and Risks: Electronic Patient Records and Organizational Consequences. Scandinavian Journal of Information Systems. Scandinavian Journal of Information Systems. **17**: pp. 3-30.

Vingtoft, Søren, Morten Bruun-Rasmussen, et al. (2005). Status rapport 2005, epj-observatoriet, Mediq.

Bilagsliste

- Bilag 1: Spørgeskema 1
- Bilag 2: Spørgeskema 2
- Bilag 3: Interviewguide til begge interview

Figurliste

| | |
|---|----|
| Figur 1 Personer og roller i forbindelse med Sund Viden. | 14 |
| Figur 2 Skærbillede af Sund Viden ikonet, som det ser ud på alle computere. | 15 |
| Figur 3 Skærbillede af Sund Viden, som det fremkommer efter klik på ikonet. | 15 |
| Figur 4 vejledningen ”Intravenøs indgift af væske, blod og medicin”. | 16 |
| Figur 5: Figuren viser S-kurven som præsenterer adoptionsraten af en innovation over tid. | 29 |
| Figur 6 Frederiksborg Amt dækker geografisk området i hele Nordsjælland. | 37 |
| Figur 7 Organisationsdiagram Frederiksborg Amt. | 40 |
| Figur 8 Oversigt af det kliniske personale. | 41 |
| Figur 9 Aldersfordelingen på samtlige respondenter. | 59 |
| Figur 10 Fordelingen på faggrupper i forhold til den samlede besvarelse. | 60 |
| Figur 11 Procentvise fordeling af besvarelserne af hvem der deltog. | 61 |
| Figur 12 Fordeling af respondenter, hvor ofte de har været inde på Sund Viden den sidste måned. | 62 |
| Figur 13 Fortæller hvilke årsager, der er angivet for ikke at bruge Sund Viden. | 62 |
| Figur 14 Fortæller hvad brugerne gør, når de skal finde en vejledning. | 63 |
| Figur 15 Respondenterne vurdering af omfanget af informationen i forbindelse med Sund Viden. | 64 |
| Figur 16 Fortæller hvordan brugerne vurderer at kunne finde de vejledninger, som de har brug for. ... | 65 |
| Figur 17 Hvad slutbrugerne svarede i forhold til, om der findes flere vejledninger om samme emne. . | 65 |
| Figur 18 Fordeling af de positive svar og negative omkring konsekvenser af at indføre Sund Viden. ... | 66 |

Bilag 1

Spørgeskema vedrørende brugen af Sund Viden

1. Hvilken stilling har du?

Sæt 1 kryds

Læge 1

sygeplejerske 8

SOSU

Sekretær

Leder

Klinisk Vejleder

Sygehjælper: 1

2. Hvor mange gange har du brugt Sund Viden?

Sæt 1 kryds

1 gang 1

Et par gange 4

Jævnligt 2

Dagligt

Aldrig 3

Hvis du aldrig har brugt Sund Viden kan du spring de næste spørgsmål over.

3. Hvad har du brugt Sund Viden til i dit kliniske arbejde?

Sæt gerne flere krydser

Søge vejledning til brug i patientpleje - og behandling 5

Søge viden til egen læring 1

Nysgerrighed/Lære programmet at kende 4

Andet _____

4. Indeholder Sund Viden, det du har brug for i dit kliniske arbejde?

Sæt 1 Kryds

Ja

Nej 6

Delvist 2

Tak for hjælpen!

Bilag 2: SPØRGESKEMA VEDRØRENDE BRUGEN AF SUND VIDEN.

Læs venligst spørgsmålene og svarene grundigt igennem, inden du sætter kryds.

BAGGRUND

| | | |
|----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Hvad er dit køn? | Kvinde <input type="checkbox"/> 1A | Mand <input type="checkbox"/> 1B |
|----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|

| | | | | | |
|------------------------------|---|---|---|---|---|
| 2. Hvad er din alder? | 20-29 år <input type="checkbox"/> 2A | 30-39 år <input type="checkbox"/> 2B | 40-49 år <input type="checkbox"/> 2C | 50-59 år <input type="checkbox"/> 2D | 60-69 år <input type="checkbox"/> 2E |
|------------------------------|---|---|---|---|---|

| | |
|---|-----------------------------|
| 3. Hvilken stilling har du? <i>(Sæt evt. flere krydser)</i> | |
| a) Leder..... | <input type="checkbox"/> 3A |
| b) Mellemlider..... | <input type="checkbox"/> 3B |
| c) Overlæge | <input type="checkbox"/> 3C |
| d) Læge | <input type="checkbox"/> 3D |
| e) Sygeplejerske..... | <input type="checkbox"/> 3E |
| f) Social- og Sundhedsassistent..... | <input type="checkbox"/> 3F |
| g) Sygehjælper..... | <input type="checkbox"/> 3G |
| h) Klinisk Vejleder | <input type="checkbox"/> 3H |
| i) Sekretær..... | <input type="checkbox"/> 3I |
| j) Nøgleperson i kvalitetsudvikling..... | <input type="checkbox"/> 3J |
| k) Andet: _____ | <input type="checkbox"/> 3K |

4. Hvilken enhed er du ansat i?

(Sæt et kryds)

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| a) Anæstesiologisk..... | <input type="checkbox"/> 4A |
| b) Billeddiagnostisk..... | <input type="checkbox"/> 4B |
| c) Gynækologisk- obstetrisk..... | <input type="checkbox"/> 4C |
| d) Hoved-halskirurgisk..... | <input type="checkbox"/> 4D |
| e) Kirurgisk..... | <input type="checkbox"/> 4E |
| f) Laboratediagnostisk..... | <input type="checkbox"/> 4F |
| g) Medicinsk I (Hæmatologi)..... | <input type="checkbox"/> 4G |
| h) Medicinsk II (Kardiologi)..... | <input type="checkbox"/> 4H |
| i) Neurologi – og rehabilitering..... | <input type="checkbox"/> 4I |
| j) Ortopædkirurgisk..... | <input type="checkbox"/> 4J |
| k) Pædiatrisk..... | <input type="checkbox"/> 4K |

5. Hvor lang tid har du været ansat i Frederiksborg Amts Sygehusvæsen?

Mere end en måned

Mindre end en måned

5A

5B

(Du behøver ikke at udfylde mere.
På sidste side er der plads til dine eventuelle kommentarer.

Tak for din hjælp)

BRUGEN AF VEJLEDNINGER

| | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 6. Hvor ofte har du haft brug for at finde en vejledning i løbet af den sidste måned? | Flere gange dagligt | Dagligt | Ugentligt | Månedligt | Ved ikke |
| | <input type="checkbox"/> 6A | <input type="checkbox"/> 6B | <input type="checkbox"/> 6C | <input type="checkbox"/> 6D | <input type="checkbox"/> 6E |

| | | |
|--|-----------------------------|--|
| 7. Har du været inde på Sund Viden? | Ja | Nej |
| | <input type="checkbox"/> 7A | <input type="checkbox"/> 7B (Gå til spørgsmål 10) |

| | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 8. Hvor ofte har du været inde på Sund Viden i løbet af den sidste måned? | Flere gange dagligt | Dagligt | Ugentligt | Månedligt | Ved ikke |
| | <input type="checkbox"/> 8A | <input type="checkbox"/> 8B | <input type="checkbox"/> 8C | <input type="checkbox"/> 8D | <input type="checkbox"/> 8E |

| | | | |
|---|----|-----|------------------------|
| 9. Hvad har årsagerne været til, at du gik ind på Sund Viden? (Sæt et kryds i hver række) | Ja | Nej | Det kan jeg ikke huske |
| | | | |

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a) Nysgerrighed?..... | <input type="checkbox"/> 9A1 | <input type="checkbox"/> 9A2 | <input type="checkbox"/> 9A3 |
| b) For at lære programmet at kende? | <input type="checkbox"/> 9B1 | <input type="checkbox"/> 9B2 | <input type="checkbox"/> 9B3 |
| c) Fordi du blev opfordret til det af en kvalitetskoordinator? | <input type="checkbox"/> 9C1 | <input type="checkbox"/> 9C2 | <input type="checkbox"/> 9C2 |
| d) Fordi du blev opfordret til det af nøgleperson i kvalitetsudvikling?.... | <input type="checkbox"/> 9D1 | <input type="checkbox"/> 9D2 | <input type="checkbox"/> 9D3 |
| e) Fordi du blev opfordret til det af kollegaer?..... | <input type="checkbox"/> 9E1 | <input type="checkbox"/> 9E2 | <input type="checkbox"/> 9E3 |
| f) Fordi du skulle bruge en vejledning i patientpleje – og behandling?... | <input type="checkbox"/> 9F1 | <input type="checkbox"/> 9F2 | <input type="checkbox"/> 9F3 |
| g) Fordi du skulle bruge en vejledning til administrativt brug?..... | <input type="checkbox"/> 9G1 | <input type="checkbox"/> 9G2 | <input type="checkbox"/> 9G3 |
| h) Fordi du skulle bruge en vejledning til undervisningsbrug?..... | <input type="checkbox"/> 9H1 | <input type="checkbox"/> 9H2 | <input type="checkbox"/> 9H3 |
| i) Fordi du skulle søge viden til egen læring? | <input type="checkbox"/> 9I1 | <input type="checkbox"/> 9I2 | <input type="checkbox"/> 9I3 |
| j) Andet? _____ | | | |

Fortsæt til spørgsmål 11, hvis du bruger Sund Viden!

10. Hvad er årsagen/erne til at du ikke har benyttet Sund Viden?

(Sæt evt. flere krydser)

- | | |
|---|------------------------------|
| a) Ved ikke hvad Sund Viden er..... | <input type="checkbox"/> 10A |
| b) Ved ikke hvordan man kommer ind på Sund Viden | <input type="checkbox"/> 10B |
| c) Ved ikke hvordan man finder en vejledning i Sund Viden | <input type="checkbox"/> 10C |
| d) Har ikke modtaget undervisning i Sund Viden | <input type="checkbox"/> 10D |
| e) Har ikke brug for at finde vejledninger..... | <input type="checkbox"/> 10E |
| f) Der har ikke været ledige computere..... | <input type="checkbox"/> 10F |
| g) Andet: _____ | <input type="checkbox"/> 10G |

11. Hvad gør du, når du skal bruge en vejledning?

(Sæt kun et kryds)

| | |
|---|------------------------------|
| a) Søger i Sund Viden | <input type="checkbox"/> 11A |
| b) Bruger de gamle vejledningsmapper | <input type="checkbox"/> 11B |
| c) Bruger både Sund Viden og de gamle vejledningsmapper | <input type="checkbox"/> 11C |
| d) Andet: _____ | <input type="checkbox"/> 11D |

INFORMATION

| | | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 12. Hvordan er du blevet informeret omkring Sund Viden? | Meget godt | Godt | Dårligt | Meget dårligt | Ved ikke |
| | <input type="checkbox"/> 12A | <input type="checkbox"/> 12B | <input type="checkbox"/> 12C | <input type="checkbox"/> 12D | <input type="checkbox"/> 12E |

| | | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 13. Hvordan vurderer du alt i alt <u>omfanget</u> af information, du har fået om Sund Viden? | Alt for meget | For meget | Pas-sende | For lidt | Alt for lidt |
| | <input type="checkbox"/> 13A | <input type="checkbox"/> 13B | <input type="checkbox"/> 13C | <input type="checkbox"/> 13D | <input type="checkbox"/> 13E |

Bemærk;
Hvis du ikke har brugt Sund Viden kan du springe resten af spørgeskemaet over.
På sidste side er der plads til dine eventuelle kommentarer. Tak for hjælpen.

FUNKTIONALITETEN AF SUND VIDEN

| 14. Hvordan vurderer du Sund Viden: (Bemærk spørgsmålet drejer sig om selve IT-systemet og <u>ikke</u> indholdet af vejledningerne) <i>(Sæt et kryds i hver række)</i> | Ja, i høj grad | Ja, i nogen grad | Nej, kun i mindre grad | Nej, slet ikke | Det kan jeg ikke vurdere |
|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| a) Det er nemt at komme ind på?..... | <input type="checkbox"/> 14A1 | <input type="checkbox"/> 14A2 | <input type="checkbox"/> 14A3 | <input type="checkbox"/> 14A4 | <input type="checkbox"/> 14A5 |
| b) Det er nemt at bruge? | <input type="checkbox"/> 14B1 | <input type="checkbox"/> 14B2 | <input type="checkbox"/> 14B3 | <input type="checkbox"/> 14B4 | <input type="checkbox"/> 14B5 |
| c) Det er nemt at finde rundt i?..... | <input type="checkbox"/> 14C1 | <input type="checkbox"/> 14C2 | <input type="checkbox"/> 14C3 | <input type="checkbox"/> 14C4 | <input type="checkbox"/> 14C5 |
| d) Du kan hurtigt finde de vejledninger du har brug for? | <input type="checkbox"/> 14D1 | <input type="checkbox"/> 14D2 | <input type="checkbox"/> 14D3 | <input type="checkbox"/> 14D4 | <input type="checkbox"/> 14D5 |
| e) Du har ledt efter en vejledning uden at kunne finde den? | <input type="checkbox"/> 14E1 | <input type="checkbox"/> 14E2 | <input type="checkbox"/> 14E3 | <input type="checkbox"/> 14E4 | <input type="checkbox"/> 14E5 |
| f) Andet? _____ | 14F | | | | |

KVALITETEN AF SUND VIDEN

| 15. I forhold til de papirbaserede vejledninger er tilgængelighed i Sund Viden da: | Meget bedre | Bedre | Dårligere | Meget dårligere | Det kan jeg ikke vurdere |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> 15A | <input type="checkbox"/> 15B | <input type="checkbox"/> 15C | <input type="checkbox"/> 15D | <input type="checkbox"/> 15E |

HOLDNINGER TIL SUND VIDEN

| 16. Hvordan vurderer du generelt vejledningerne i Sund Viden: <i>(Sæt et kryds i hver række)</i> | Ja, i høj grad | Ja, i nogen grad | Nej, kun i mindre grad | Nej, slet ikke | Det kan jeg ikke vurdere |
|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| a) Jeg mener at vejledningerne, som findes i Sund Viden, er nyttige? | <input type="checkbox"/> 16A1 | <input type="checkbox"/> 16A2 | <input type="checkbox"/> 16A3 | <input type="checkbox"/> 16A4 | <input type="checkbox"/> 16A5 |
| b) Jeg mener, at vejledningerne, som findes i Sund Viden, er pålidelige | <input type="checkbox"/> 16B1 | <input type="checkbox"/> 16B2 | <input type="checkbox"/> 16B3 | <input type="checkbox"/> 16B4 | <input type="checkbox"/> 16B5 |
| c) Jeg mener, at der er vejledninger om de emner, som jeg har brug for i det daglige arbejde? | <input type="checkbox"/> 16C1 | <input type="checkbox"/> 16C2 | <input type="checkbox"/> 16C3 | <input type="checkbox"/> 16C4 | <input type="checkbox"/> 16C5 |
| d) Jeg mener, at der findes flere vejledninger om det samme emne? | <input type="checkbox"/> 16D1 | <input type="checkbox"/> 16D2 | <input type="checkbox"/> 16D3 | <input type="checkbox"/> 16D4 | <input type="checkbox"/> 16D5 |
| e) Andet?..... | 16E | | | | |

KONSEKVENSER AF SUNDVIDEN

| 17. Hvilke konsekvenser har det haft at indføre Sundviden: <i>(Sæt et kryds i hver række)</i> | Ja, i høj grad | Ja, i nogen grad | Nej, kun i mindre grad | Nej, slet ikke | Det kan jeg ikke vurdere |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| a) Jeg mener, at det er med at sikre bedre pleje og behandling?..... | <input type="checkbox"/> 17A1 | <input type="checkbox"/> 17A2 | <input type="checkbox"/> 17A3 | <input type="checkbox"/> 17A4 | <input type="checkbox"/> 17A5 |
| b) Jeg mener, at det er med til at reducere usikkerheder i udførelsen af en procedure?..... | <input type="checkbox"/> 17B1 | <input type="checkbox"/> 17B2 | <input type="checkbox"/> 17B3 | <input type="checkbox"/> 17B4 | <input type="checkbox"/> 17B5 |
| c) Jeg mener, at det er med til at sikre ensartet information til patienterne?..... | <input type="checkbox"/> 17C1 | <input type="checkbox"/> 17C2 | <input type="checkbox"/> 17C3 | <input type="checkbox"/> 17C4 | <input type="checkbox"/> 17C5 |
| d) Jeg mener, at det minimerer spildtiden med at finde en vejledning?..... | <input type="checkbox"/> 17D1 | <input type="checkbox"/> 17D2 | <input type="checkbox"/> 17D3 | <input type="checkbox"/> 17D4 | <input type="checkbox"/> 17D5 |
| e) Jeg mener, at det er med til at sikre effektivitet i arbejdet?..... | <input type="checkbox"/> 17E1 | <input type="checkbox"/> 17E2 | <input type="checkbox"/> 17E3 | <input type="checkbox"/> 17E4 | <input type="checkbox"/> 17E5 |
| f) Jeg mener, at det forkorter tiden, der bruges på dokumentation?..... | <input type="checkbox"/> 17F1 | <input type="checkbox"/> 17F2 | <input type="checkbox"/> 17F3 | <input type="checkbox"/> 17F4 | <input type="checkbox"/> 17F5 |
| g) Andet? _____ | 17G | | | | |

| 18. Hvad foretrækker du? <i>(Sæt et kryds i hver række)</i> | Ja | Nej | Det kan jeg ikke vurdere |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| a) Sund Viden som det er nu? | <input type="checkbox"/> 18A1 | <input type="checkbox"/> 18A2 | <input type="checkbox"/> 18A3 |
| b) Sund Viden med store ændringer? | <input type="checkbox"/> 18B1 | <input type="checkbox"/> 18B2 | <input type="checkbox"/> 18B3 |
| c) Sund Viden med mindre ændringer? | <input type="checkbox"/> 18C1 | <input type="checkbox"/> 18C2 | <input type="checkbox"/> 18C3 |
| d) Sund Viden når der er kommet flere vejledninger i? | <input type="checkbox"/> 18D1 | <input type="checkbox"/> 18D2 | <input type="checkbox"/> 18D3 |
| e) Det gamle papirbaserede instrukssystem? | <input type="checkbox"/> 18E1 | <input type="checkbox"/> 18E2 | <input type="checkbox"/> 18E3 |
| f) Et andet elektronisk dokumentstyringssystem? | <input type="checkbox"/> 18F1 | <input type="checkbox"/> 18F2 | <input type="checkbox"/> 18F3 |
| g) Andet? _____ | 18G | | |

Eventuelle kommentarer:

Spørgeskemaet bedes returneret i en cirkulationskuvert til Lise Gommesen, afsnit 22, Helsingør.
Tak for hjælpen.

Bilag 3.

Interviewguide til kvalitetskoordinatoren

Baggrund:

Hvilken enhed kommer du fra?
Hvilken uddannelse har du?
Hvor længe har du været kvalitetskoordinator?
Hvor længe har du været ansat i FA?

Brugen af vejledninger

Hvordan oplever du brugen af vejledninger?
Hvordan oplever du brugen af vejledninger i Sundviden?
Har brugen ændret sig i forhold indførelse af Sundviden?
Hvad er for dig jævntlig brug?
Hvad er årsagerne til, at der stadig er en del der ikke bruger

Sundviden?

I international feedback til FA, står der at I skal arbejde med "systematisk udbredelse af brugen af Sundviden - har I planlagt nogle tiltag?
Hvilke og hvorfor?
I vores spørgeskema har vi fundet ud af at mange bruger både Sundviden og de gamle vejledningsmapper? Desuden nævnes dette også som et kritikpunkt? Hvordan forholder du dig til dette?
Hvornår kan de gamle vejledningsmapper afskaffes?

Information

Hvordan har I informeret brugerne omkring Sundviden
Hvordan oplever du kvaliteten af denne information
Er der noget I ville have grebet anderledes an, hvis I kunne gøre det om?

Implementering

Beskriv implementeringsprocessen?
Godt/skidt

Funktionaliteten af Sundviden

Hvordan vurderer du Sundviden som system?
Har du fornemmelse af om der er nogle brugere der ikke bruger systemet, fordi det er for svært at bruge?

Kvaliteten af Sundviden

Hvordan oplever du tilgængeligheden af vejledninger på Sundviden er?

Holdninger til Sundviden

Hvor mange var der da det blev sat i drift?
Hvor mange er der på Sund Viden
Hvor mange vejledninger finder der på Sundviden nu?
Hvordan vurderer du de vejledninger, der findes på Sundviden?

Konsekvenser af Sundviden:

Hvilke konsekvenser har det haft at indføre Sundviden?
Hvordan vurderer du konsekvenserne?

Andre kommentarer?

Interviewguide til tovholderen/kvalitetschefen:

Emner:

Vejledninger:

- Definition af vejledninger
- Hvilke vejledninger skal ligge i Sund Viden?
Klinkerne efterlyser procedurevejledninger i spg. skema, skal de være i Sund Viden

Implementering

- Hvor langt i implementeringsprocessen mener I at I er?"
Hvad forstås ved fuld implementering?

Akkreditering:

- Hvilke kriterier er der sat op i forhold til vejledningsområdet?
- Hvilke kriterier er der for vejledninger i sund viden?
- Kan I leve op til dette?
- Hvis ikke, hvad vil I gøre for at nå målene?
- Hvilke konsekvenser har det for amtet hvis det ikke akkrediteres?
- Hvilke konsekvenser har det for Sund Viden hvis klinikerne ikke bruger sund viden? -

Brugen:

- Hvad er brug for Jer?
- Hvor stor en brug mener I der skal være af Sund viden?
- Ifølge spørgeskema er brugen XXXX, hvor passer det med Jeres mål for Sund Viden?

Erfaringer:

- Har I gjort jer nogen erfaringer omkring brugen endnu? Hvis ja hvilke?
- Har I gjort jer nogen erfaringer omkring implementering endnu? Hvis ja hvilke?

Arbejdsgangsanalyser:

- Brugerne efterlyser en række ting XXX hvordan ser I at Sund Viden skal i mødekomme dette?
- Og skal Sund Viden imødekomme tingene XXX?
- Set i bakspejlet, vil arbejdsgangsanalyser kunne have hjulpet på processen på vej?