



HVOR ENKELT KAN DET GØRES?

EKSEMPLER PÅ AFBUREAUKRATISERING
PÅ REGIONALE ARBEJDSPLADSER



Sundhedskartellet



Akademikerne



FOA

INDHOLD

| | | |
|-----|--|----|
| 1. | Optimeret diagnoseforløb: Fra 1 år til 1 måned | 4 |
| 2. | Ét regnskab i stedet for to | 4 |
| 3. | Digitalisering mellem sygehus og hjemmepleje | 5 |
| 4. | Flere blodposer til samme patient | 5 |
| 5. | Undgå dobbelt-dokumentation via samarbejde | 6 |
| 6. | Færre omkørsler | 6 |
| 7. | For en sikkerheds skyld | 7 |
| 8. | Medicinsk og ortopædkirurgisk samarbejde | 7 |
| 9. | Hurtigere hjælp til KOL-patienter | 7 |
| 10. | Det rullende kontor | 8 |
| 11. | Mødemateriale på video | 8 |
| 12. | Plejeanvisninger på video | 9 |
| 13. | Lyt til din konsultation i lænestolen | 10 |
| 14. | Involverende stuegang | 10 |
| 15. | Prøvehandling | 11 |
| 16. | De gode ambulatorier | 11 |
| 17. | Hurtigere udskrivning | 12 |
| 18. | Henvisningsskabelon | 12 |
| 19. | Samlet overblik på afdelingen | 13 |
| 20. | Farvel til brune kuverter | 13 |
| 21. | Vidensdeling på fælles platform | 14 |
| 22. | Den elektroniske patientjournal | 14 |
| 23. | Tre-i-en behandlingsplaner | 15 |
| 24. | Flow fremfor flaskehalse | 15 |
| 25. | Forløbskoordinatorer til KOL- og demenspatienter | 16 |
| 26. | Online dokumentation | 16 |
| 27. | Automatisering af nøgletal | 17 |
| 28. | Find instruksen hurtigt med QR-koder | 17 |
| 29. | Videomøder sparer tid | 18 |
| 30. | Vigtig registrering sker på stedet | 18 |
| 31. | Portør-app med sidegevinster | 19 |



HVOR ENKELT KAN DET GØRES?

Udviklingspolitisk Forum har taget initiativ til en indsamling af eksempler på, hvordan de regionale arbejdspladser har optimeret anvendelsen af ressourcer og øget kvaliteten. Kan der skabes mere sundhed for pengene ved at reducere overflødige procedurer, regler eller unødige krav til dokumentation? Ved at kigge arbejdsgangene grundigt efter og tænke i smartere og mere effektive løsninger? Ved at fokusere på kerneopgaven og koordinere endnu bedre på tværs af fagligheder og afdelinger? Ved at inddrage patienten og de pårørende i behandlingen, så alle ressourcer indtænkes i behandlingsforløbet?

Resultatet er denne case-samling, der består af 31 cases fra regionale arbejdspladser, der på vidt forskellige områder og med vidt forskellige metoder er lykkedes med at minimere en række bureaukratiske barrierer for optimal opgavevaretagelse.

Alle eksempler er beskrevet kortfattet med afsæt i tre spørgsmål:

1. Hvad bestod den bureaukratiske barriere i?
2. Hvordan har man håndteret barrieren?
3. Hvad var resultatet?

Case-samlingen giver et indblik i den initiativkraft og idérigdom, der udfolder sig på de regionale arbejdspladser, og den formidler konkret inspiration om, hvordan lokale tiltag er lykkedes inden for den aktuelle kvalitets- og afbureaukratiseringsdagsorden.

I løbet af indsamlingen er der kommet en del kommentarer omkring det, som de interviewede oplever som bureaukratiske barrierer på de regionale arbejdspladser. Disse kommentarer er opsummeret i et efterskrift bagerst i case-samlingen.

Udviklingspolitisk Forum vil gerne takke ledere og medarbejdere fra de regionale arbejdspladser, der har bidraget til case-indsamlingen med stor entusiasme, dyb faglig indsigt og høj professionalisme.

Med venlig hilsen
Udviklingspolitisk Forum

1. OPTIMERET DIAGNOSEFORLØB: FRA 1 ÅR TIL 1 MÅNED

På Bispebjerg Hospital var det en langsom proces at få en patient igennem et astmadiagnoseforløb. Patienten tog nemlig kun én test ad gangen. I praksis foregik det sådan, at de først blev indkaldt, så skulle de undersøges, dernæst skulle de afvente svar på testen, og i 90 % af tilfældene blev der ikke stillet en diagnose efter første test. Konsekvensen var, at langt over halvdelen af patienterne skulle bestille en ny tid, til en ny test – og så startede det hele forfra. På Bispebjerg Hospital kunne det derfor tage op til næsten ét år at komme igennem en udredning for astma.

Den Lungemedicinske Forskningsenhed på Bispebjerg Hospital satte fokus på det lange og u hensigtsmæssige diagnoseforløb. Et forskningsprojekt kortlagde patientens vej gennem ambulatoriet og viste, at det gav langt mere mening, at udredningen blev planlagt af en sygeplejerske allerede ved det første besøg. Derefter kunne patienten få én aftale med lægen, hvor *alle* testresultaterne blev gennemgået. Med afdelingsledelsens opbakning blev det nye diagnoseforløb implementeret.

Astmadiagnoseforløbet på Bispebjerg varer nu ikke længere et år. Det varer en måned! Og flertallet af patienterne får stillet diagnosen allerede efter første undersøgelse. Det betyder højere kvalitet og tidsbesparelse for patienten og lavere omkostninger for sygehuset. Der laves langt færre overflødige undersøgelser, og patienterne oplever en hurtigere og bedre udredning. Det, at sygeplejerskerne nu er med til at strukturere hele diagnoseforløbet – frem for blot at udføre de samme tests igen og igen – har givet sygeplejerskerne en helt ny og central rolle i det gode patientforløb, hvor man i langt højere grad gør brug af sygeplejerskens faglige kompetencer end førhen.

Andre har også ladet sig inspirere af erfaringerne fra Bispebjerg, og forløbet er nu med succes også implementeret på bl.a. Næstved Sygehus' Lungemedicinske afdeling.

Celeste Porsbjerg, Overlæge, ph.d. og klinisk forskningslektor, Lungemedicinsk Afdeling, Bispebjerg Hospital

2. ÉT REGNSKAB I STEDET FOR TO

Region Hovedstadens Apotek, der er landets største sygehusapotek, skulle leve op til et krav fra Lægemiddelstyrelsen om at levere to regnskaber: Det almindelige og et ekstra, hvor indberetningerne på samme data skulle leveres i en anden form. De to regnskaber er stort set identiske, og man havde på fornemmelsen, at ingen i Lægemiddelstyrelsen læste det ekstra regnskab. Der blev kvitteret for modtagelsen, hvorefter regnskabet blev gjort offentligt tilgængeligt for dem, som ville se det.

Sammen med Region Hovedstadens Center for Økonomi, udarbejdede Region Hovedstadens Apotek en ansøgning til Sundhedsministeriet, hvor de benyttede udfordringsretten til at søge om tilladelse til kun at aflevere ét regnskab. Responsen var positiv. Første år fik de som forsøg tilladelse til at aflevere ét regnskab, og i forlængelse heraf besluttede Sundhedsministeren sig for permanent at ophæve reglen om det ekstra regnskab for alle 16 sygehusapoteker i Danmark.

Kravet om to regnskaber var et levn fra 1990'ernes regnskabsregler for alle sygehusapoteker i Danmark, og det lagde unødigt beslag på Regionsapotekets ressourcer. I dag er dobbeltarbejdet elimineret, og der er nu frigivet ressourcer på hele 16 arbejdspladser til andre og mere meningsfulde opgaver.

Malene Unger Jørgensen, specialkonsulent, Center for Økonomi, Region Hovedstaden

3. DIGITALISERING MELLEML SYGHEUS OG HJEMMEPLEJE

Medarbejdere på Region Syddanmarks sygehuse og i kommunernes hjemmepleje oplevede en række problemer med dialogen på tværs af sektorer. Dialogen foregik pr. telefon, fax og papirbreve, men der manglede sammenhæng i kommunikationen om patienter og borgere. Desuden var det et stort problem, at informationerne ikke altid var opdaterede. For hjemmeplejen betød det fx at de kørte ud til borgere, som ikke var der. At de bestilte mad til folk, der i mellemtiden var blevet indlagt. At de tilkaldte låsesmede, når de ikke vidste hvorfor døren ind til Fru Jensen var låst, og det viste sig, at de ikke havde fået at vide, at hun var kommet på sygehuset.

Samtlige sygehusafdelinger og hjemmeplejen i alle 22 kommuner i Region Syddanmark lavede en samarbejdsaftale "Sam:bo". Nu er telefon, fax og papirbreve erstattet med elektroniske meddelelser i et sammenhængende flow, så man sikrer, at der er dialog mellem sygehuset og den kommunale hjemmepleje igennem hele indlæggelsesforløbet. Kommunen tilrettelægger nu den nødvendige indsats i hjemmet, så den er klar, når patienten udskrives. Med digitaliseringen af kommunikationen er der også kommet mulighed for at automatisere nogle funktioner. Fx sker der automatisk en ændring i kørelisten for hjemmehjælpere og hjemmesygeplejersker, når sygehuset melder ind, at en borger er blevet indlagt. Og madlevering til den pågældende bliver automatisk afbestilt.

Samarbejdsaftalen og digitaliseringen har resulteret i en langt bedre proces med et trykkeligere indlæggelses- og udskrivningsforløb for patienten. Det har betydet større sammenhæng i personalets arbejdsdag og større tilfredshed blandt personalet, fordi de er velorienterede om den enkelte borger og derfor kan yde en sammenhængende indsats. Idet hele regionen er inddraget, har rigtig mange haft positivt gavn af den nye måde at gøre tingene på.

Alice Skaarup Jepsen, projektleder, Syddansk Sundhedsinnovation, Velfærdsteknologi og Telemedicin

4. FLERE BLODPOSER TIL SAMME PATIENT

Når der skal hentes blod i blodbanken på Aalborg Universitetshospital, siger de lokale regler, at der kun må hentes én portion blod pr. patient ad gangen. For at overholde regelsættet i praksis, må personalet løbe frem og tilbage mellem store afstande på hospitalet, hvis de har behov for mere blod, end reglen foreskriver.

Ledere og personale i blodbanken deltog i en workshop, der handlede om at forenkle processerne i forbindelse med blodtransfusion. På den baggrund blev reglerne for blodbanken omformuleret, så der i dag kan hentes flere poser blod til samme patient på én gang.

Reglerne harmonerer nu meget bedre med den virkelighed, der er på afdelingen. Her kan der ofte være behov for flere poser blod ad gangen til samme patient. Sygeplejerskerne sparer nu mange ture til bloddepotet i situationer, der ofte er akutte.

Lotte Christiansen, civilingeniør og ph.d.-studerende, Idéklubben på Aalborg Universitetshospital

5. UNDGÅ DOBBELT-DOKUMENTATION VIA SAMARBEJDE

På Hospitalsenheden Horsens har ledelsen besluttet at optimere patientsikkerheden og indgå i Projekt Patientsikkert Sygehus, der er iværksat af Danske Regioner, TrygFonden og Dansk Selskab for Patient-sikkerhed. Kravet i projektet er, at man skal implementere 12 "pakker", der hver især viser best practice inden for et afgrænset område, fx kirurgi, tryksår eller højrisiko medicin. I Horsens oplevede man, at implementeringen kunne give anledning til dobbelt-dokumentation, hvis der ikke blev samarbejdet på tværs af afdelingerne.

I Horsens har man derfor dannet et netværk for implementeringen af hver pakke. Netværket består af en tovholder (ofte en centralt placeret kvalitetsmedarbejder) og en repræsentant fra alle de afdelinger, pakken er relevant for. Der er uddelegeret ansvar til netværkene, som går udenom det normale ledelseslag. Erfaringen med at samarbejde er, at det kræver, at nogen har et mandat på tværs af etablerede ledelseshierarkier. Netværket holder en række møder (i starten typisk månedsvist, senere sættes kaden-cen ned), hvor alle afdelinger giver en status på deres implementeringsindsats, og der deles viden om udfordringer og gode løsninger. Netværket nedlægges og/eller omlægges til mailgruppe, når implemen-teringsfasen er overstået.

Netværket som implementeringsstrategi har skabt mere smidige arbejdsgange mellem faggrupper og afdelinger og en mere ensartet dokumentation på tværs af afdelingerne. Det har også medvirket til at nedbryde barrierer mellem medarbejdere og fagligheder og bidraget til samhørighed, fordi deltagerne i netværket oplever, at de har gennemført en rejse sammen.

Søren Schousboe Laursen, projektleder og risikomanager, Hospitalsenheden Horsens

6. FÆRRE OMKØRSLER

I Region Nordjylland konstaterede fire ambulatorier i Børn og Unge psykiatrien, at patientforløbene var skruet u hensigtsmæssigt sammen. Eksempelvis varierede det fra kontaktperson til kontaktperson, hvordan patienterne blev sendt videre i systemet. Undersøgelingsprogrammet var ikke altid diskuteret, og som patient kunne man risikere at blive sendt til undersøgelser, som viste sig at være unødvendige. Den overordnede patientoplevelse var, at det tog lang tid at opnå kontakt med den rette medarbejder, fx en læge, og få en evt. diagnose samt igangsat den rette behandling. Patienterne oplevede de lange vente-tider som en stopklods. Og medarbejderne risikerede at miste fokus i udredningen af den enkelte patient, fordi forløbet var så langvarigt.

En Lean-analyse kortlagde patienternes vej igennem systemet. Det blev synligt, hvor der var overgange og ventetider undervejs. Kortlægningen gav ideer til, hvordan et optimalt patient-flow kunne se ud. Det allerførste skridt i patientforløbet er derfor i dag, at alle patienter får en tid hos overlægen, hvorefter der iværksættes et veldefineret udredningsforløb.

Ved at sløjfe "omkørslerne" i patientforløbet er der i dag en langt kortere vej fra diagnose til behandling af patienten. Patientens vej igennem systemet er blevet mere ensartet, og der er sat fokus på, hvilken værdi indsatsen har for den enkelte patient. Medarbejderne har opnået større indsigt i forløbet, og deres arbejdsindsats er tilrettelagt smartere og mere meningsfuldt.

Linda Stampe Greffel, Leanchef i Region Nordjylland

7. FOR EN SIKKERHEDS SKYLD

Når en patient på Slagelse Sygehus' fælleskirurgiske afdeling skulle bookes til en endoskopi-undersøgelse, så ringede det sundhedsfaglige personale til receptionen. Her sad der en sekretær, som ikke kender til endoskopi, og bookede tiderne. Af samme årsag bookede sekretærene en fuld undersøgelse hver gang "for en sikkerheds skyld", også selvom der måske kun var brug for en del-undersøgelse. Udover de spildte ressourcer, skabte det også en dårlig stemning faggrupperne imellem.

Løsningen blev en fælles mobiltelefon på den fælleskirurgiske afdeling. Her kan det sundhedsfaglige personale selv bestille tid direkte hos endoskopi-afdelingen og samtidig være mere specifikke omkring, hvad de har behov for, at undersøgelsen skal afdække. Derudover kan personalet på den fælleskirurgiske afdeling nu få oplysninger omkring, hvordan patienten skal forberede sig (eksempelvis faste etc.), og hvor lang tid undersøgelsen varer.

Den direkte informationsvej fra fagperson til fagperson har sparet både lægers, sygeplejerskers og sekretærers tid, højnet effektiviteten på endoskopi-afdelingen og har skabt en bedre stemning mellem de tre faggrupper. Det bidrager også til en øget kvalitet for patienten, da de oplever færre gener og ikke skal bruge mere tid end nødvendigt på undersøgelsen.

Lars Elmgreen, designingeniør, Sundhedsinnovation Sjælland

8. MEDICINSK OG ORTOPÆDKIRURGISK SAMARBEJDE

Patienter, der indlægges på en kirurgisk afdeling, kan samtidig have en behandlingskrævende medicinsk problemstilling. Det kan fx være en ældre patient, der både har et brækket ben og sukkersyge. De færreste kirurgiske afdelinger har tradition for at have medicinere ansat til at varetage de medicinske problemstillinger. Og det kan resultere i komplikationer med et dårligere patientforløb og længere indlæggelsestid til følge.

På Aalborgs ortopædkirurgiske afdeling har man kørt et projekt med daglig medicinsk stuegang, varetaget af endokrinologiske speciallæger. På den måde blev patientens medicinske problemstilling udredt eller behandlet med det samme.

Resultaterne af projektet viser, at patienternes behandlingskvalitet øges. De behandles hurtigere, mere professionelt og effektivt – og kommer hurtigere gennem systemet.

Kasper Edwards, seniorforsker på DTU

9. HURTIGERE HJÆLP TIL KOL-PATIENTER

Ventetiden kan være lang for KOL-patienter, der søger hjælp. Hvis ikke tilstanden kræver akut tilsyn, kan patienten vente i op til 4-5 timer, før behandlingen startes op. Netop denne type patient har ofte vejrtrækningsproblemer, og derfor er det ekstra vigtigt, at behandlingen starter så hurtigt som muligt, så tilstanden stabiliseres.

På Medicinsk Afdeling M2 i Dronninglund har man udviklet en KOL-checkliste. Checklisten er lavet til sygeplejerskerne, som anvender den, når de modtager en KOL-patient. Med udgangspunkt i KOL-checklisten kan sygeplejerskerne nu ordinere begrænsede mængder af Duovent, ilt og brug af AIRVO (apparat til varm ilt) og instruere patienten i brugen af PEP-fløjte. Det gør det mere smidigt at håndtere patienterne, fordi behandlingen nu kan sættes i gang straks ved ankomst til sygehuset.

Effekten er, at patienterne nu venter i kortere tid og bliver stabiliseret hurtigere, og checklisten har givet et betydeligt kvalitetsløft i patientens behandling.

Kasper Edwards, seniorforsker på DTU

10. DET RULLENDE KONTOR

Personalet på hjertemedicinsk afsnit og ambulatorium i Hospitalsenheden Horsens havde oplevelsen af, at de brugte mere tid på deres computerskærme end på deres patienter. Tiden gik i stedet for med at dokumentere og registrere. En af de store tidsrøvere var at taste oplysningerne ind i patientjournalerne efter stuegang eller andre vigtige patientoplysninger, som blev opfanget i løbet af dagen. Undervejs glemte man nogle af de informationer, der skulle tastes ind, når man endelig sad foran skærmen igen. Der var mange afbrydelser, og registreringen blev ikke tidstro.

Personalet besluttede at lukke kontoret helt og rykke det ud til patienterne. De fandt ud af, at de kunne gå stuegang på en ny måde, hvis de tog computere og printere med ud. Det eneste, som det mobile kontor krævede ekstra, var to vogne: Én til sygeplejerskens udstyr og én til lægens. Nu læser lægen op på patientjournalen inde hos patienten og dikterer til patientjournalen med det samme. Og der printes ambulante tider, medicinsedler, behandlingsvejledninger etc. ud til patienten på stedet.

I dag opholder det sundhedsfaglige personale sig meget mere ude hos patienterne og oplever ikke længere, at registrering i samme omfang står i vejen for den direkte kontakt. De mange gåture mellem patient og kontor er afløst af opgaveløsning på stedet. Det sparer tid og minimerer samtidig risikoen for fejl, fordi der er en direkte overlevering. Lægens kontakt med patienterne er også forandret, fordi patienten i højere grad er med i processen, og lægerne er bedre i stand til at huske patienthistorier, fordi de har stået ansigt til ansigt med hver enkelt patient. Der er også gevinster i form af et bedre arbejdsmiljø, fordi der er langt færre afbrydelser af det igangværende kontorarbejde.

Kirsten Lysdahl, projektleder og afdelingssygeplejerske, Hospitalsenheden Horsens

11. MØDEMATERIALE PÅ VIDEO

Projekt "Slip Sundheden fri" hører til i Herning og Holstebro kommuner samt Hospitalsenheden Vest. I forbindelse med projektet har direktørgruppen skulle træffe en lang række afgørende beslutninger. Projektlederen satte fokus på, at direktører er vant til mange siders læsestof som forberedelse til møder. Og det ønskede man nu at undgå. Det er jo både et stort arbejde for dem, der udfærdiger de mange dokumenter og for dem, der skal læse dem! Materialets omfang øgede også risikoen for, at vigtige pointer gik tabt i mængden af informationer.

Man fandt ud af, at der ikke var behov for lange udredninger på skrift for at klæde direktørerne ordentligt på til at træffe beslutninger. I dag modtager direktørgruppen forud for møderne en mail, der typisk indeholder:

- Få sider med bullet-points med kerneinformationer og kernebudskaber.
- Et videoklip, hvor kernebudskaberne fremlægges mundtligt på en nuanceret og levende måde af frontpersonale, mellemledere, projektleder eller andre relevante aktører.

Alle i direktørgruppen er begejstrede for det visuelle materiale. De får den væsentligste information, og de slipper for at nærlæse et omfattende materiale. Og embedsværket slipper for at producere det. Vigtigere er det dog, at materialet bliver meget mere vedkommende, fordi der kommer et ansigt på dem, som materialet handler om. Det giver en anden klangbund for beslutningsgrundlaget, når direktørerne får en fornemmelse af, hvad forskellige beslutninger og tiltag vil betyde for borgerne/patienterne/medarbejderne.

Birthe Lodahl Haxholm, ergoterapeut, master i rehabilitering og projektleder på "Slip Sundheden Fri", Herning og Holstebro kommuner og Hospitalsenheden Vest

12. PLEJEANVISNINGER PÅ VIDEO

På Næstved Sygehus var der en del udfordringer med øre-næse-hals-patienter med trachealkanyle (et rør der er sat ind fra forsiden af halsen, ind i luftrøret). Både patienterne og plejepersonalet var ofte i tvivl om, hvordan man rengør og udskifter inder- og yderkanyle. Der findes en masse forskellig dokumentation og tekst om emnet, men det er ikke nemt at forstå for lægmand. Det skabte utryghed hos patienterne, og de valgte derfor at tage forbi sygehuset for at få den rensset og udskiftet, fremfor selv at gøre det.

Løsningen var at lave et e-læringsprogram i trachealkanylepleje. Sammen med Sundhedsinnovation Sjælland udviklede en sygeplejerske fra øre-næse-hals-afdelingen en app til smartphones med videoinstruktioner. Her gennemgås trachealkanylepleje trin for trin. Nu er informationen omkring udskiftningen af inder- og yderkanyle blevet meget lettere at forstå.

Med app'en er graden af selvhjulpethed øget og afhængigheden af hjælp fra hospitalet mindsket. Og hospitalerne bruger helt enkelt færre ressourcer på at assistere med trachealkanylepleje. App'en er blevet testet af sundhedspersonale og testes nu også i hjemmeplejen i Region Sjælland.

*Rikke Herskind Romonoff, udviklingssygeplejerske, Næstved Sygehus
Lone Stagsted Sillesen, innovationskonsulent, Region Sjælland*

13. LYT TIL DIN KONSULTATION I LÆNESTOLEN

Som patient kan det være vanskeligt at holde styr på de mange informationer, der gives under en ambulatoriekonsultation. Det er viden om ens sygdom, behandling, prognose og om de fremadrettede planer. Tiden er ofte knap. Patienten er måske i krise eller af andre grunde påvirket af situationen. Det bevirker, at patienten kan have svært ved at forstå og især huske den information, der gives. Og det mindsker chancen for, at patienterne følger den foreskrevne behandling korrekt. Medarbejderne på Sygehus Lillebælt oplevede, at de skulle bruge en del tid på svare på patienthenvendelser om fx medicindosis, og de erfarede ofte, at indgåede aftaler simpelthen blev glemt af patienterne.

På den baggrund søsatte man et projekt på fire afdelinger, hvor i alt 5.000 patienter nu har deltaget. Projektet tilbød patienterne en digital lydoptagelse af deres konsultation. Så kunne de i fred og ro høre konsultationen igen, når de kom hjem – og deres pårørende havde mulighed for at lytte med.

Knap halvdelen af patienterne benyttede sig af chancen for at genhøre deres konsultation én eller flere gange. Fravalg var typisk begrundet med manglende behov. Antallet af patienter, der kontakter ambulatoriet igen med tvivlsspørgsmål, er faldet med 20 %. Lydoptagelserne giver større tryghed for både patienter og pårørende. Langt de fleste patienter, der har prøvet at få en lydoptagelse af deres konsultation, takker ja til også at få dem ved de efterfølgende konsultationer. Medarbejderne sparer vigtig tid og skal ikke, i samme omfang som tidligere, gentage aftaler og medicindoser til patienterne.

*Maiken Wolderslund, cand.scient.san og ph.d. studerende ved Enhed for Sundhedstjenesteforskning
Jette Ammentorp, forskningsleder og professor ved Enhed for Sundhedstjenesteforskning, Sygehus Lillebælt*

14. INVOLVERENDE STUEGANG

På geriatrisk afdeling, Aalborg Universitetshospital, oplevede man, at kommunikationen mellem læger, sygeplejersker og terapeuter, patient og pårørende kunne optimeres. Praksis var, at patienten og dennes pårørende først blev kaldt til møde med læge/sygeplejerske på 8.-10. indlæggelsesdag. Tværfaglig vidensdeling begrænsede sig til én egentlig tværfaglig konference, hvor patienternes træning og øvrige behandling blev drøftet. Dagligdagen viste, at ikke alle var tilstrækkeligt informeret om den enkelte patients behandlingsforløb. Hvis en patient fx havde en infektion, så fik terapeuterne ikke altid besked, selvom det kunne være en vigtig forklaring på, hvorfor patientens træning ikke gik så godt.

Der blev dedikeret ressourcer til projekt "involverende stuegang", hvor samarbejdet mellem personalegrupperne blev organiseret i to tværfaglige arbejds teams. Patienter og pårørende inviteres nu til et møde med det tværfaglige team allerede på den 3. indlæggelsesdag. På mødet drøftes en helhedsplan for det videre forløb, herunder udskrivningen af patienten. Og i dag holdes der daglige tværfaglige morgenkonferencer, så alle er opdaterede.

Den samlede evaluering af projektet viser, at patienter og pårørende er glade for at blive inddraget tidligt i forløbet. Det betyder noget, at de får sat navn og ansigt på de fagpersoner, der varetager opgaverne. Den tidlige involvering betyder også, at man får talt om det patienten kan – og ikke kan – så denne viden integreres i behandlingsforløbet helt fra start. I dag er der en langt større dynamik i personalesamarbejdet, hvor man snakker på kryds og tværs af faggrænser.

Jette Boilesen, afsnitsledende sygeplejerske, Geriatrisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital

15. PRØVEHANDLINGER

I Region Midtjylland arbejdes der med begrebet "prøvehandlinger" som redskab til at skabe innovativ bevægelse. Det er oplevelsen, at der særligt i sundhedsvæsenet kan spores en form for faglig "overansvarlighed", når der skal innoveres. Og denne overansvarlighed kan resultere i, at man ikke vil kaste sig ud i noget nyt, før der er opnået evidens for, om det virker.

Derfor har man indført begrebet "prøvehandling", som er en handling, der sættes i gang og tilpasses undervejs, efterhånden som der gøres erfaringer med, hvordan det virker. Både svagheder og styrker identificeres og giver anledning til justeringer, og pointen er, at der ikke handles på baggrund af evidens, men at den skabes undervejs.

På Regionshospitalet Horsens har man på gynækologisk, kirurgisk sengeafsnit og barselsafsnittet fx lavet prøvehandlinger med selvscreenings-skemaer, der er oversat til patientsprog. Patienterne svarer selv på en række spørgsmål om eget helbred, fremfor at personalet gør det sammen med dem. På dén måde spares personaleressourcer hos sygeplejerskerne, og patienterne inddrages og får et større ansvar.

Ved at teste nye initiativer af i lille skala og inden for en afgrænset periode, mindskes risikoen for at igangsætte forkerte og virkningsløse aktiviteter. Begrebet "prøvehandlinger" har været med til at rykke ved forestillingen om, at der skal være "sikker viden", før man kan handle. Og prøvehandlinger giver nyttige erfaringer, inden man fx ruller nye tiltag ud i en større skala.

Annemette Digmann, innovationschef i Region Midtjylland

16. DE GODE AMBULATORIER

Rigshospitalet tog initiativ til projekt "De gode Ambulatorier", fordi hospitalets ca. 30 klinikker og 130 ambulatorier havde en vidt forskellig praksis omkring registrering af de patientrettede aktiviteter og planer. Den varierende praksis gjorde datagrundlaget inkonsistent i forhold til styring og opfølgning i klinikkerne og på tværs af Rigshospitalet. Det gav ærgerlig spildtid, når fejlene skulle rettes og der fx skulle søges efter ikke-registreret information internt i klinikkerne og på tværs af hospitalet. På alle måder udmøntede den gældende praksis sig i et dårligt flow, der ydede patienten en mindre god service fra henvisning til indkaldelse.

Der blev udviklet et sæt af fælles principper for registrering i et for-ambulant forløb, herunder registrering ved modtagelse af henvisning, ved visitationen, ved booking, efter forundersøgelsen etc. Principperne blev foldet ud på et stort antal workshops i klinikkerne og efterfølgende implementeret, så alle var bekendt med de nye ensartede retningslinjer.

Resultatet er korrekte, komplette og rettidige grunddata, relateret til ambulante aktiviteter på Rigshospitalet. Det har frigjort tid hos lægesekretærer og læger i klinikkerne, forbedret flowet og givet patienten en langt bedre service. Hospitalet har desuden fået et forbedret økonomisk fundament.

Jannie Wacker Lentz Mortensen, ledende lægesekretær, Rigshospitalet, Neurokirurgisk klinik
Andreas Schroll-Fleischer, partner i Epikon

17. HURTIGERE UDSKRIVNING

På infektionsmedicinsk afdeling på Aalborg Universitetshospital er patienterne meget syge. Når de udskrives, er det nogle gange på et lavere funktionsniveau, end da de ankom. Udskrivningen kan tage flere dage, fordi mange instanser (fx hjemmeplejen, genoptræningscentret og kommunen) skal være klar til at modtage patienten. Det er logistisk indviklet og en langsommelig proces at få det hele koordineret.

Afdelingen tog fat i de involverede instanser og spurgte, hvilke informationer de skulle bruge i forbindelse med udskrivningen og i tiden derefter. Med afsæt i svarene blev der lavet og beskrevet en proces for udskrivningen. Udskrivningsprocessen blev understøttet af nye IT-systemer (TSM, tværsektorielle meddelelser og FMK, fælles medicinkort), der kunne hjælpe med at sikre, at den relevante viden tilflyder de rette instanser i tide, så de står klar ved selve udskrivningen af patienten.

Patienterne bliver i dag hjulpet langt bedre op af sygesengen og ud i samfundet. Koordineringen giver en mere flydende proces med en hurtigere udskrivning til følge. Det sparer tid og ressourcer både hos personalet, sygehuset og patienterne, og sengene bliver hurtigere ledige til at kunne modtage nye patienter.

Kasper Edwards, seniorforsker på DTU

18. HENVISNINGSSKABELON

Rigshospitalets Klinik for kirurgisk Gastroenterologi modtager hver uge ca. 65 henvisninger af patienter med kræft i de indre organer. Henvisningerne drøftes én for én på afdelingskonferencen, hvor patientens sygdomshistorie og scanningsbilleder gennemgås, så der kan lægges en individuel behandlingsplan. Tidligere manglede lægerne ofte de korrekte informationer, der skulle danne grundlag for deres råd om behandling (fx manglede scanningsbilleder og informationer om patientens øvrige sygdomme). Konsekvensen var, at både læger og forløbskoordinatorer brugte enorme mængder af tid på at rekvirere de nødvendige informationer forud for konferencerne.

Afdelingens klinikchef og sekretær, den ansvarlige overlæge og forløbskoordinatorerne tog initiativ til at udvikle en elektronisk henvisningsskabelon, der indeholder alle de relevante oplysninger, så der kan lægges en behandlingsplan for hver patient. Når skabelonen er udfyldt, er den præcist tilpasset lægernes behov for viden og har hverken overflødige eller mangelfulde oplysninger. Henvisningsskabelonen blev introduceret på et dialogmøde, hvor læger, forløbskoordinatorer og sekretærer fra Region Hovedstaden og Region Sjælland tog godt imod den. Alle var interesserede i at levere fyldestgørende og korrekte henvisninger.

Henvisningsskabelonen har vist sig at være en gevinst på flere punkter. Kvaliteten af henvisningerne – og dermed også af konferencerne – er øget markant, og der er kommet et langt bedre flow i patientforløbene. Både afdelingens læger og forløbskoordinatorer har fået frigjort tid, som nu kan bruges på patienterne. Og som en ekstra sidegevinst har henvisningsskabelonen styrket samarbejdet med samarbejdspartnere på tværs af hospitaler og regioner. Alt sammen til stor gavn for kræftpatienterne.

Christine Lysholt, forløbskoordinator på Rigshospitalets klinik C

19. SAMLET OVERBLIK PÅ AFDELINGEN

På Bornholms Hospital udfordrede indførelsen af elektroniske journalsystemer personalets muligheder for overblik og prioritering på sengeafsnittene. Systemerne kan nemlig kun fokusere på én patient ad gangen. I stedet for at tage udgangspunkt i afdelingen som et hele og prioritere ud fra et samlet overblik, blev personalet nødt til at fokusere på én patient ad gangen. For at skabe det nødvendige overblik, blev personalet afhængigt af håndskrevne papirskemaer eller informationer på whiteboards. Skemaerne blev ofte startet op tidligt på dagen og blev ikke ajourført i takt med opståede ændringer. Kolleger, der havde tid til give en ekstra hånd med, skulle derfor søge flere steder for at sætte sig ind patienternes her-og-nu tilstand.

Der blev indledt et offentligt-privat innovationssamarbejde, og der blev udviklet et digitalt prioriterings- og overbliksskema. Systemet kan tilgås fra alle enheder på Neurologisk Sengeafsnit, og det forventes udbredt til alle sengeafsnit på hospitalet i 2014.

Systemet gør det nemt at få et opdateret overblik over alle patienters aktuelle tilstand, plejekompleksitet, uløste opgaver, målinger, observationer og behandlinger. Og med overblikket følger også den positive sidegevinst, at grupper af ledigt personale kan træde til og gå til hånde på afdelingen. Alt i alt er der nu en langt bedre ressourceanvendelse på afdelingen.

Peter Juul, oversygeplejerske, Bornholms Hospital

20. FARVEL TIL BRUNE KVERTER

På Synscenter Refsnæs i Region Sjælland er dokumentation og vidensdeling om stedets børn og unge af stor vigtighed for det pædagogiske arbejde og for samarbejdet med eksterne aktører. Der er meget, der skal registreres og dokumenteres omkring hver eneste borger, der gør brug af synscentrets tilbud. Når noget blev rettet i hovedpapirjournalerne i administrationen, skulle det efterfølgende sendes ud i kopi til skolen, bo-enheden og sundhedsenheden i brune kuverter. Hvert sted skulle dernæst opdatere deres papirjournaler med de nye oplysninger. Det er indlysende, at det var en stor administrativ opgave at løfte, og at arbejdet med opdateringer var forbundet med en risiko for at lave fejl undervejs.

I 2010 tog Synscenter Refsnæs, i lighed med stort set alle de sociale tilbud i Region Sjælland, et nyt digitalt dokumentationssystem i brug. Her oprettes alle sager, og alle tilhørende bilag håndteres her. Oplysninger om en borger og dokumentation af arbejdet kan nu tilgås af relevante pædagoger, lærere m.fl. efter behov, og de brune kuverter og løse papirer med opdateringer er forbi.

Den administrative byrde i forbindelse med vidensdeling mellem de involverede fagpersoner er blevet mindsket betydeligt med indførelsen af det digitale system. Dataregistrering og opbevaring af personfølsomme oplysninger bliver nu håndteret i et sikkert system.

Stine Larsen, konsulent i Socialafdelingen, Region Sjælland

21. VIDENDELING PÅ FÆLLES PLATFORM

Syddansk Sundhedsinnovation har sat sig for at gøre op med de gammeldags vandrejournaler for gravide: De brune kuverter. Praksis har hidtil været at have et fysisk dokument, en vandrejournal, som følger den enkelte gravide. Heri noterer lægen, jordemødre og andre sundhedsfaglige vigtige oplysninger, når de fx har undersøgt en gravid kvinde. Kvinden får vandrejournalen første gang, lægen undersøger hende, og hun skal altid have den med sig, når hun har kontakt med læge, jordemoder eller på fødegangen. Den gravide skal også tage vandrejournalen med på ferie og til selve fødslen. På den måde har det indtil nu alene været den gravide, der har haft adgang til den samlede mængde af information. Mistede eller glemte hun journalen, måtte personalet begynde forfra med at notere. Der fandt også en omfattende dobbeltregistrering sted, fordi ingen af de sundhedsfaglige kunne se hinandens data samlet ét sted.

Der er igangsat et pilotprojekt med opstart i marts/april 2014. Projektet skal gøre vandrejournalen elektronisk. Her får den praktiserende læge, fødeafdelingen og jordemoder en fælles it-plattform, hvor de registrerer og kan se hinandens data. Der arbejdes på at etablere data-integration til lægesystemerne og til EPJ på sygehuset, så data kun registreres én gang. Den gravide får adgang til de samme oplysninger og skal ikke længere huske sin brune kuvert.

Et foreløbigt facit er, at man undgår dobbeltregistreringer, og at vigtig viden går tabt. Data er umiddelbart tilgængelige for alle parter, når de først er registreret. Det nye system giver de sundhedsfaglige, der har kontakt med den gravide, mulighed for at dele viden, og derfor forventes det, at man kan tilbyde et mere sammenhængende og velkoordineret graviditetsforløb.

Tove Lehrmann, enhedschef i Syddansk Sundhedsinnovation

22. DEN ELEKTRONISKE PATIENTJOURNAL

På Amager-Hvidovre Hospital oplevede man patientjournalføring på papir som tungt og bureaukratisk. Papirjournalen var en potentiel risiko i forbindelse med patientsikkerhed. For det første bestod journalerne af en lang række monofaglige småjournaler frem for én sammenhængende journal. For det andet kunne journalen ikke læses på tværs af afdelingerne. Det gjorde det svært at lave et sammenhængende og effektivt patientforløb baseret på en fælles forståelse af patienten. Det var derfor en kærkommen lejlighed til at tage fat om nældens rod, da man skulle implementere den elektroniske patientjournal.

Nu er alle hospitalets patientjournaler blevet elektroniske (de kører over H-EPJ systemet). Det lyder enkelt, men det har været en kæmpe opgave at overgå fra papir- til elektroniske journaler. I en overgangsfase nedsatte man derfor en tværfaglig projektgruppe med deltagelse af både læger, sygeplejersker, sekretærer og fysioterapeuter. De havde ad hoc aftaler med bygge-, teknik- og IT-afdelingen. Projektgruppen afdækkede dels it-behovet, it-dækningen, logistik og arbejdsgange. Og derefter igangsatte arbejdsgruppen den store kulturelle forståelsessnak omkring "ét patientforløb = én journal" og om "tilgængelighed, gennemsigtighed og tydelighed i handlings- og behandlingsplaner". I den fælles forståelse tog arbejdsgruppen rundt på alle hospitalets afdelinger og snakkede med personalet om, hvad de nye arbejdsgange ville komme til at betyde for deres hverdag.

Det har kæmpe fordele at overgå fra papir og monofaglig viden til elektroniske, tværfaglige journaler, hvor alle oplysninger er samlet ét sted. Det giver overblik over patientforløb, og personalet har en forhåbning om, at der vil kunne ses en stigning i patientsikkerheden. De evindelige dobbeltregistreringer undgås nu. Den

elektroniske journal fremmer desuden det tværfaglige samarbejde og forståelsen for forskellige indsatser. Samlet giver det nye system en meget bedre basis for at tilbyde et sammenhængende og trygt patientforløb.

Charlotte Ibsen, klinisk oversygeplejerske på infektionsmedicinsk afdeling, Amager-Hvidovre Hospital

23. TRE-I-EN BEHANDLINGSPLANER

På bostedet Tangkær i Region Midtjylland kunne beboerne have op til tre helt forskellige behandlingsplaner. Én fra psykiateren, én fra den privatpraktiserende læge og én fra bostedet. Behandlingsplanerne var ofte ikke koordineret med hinanden. Dét, der fx stod i lægens behandlingsplan, stod ikke i bostedets handlingsplan. Og hvis botilbuddet ikke fik oplysning om, at der fx var begyndende diabetes, kunne de ikke støtte op med ny kost og mere motion.

I modellen fra Tangkær sikres det, at den praktiserende læge, psykiateren og bostedets medarbejdere mødes i fællesskab med borgeren til et årligt sundhedstjek. På mødet laves der én samlet handlings- og behandlingsplan, der også inkluderer beboerens ønsker og tanker om fremtiden.

Beboerne får en bedre og hurtigere behandling, fordi de får lov til at møde de relevante fagpersoner ansigt til ansigt. Beboerne har fået højere livskvalitet og bedre medicinering, og de føler sig hørt, fordi de personer, der træffer beslutninger i deres liv, er samlet i en fælles indsats. Samarbejdet har bidraget til en kvalitetssikring af behandlingsforløbet for den enkelte.

Lars Bording, lederteamet Blåkærgård/Tangkær – bosteder under socialpsykiatrien i Region Midtjylland

24. FLOW FREMFOR FLASKEHALSE

På Rigshospitalet var udredningstiden for brystkræft tidligere 1-3 måneder. Den lange udredningstid havde tit den konsekvens, at patienter og pårørende blev bekymrede og følte sig overladt til sig selv undervejs. Hvis der tilmed opstod flaskehalse i arbejdsgangene, kunne udredningstiden forsinkes yderligere. Og med endnu mere uro til følge.

Man ansatte derfor en sygeplejerske som forløbskoordinator, hvis primære opgave var at skabe det bedste mulige flow for den enkelte brystkræftpatient i hele udrednings- og behandlingsforløbet. Forløbskoordinatorens opgave bestod i at afdække flaskehalse og sikre dialog og gensidig forståelse for det samlede forløb mellem de involverede afdelinger, fra henvisning til udredning. I samarbejde med visitationen på mammaradiologisk og patologisk klinik samt brystkirurgisk sektion, blev der med initiativet rusket op i tidligere forståelser af patientens forløb. I en tæt dialog på multidisciplinære konferencer kom der også større fokus på at anvende afdelingernes tid og ressourcer optimalt, så det er de syge patienter, der får et forløb på sengeafdelingen, og de mange andre patienter, der har været gennem udredning, afsluttes til egen læge i mammaradiologisk klinik.

Gevinsten med en forløbskoordinator er, at de involverede afdelinger nu er skarpe på deres respektive roller i patientforløbet. Der bliver indgået klare aftaler og udarbejdet fælles instrukser. Forløbskoordinatorens indsats har også resulteret i, at udredningstiden er væsentligt reduceret og i dag er nedbragt til 8-10 dage. Patienterne kommer langt hurtigere i behandling, de føler sig tryggede og oplever et sammenhængende forløb, der ikke afhænger af forskellige bureaukratiske flaskehalse, de ikke selv har indflydelse på.

Charlotte Ibsen, klinisk oversygeplejerske på infektionsmedicinsk afdeling, Amager-Hvidovre Hospital

25. FORLØBSKOORDINATORER TIL KOL- OG DEMENSPATIENTER

På Aalborg Sygehus har man identificeret demente og KOL-patienter som særligt omkostningskrævende. Det er en patientgruppe, som får mange henvisninger til kontroller og behandlinger. De får meget information omkring deres medicinering, som alt sammen kan være svært for dem at overskue og huske. Derfor glemmer de ofte at tage deres medicin, glemmer konsultationer og kommer ikke ordenligt i gang med en eventuel genoptræning.

På forsøgsbasis har Aalborg Kommune ansat en sygeplejerske til at varetage rollen som forløbskoordinator. Sygeplejersken samarbejder med sygehuset, praktiserende læger og andre aktører i kommunen. Hun følger patienter med KOL og demens, laver individuelt tilpassede forløb sammen med dem, hjælper dem med at huske aftaler og motiverer dem til at følge deres behandling. Især de ældre og svage har brug for den motivation. De føler ofte ikke, at de har kræfterne til at gennemføre rehabiliteringsprogrammer.

Sygeplejerskens nye rolle som forløbskoordinator hjælper patienterne til at hjælpe sig selv og inddrager dem i deres eget behandlingsforløb. Når patienter møder op til planlagte aftaler og følger deres behandlingsforløb, giver det færre indlæggelser, flere ledige sengepladser og tryggere patienter.

Lars Holger Ehlers, professor på Institut for Økonomi og Ledelse, Aalborg Universitet og leder af Center for forbedringer i sundhedsvæsenet

26. ONLINE DOKUMENTATION

Da bostederne Blåkærgård og Tangkær i Region Midtjylland skulle indføre Den Danske Kvalitetsmodel og Social Indikator Projekt i 2009, oplevede de, at der blev stillet helt nye og større krav til dokumentationen inden for socialområdet. Nu skulle de i højere grad måle effekt og lave handleplaner, der passede til både kvalitetsstandarder og den kommunale handleplan, der var sat for beboeren eller bostedet. Senere kom der også et krav om systematisk risikovurdering.

Sammen med et privat firma er Blåkærgård og Tangkær gået i gang med at udvikle en dokumentations-app til smartphones, som skal gøre det hurtigere og nemmere at leve op til dokumentationskravene. App'en gør det muligt for medarbejderne at dokumentere online på stedet. Når en beboer tidligere bad om ekstra medicin, skulle medarbejderen først ind på kontoret og tjekke i systemet, om der allerede var udleveret ekstra medicin og derefter gå tilbage og udlevere den. Nu kan medarbejderne checke systemet med det samme, på stedet, og straks dokumentere, hvis der foretages en ny udlevering.

Med app'en lever bostedet op til dokumentationskravene samtidig med, at der frigives mere tid til at være sammen med beboerne. Der dokumenteres hurtigere og lige mens tingene sker. Desuden opstår der færre utilsigtede hændelser – altså færre fejl – og det er lettere for vikarer at sætte sig ind i, hvad de skal hos de enkelte borgere, hvad deres behov er, og hvordan opgaverne løses bedst.

Lars Bording, lederteamet Blåkærgård/Tangkær – bosteder under socialpsykiatrien i Region Midtjylland

27. AUTOMATISERING AF NØGLETAL

Danske Regioner og Sundhedsministeriet stiller krav om, at sygehusene skal indrapportere en lang række nøgletal på et stort antal forskellige parametre, fx hvor god man er på det enkelte sygehus til at screene for tryksår og MRSA (multiresistente bakterier) i forbindelse med indlæggelser. For at kunne levere den ønskede information, var man på Odense Universitetshospital nødt til manuelt at trække journaler ud via en stikprøvekontrol blandt de 150.000 journaler i databasen. Men faldgruberne var mange. Fx skrev folk ikke tingene ind de samme steder, og derfor var informationerne svære at finde i det enorme datamateriale. Personalet var kørt træt i at dobbeltregistrere og syntes ikke, det gav mening.

Der blev indkøbt en overbygning til den elektroniske patientjournal, der gør det muligt at trække data fra den elektroniske patientjournal uden brug af sundhedsfaglige ressourcer. Odense Universitetshospital er nu startet på at automatisere dataudtrækkene, så man meget nemmere og mere kvalificeret kan imødekomme myndighedernes krav om dokumentation. Det er stadig helt essentielt, at de, der registrerer tingene, gør det på en ensartet måde. Men opbygningen af systemet er med til at understøtte, at folk gør det på samme måde.

Personalet oplever, at data fra systemet kan genbruges, og man kan undgå manuelle dobbeltregistreringer. Afdelingerne slipper for at lave manuelle stikprøver, og det frigør ressourcer, når der ikke skal tages kostbar tid fra det kliniske personale til indsamling af data. Systemet kan også bruges til forskningsformål, da der er opnået en meget nemmere adgang til store datamængder.

Peter Sigerseth Grøn, chefkonsulent og akkrediteringsleder, Odense Universitetshospital – Svendborg Sygehus

28. FIND INSTRUKSEN HURTIGT MED QR-KODER

På akutafdelingen i Køge er læger, sygeplejersker og andre sundhedsfaglige afhængige af at kunne få adgang til instrukser vedrørende et utal af behandlinger. Når man skal finde instrukserne frem, skal man søge i en database, der hedder D4. Databasen indeholder utroligt mange informationer og er rigtig svær at søge i. Derfor tager det lang tid at finde frem til netop dén instruks, man skal bruge, hvilket er voldsomt uheldigt, når man befinder sig på en akutafdeling.

Ved hjælp af QR-koder kan man nu bipse sig direkte ind til den relevante instruks og betjeningsvejledning i D4-databasen. Man springer simpelthen den omstændelige søgning over, når man benytter QR-koderne.

Det nye system giver hurtigere adgang til netop dén instruks, som personalet har brug for. Det betyder, at de sundhedsfagliges ressourcer bliver anvendt på en langt mere hensigtsmæssig måde, og at patienten får hurtigere behandling. Ønskerne for næste skridt er at erstatte instrukserne med video, så man hurtigere forstår instruksen, fordi den er visuel frem for tekstbaseret.

*Lone Stagsted Sillesen, innovationskonsulent, Region Sjælland
Poul Mossin, ledende oversygeplejerske, Køge Sygehus akutafdeling*

29. VIDEOMØDER SPARER TID

På Socialområdet holder institutionerne statusmøder med de kommunale sagsbehandlere én gang om året. På en række institutioner, men især de landsdels og landsdækkende tilbud, kommer beboerne langvejs fra. Et statusmøde mellem en institution i Region Sjælland og fx en sagsbehandler i Aalborg kunne tidligere betyde en hel dagsrejse, selvom mødet i sig selv kun varede i en time.

Nu har videokonferencer afløst mange af de fysiske møder, men formen er den samme. Alle kan se hinanden via en skærm, så dialogen mellem mødedeltagerne kan foregå som hidtil. Relevante dokumenter, som fx beboerens handleplan, kan ses af alle parter på skærmen, og justeringer af handleplanen kan foretages undervejs, så alle involverede kan se rettelserne eller det nye, der bliver formuleret.

Videokonferencerne sparer personalet for mange timers transporttid, som i stedet kan bruges på at være sammen med beboerne. Desuden kan handleplanen blive opdateret – og til dels godkendt – på selve videokonferencen, så det kun handler om en efterfølgende finpudsning af handleplanen før den endelige godkendelse.

Pia Bille, souschef for Socialområdet, Region Sjælland

30. VIGTIG REGISTRERING SKER PÅ STEDET

På Frederikshavn Sygehus oplevede ergo- og fysioterapeuter, at de lavede dobbeltarbejde. Det skete, når den terapeut, der sidst havde haft med patienten at gøre, ikke havde registreret i patientjournalen, hvortil de var nået i behandlingen. Den manglende dokumentation skyldtes ofte, at patient-informationerne ganske enkelt blev glemt på vejen fra behandlingsrummet til kontoret.

Problematikken blev løst ved at købe iPads til ergo- og fysioterapeuterne. Nu kan de registrere vigtige informationer på de mobile enheder på stedet, frem for at vente til de når op på kontoret.

Løsningen har vist sig at spare ergo- og fysioterapeuterne for en masse tid og ressourcer. I dag skal de ikke længere gå frem og tilbage mellem behandlingsrummet og kontoret. De risikerer ikke at komme til at lave dobbeltarbejde, fordi deres kollegaer ikke har registreret korrekt og opdateret relevante data. Endelig opleves det, at den mere effektive proces og vidensdeling også spiller positivt ind på patientens træningstid og dermed også behandlingseffekten.

Linda Stampe Greffel, Leanchef i Region Nordjylland

31. PORTØR-APP MED SIDEGEVINSTER

På Aalborg Universitetshospital var det tidligere portørcentralen der rekvirerede og koordinerede portøropgaverne. Processen havde en lang række mellemlid med en indbygget risiko for forsinkelser og misforståelser. Arbejdsgangen var som følger: Først modtog centralen en bestilling, noterede den og tog så kontakt til en portør, der kunne udføre opgaven. Når opgaven var fuldført, ringede portøren selv tilbage til centralen for at modtage en ny opgave.

I 2013 blev der indført et nyt IT system, som portørerne selv har været med til at udvikle. Systemet har reduceret de unødige arbejdsgange markant. Nu bestiller personalet på sengeafdelingerne portøropgaver via en applikation på deres pc, og opgaverne kan straks ses på portørernes smartphones. Den portør, der er nærmest, tager opgaven. Personalet, der har bestilt opgaven, kan straks se, når den er taget og hvor langt tid der går, inden portøren indfinder sig på afdelingen.

Gevinsterne er mange. Portørerne tilrettelægger selv deres arbejdsgange og kan med hjælp fra app' en yde en langt bedre og mere effektiv service til kolleger og patienter. Portøren kommer hurtigere frem – og har de rigtige ting (kørestol, lift, madras) med. Hvis opgaver aflyses, får portørerne straks besked, og spildtid i den sammenhæng er nu minimeret. Ventetiden på portørerne er væsentligt reduceret, og det gavner patientbehandlingen. Informationsniveauet er optimeret, og patienterne kan nu få klar besked om, hvornår portøren kommer. Videreudviklingen af systemet sættes i drift i efteråret 2014.

Karin Hedegaard, IT- projektleder på Aalborg Universitetshospital



EFTERSKRIFT: BUREAUKRATISKE BARRIERER

I forbindelse med indsamlingen af cases er der gennemført en lang række interviews med regionalt ansatte eller eksterne, der har særlig indsigt i opgaveløsningen på de regionale arbejdspladser. Det drejer sig bl.a. om: Administrative og sundhedsfaglige ledere og medarbejdere (administrationschefer, centerledere, læger, sygeplejersker, portører, lægesekretærer m.fl.), TR/FTR, interne konsulenter inden for HR, Lean, udvikling, innovation og kvalitet, eksterne konsulentfirmaer og forskere inden for sundhedsområdet m.fl. I alt har lidt over 200 personer bidraget med viden i forbindelse med indsamlingen af cases.

Indsamlingen af cases giver en klar indikation af, at der på mange regionale arbejdspladser gøres en stor indsats for at forsøge at tilrettelægge arbejdet på mere hensigtsmæssige måder, skære omveje væk for patienterne og koordinere bedre på tværs.

Parterne har i indsamlingen været meget optagede af at få et indblik i de konkrete barrierer, som arbejdspladserne oplever i arbejdet for at få en bedre anvendelse af ressourcerne. Formålet har været at give idé til handling og samtidig give inspiration til nogle opmærksomhedspunkter, som kan bidrage til afbureaukratisering.

To overordnede barrierer

Barriererne kan opdeles i to overordnede kategorier:

1. **Krav til registrering og dokumentation, procedure-anvisninger, indberetningsregler mv.**, der opleves som besværlige i forhold til en effektiv varetagelse af arbejdsopgaverne. Her gives der udtryk for, at kravene kan give anledning til frustration, fordi omfanget ofte opleves som stort eller uhensigtsmæssigt i den daglige praksis.
2. **Handlemåder eller rutiner**, som engang er blevet etableret af praktiske, faglige eller regelbaserede grunde. Over tid er de blevet til hverdagspraksis (eller kulturpraksis), som "hænger ved", selvom de nu mere er en hindring end en hjælp til effektiv opgaveløsning af høj kvalitet.

Tre gennemgående temaer

Udsagn videregives her i efterskriftet for at give et indtryk af de meninger og holdninger, der er udtrykt på tværs af de mange interviews. Variationen er stor og er alene udtryk for den enkeltes personlige oplevelse. En naturlig følge er, at én person kan udtrykke irritation over en ting, som andre – endda på samme arbejdsplads – ikke oplever, er et problem.

Det kan ikke understreges nok, at det, der gælder på én regional arbejdsplads, bestemt ikke altid gælder for alle andre. Nogle arbejdspladser har fx knapt så gode erfaringer med (dele af) ny teknologi, som masser af andre har gode erfaringer med. Nogen arbejdspladser har gode erfaringer med relationel koordinering, andre finder det svært at koordinere på tværs. Nogen har arbejdet intenst med at optimere patientforløb, andre i mindre grad.

De interviewedes udsagn og pointer kan rummes i tre temaer:

1. Vidensdeling og samarbejde på tværs
2. Faglige vejledninger, målinger, regler og dokumentation
3. Teknologi og logistik

1. Vidensdeling og samarbejde på tværs

En stor del af de interviewede udtrykte, at der er begrænset eller mangelfuldt samarbejde på tværs af fag, specialer og afdelinger. Der opstår unødigt bureaukrati, når kommunikationen og arbejdsfordelingen er uklare. Det skyldes især udfordringer med:

- **Tværfaglighed:** Mange nævner, at personalet ofte har mest fokus på, hvordan de ud fra hver deres egen, helt specifikke, faglighed kan bidrage. Alle vil det bedste for patienten, men helhedsblikket på den enkelte patient slår ikke stærkt nok igennem, fordi der tænkes for snævert og siloopdelt.
- **Et tydeligt fælles sprog:** De mange fagligheder har hver især et særligt fagsprog, som ikke altid korresponderer med den måde, de andre fagligheder taler på. Det har som konsekvens, at sproget er indforstået, og at der lettere opstår misforståelser. Mange nævner, at når der ikke tales samme sprog, har det negative konsekvenser for samarbejdet og relationerne på tværs af de forskellige faggrupper.
- **Vidensdeling:** Mange udtrykker, at der er mangel på vidensdeling, og det nævnes, at det både gælder på tværs af regioner, inden for samme region og på samme sygehus eller afdeling. Det er langt fra altid, at de gode ideer, nye tiltag og måder at arbejde enklere på, spredes fra sted til sted. (vis.dk er dog nævnt som et forum for vidensdeling).

Nogle nævner, at de forskellige fagkulturer også har konsekvenser for registreringerne – der er ikke altid enighed om, hvad der er behov eller ikke behov for at vide.

Mange oplever, at de forskellige faglighedens spidskompetencer ikke udnyttes maksimalt, fordi de overtager patienterne fra hinanden, fremfor at samarbejde helhedsorienteret med patienten.

Nogle omtaler en kultur i sundhedsvæsenet, der altid ønsker evidens og “proof of concept” før man prøver noget nyt. Det giver træghed, når der skal tænkes nyt – fordi der ikke handles, før man har sikker faglig viden.

Mange omtaler intern såvel som eksternt “dårlig kommunikation” som en stor barriere, både mellem de ansatte-ledelsen/kommunen, praktikere-patienterne/borgerne/pårørende og de social- eller sundhedsfaglige imellem. Internt hænger det sammen med monofagligheden og det manglende fælles sprog. Eksternt dækker begrebet over, at en del af de interviewede synes, at sundhedsvæsenet kommunikerer dårligt til omverdenen, især patienterne. Enten får patienterne al for megen information, eller de får al for lidt – eller informationen er uforståelig og for ekspertagtig.

Det skaber misforståelser, spildtid og en oplevelse af dårlig service og kvalitet.

2. Faglige vejledninger, målinger, regler og dokumentation

Flere af de interviewede peger på udfordringerne med de mange vejledninger, målinger og dokumentation.

Omfattende og for ambitiøst. Der findes et hav af faglige vejledninger. Det er et omfattende materiale at skulle orientere sig i og holde styr på. Desuden har mange afdelinger brugt tid på at opdatere og tilpasse vejledningerne til specifikke, lokale forhold.

Der er flere, der taler om, at der er meget bureaukrati forbundet med den danske kvalitetsmodel. Konkret opleves det som bureaukratisk at skulle dokumentere kvalitet i relation til hver af de 471 indikatorer i den danske kvalitetsmodel.

Der bruges en stor del af arbejdsdagen på at registrere, dokumentere og måle på forskellige kvalitetsmål. Det bliver nævnt, at omfanget i dag overstiger et fornuftigt leje, og at der hellere skal bruges tid på vigtige målinger fremfor en kæmpe stor bredde af målinger ift. patienterne.

Dobbeltregistreringer. Det samme skema skal udfyldes hver gang, en patient indlægges. Det er tidskrævende at skulle starte forfra hver gang og irriterende for patienten, der skal igennem de samme spørgsmål igen og igen.

Det oplyses, at indberetningen af data ikke er integreret med den elektroniske patientjournal, så der udføres dobbeltarbejde.

Mening med registreringerne. Det kan virke stærkt irriterende for de ansatte, når målinger ikke synes at have nogen mening – “vi laver målinger ud i den blå luft” (det er fx nævnt, at der skal screenes for tryksår, selvom den pågældende patient efter al sygeplejefaglig sund fornuft slet ikke er i farezonen for netop dét).

Bedre sammenhæng mellem målingerne og registre. Der nævnes, at der er behov for en bedre sammenhæng i kvalitetsmålingerne, da der ikke altid er sammenhæng i de krav, der er til forskellige kvalitetsmålinger.

Der peges på, at der er en vis grad af overlap mellem forskellige sundhedsregistre.

Forskellig praksis. Der kan være forskellig praksis ude på de enkelte afdelinger med, hvordan man registrerer, og hvor man skriver de enkelte informationer. Det gør datagrundlaget inkonsistent, og der skal tit fejlrettes.

Stive regelsæt. Regler, der umiddelbart ikke giver mening, og som nu er bragt til ophør. Fx når der tidligere kun måtte hentes én blodpose ad gangen i blodbanken. Eller når der hvert år skulle afleveres hele to forskellige regnskaber fra de 16 sygehusapoteker til Lægemiddelstyrelsen.

3. Teknologi og logistik

Mange af de interviewede udtrykker, at det som sådan ikke er registrering og dokumentation, der i sig selv er besværlig. Det er i højere grad måden man registrerer på, der er besværlig. Fx fordi systemerne er langsomme, eller fordi der er mange af dem.

Eksempel: På en afdeling på et stort hospital skal de både have lægenotat- og sygeplejernetatdokumentet åbent på samme tid. I den ene skal de scrolle med musen – i den anden skal de “hive” i dokumentet med en “hånd”. Det opleves som meget besværligt.

Herudover udtrykkes der udfordringer med:

Af få systemerne til at “tale sammen”. Nogle informanter bemærker, at de fem regioners forskellige elektroniske patientjournaler ikke har kunnet “tale sammen” over regionsgrænserne (barrieren er til dels af historisk karakter og stammer fra før den nationale patientjournal vandt så stor udbredelse, som den har i dag).

Træning og implementering. Enkelte udtrykker, at det skaber barrierer, når personale-oplæringen ikke følger med implementeringen af nye systemer og teknik (de, der skal betjene grejet er dermed ikke fuldbefarne brugere, men usikre nybegyndere).

Basal logistik. Fx hvem er ankommet/ikke-ankommet til venteværelset? Portører, der har ledige hænder, når de bevæger sig rundt på sygehusets store arealer. Der er også nævnt et eksempel på dårlig organisering af de skemaer, der skal udfyldes, så man skal løbe rundt og lede efter dem på forskellige afsnit og nye medarbejdere har ekstra svært ved at hitte ud af systemet.

Koordinering mellem forskellige undersøgelser. For lange ventetider på udredningsforløb, hvor der er forskellige undersøgelser, der ikke er godt koordinerede.

HVAD SKAL DER TIL FOR AT AFBUREAUKRATISERING LYKKES?

Indsamlingen af cases har givet viden om, hvad der haft betydning for, at afbureaukratiseringen er lykkedes på de regionale arbejdspladser. Konklusionen er, at afbureaukratisering ikke kommer af sig selv. Der er særligt tre fællesnævner for de mange cases.

Nogen på arbejdspladsen har sat sig for bordenden og taget tæten

I stort set alle cases er der én eller flere personer, som har haft innovations- eller udviklingskasketten på. Innovation kræver, at nogen har tid til at hæve blikket fra hverdagen og har modet eller lederskabet til at sætte fingrene på det ømme punkt. Det kræver dedikation, engagement og gå-på-mod fra de personer, der gør det, for det er ofte lettere at få øje på udfordringerne end på løsningerne.

Fremmede øjne ser ting på nye måder

Mange er opmærksomme på de sundhedsfaglige "blinde pletter", der forhindrer nytænkning, og behovet for at få et udefra kommende perspektiv anerkendes bredt, når arbejdsgange mv. skal gennemgås. Der sker mange forandringer på baggrund af samarbejdet med fx innovationskonsulenter, antropologer, forældre til indlagte børn, kvalitetskonsulenter og andre, der kan vende tingene på hovedet og stille de nysgerrige spørgsmål, der fremmer en mere hensigtsmæssig praksis.

Ledelsens opbakning er afgørende

Mange har udtrykt, at opbakning fra deres ledelse har været afgørende for, at deres projekt eller idé nåede frem til implementeringsfasen. I al organisationsudvikling spiller ledelsen en stor rolle, og i sundhedsvæsenet oplever nogle stadig, at ledelsen er "konservativ" i sin tankegang, og at ledelsesstilen er hierarkisk og gammeldags.



Udgiver: Udviklingspolitisk Forum
Udarbejdet af: ENKONFERENCE
Research og tilrettelæggelse: ENKONFERENCE
Grafik: prik.dk
Tryk: Sundhedskartellet

Caseindsamlingen er foregået fra januar-marts 2014.

Udgivet: September 2014

Udviklingspolitisk Forum er aftalt ved OK11 mellem Danske Regioner, KTO (herunder AC og FOA) samt Sundhedskartellet. Udviklingspolitisk Forum er et forum for dialog og udvikling mellem parterne på det personalepolitiske område.