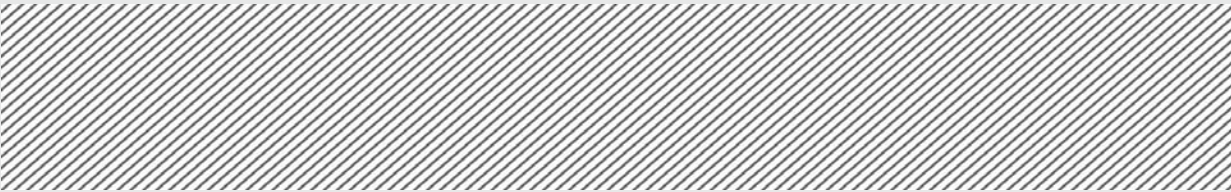

Når nationale indikatorer bliver lokale

Lærerige erfaringer fra det Nationale Indikatorprojekt på sundhedsområdet



KREVI.

Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) på sundhedsområdet er et centralt, dansk eksempel på et præstationsmålingssystem, der benchmarker offentlige institutioner på den faglige kvalitet. Med stigende fokus på dokumentation og evaluering af indsats og resultater fæstes der flere steder lid til, at sådanne systemer kan spille en afgørende rolle i kvalitetsudviklingen af den offentlige sektor.

Formålet med dette projekt er at undersøge, hvordan NIP er blevet integreret, og hvilke virkninger det har haft på udvalgte sygehusafdelinger.

Undersøgelsen viser, hvordan et gennemtænkt præstationsmålingssystem kan medvirke til kvalitetsudvikling, uden at det medfører nogle af de negative bivirkninger, som ofte beskrives i litteraturen. Undersøgelsen viser dog også, at selvom et veldesignet system er vigtigt, er det ikke nok i sig selv. De organisationer, som systemet retter sig mod, skal også være parate til at tage systemet til sig.

Det er vores forhåbning, at rapportens resultater både kan anvendes på sundhedsområdet i det videre arbejde med NIP, men også at resultaterne kan inspirere arbejdet med præstationsmålinger på andre områder. KREVI's interesse i præstationsmålingssystemer og deres betydning videreføres i Søren Rud Kristensens ph.d.-undersøgelse "Performance Budgeting: Incentives and effects", som gennemføres i samarbejde med Syd Dansk Universitet.

KREVI vil gerne sige tak til interviewpersonerne og i særdeleshed til de involverede sygehusafdelinger for stort engagement i undersøgelsen.

Undersøgelsen er gennemført af specialkonsulent Stinne Højer Mathiasen, konsulent Katrine Nøhr, specialkonsulent Hanne Søndergård Pedersen, konsulent Lise Hedegaard Rasmussen samt Ph.d. studerende Jørgen Tietze fra Information og Medievidenskab, Aarhus Universitet.

Projektets følgegruppe har bestået af Paul Bartels og Birgitte Randrup Krog fra NIP-sekretariatet, Kirsten Bregm, RUC samt Maria Altschuler fra Danske Regioner. Vi vil gerne takke følgegruppen for konstruktive bidrag til undersøgelsen. Derudover har vi haft gode drøftelser med Claus Bossen fra Informations- og Medievidenskab, Aarhus Universitet. KREVI har dog alene ansvaret for rapporten.

KREVI, juni 2010
Torben Buse
Direktør

KREVI.

Olof Palmes Allé 19
8200 Århus N
www.krevi.dk
post@krevi.dk

T: 7226 9970

ISBN 978-87-922589-55-7 (elektronisk version)

Grafisk design: Designit

INDHOLDSFORTEGNELSE

RESUMÉ	6
1 BAGGRUND OG FORMÅL	8
1.1 BAGGRUND.....	8
1.2 FORMÅL.....	9
1.3 METODE	9
1.3.1 Undersøgelsens cases.....	9
1.3.2 Dataindsamling og -analyse.....	10
1.4 LÆSEVEJLEDNING	11
2 NIP OG PRÆSTATIONSMÅLINGER	12
2.1 HVAD ER NIP?	12
2.1.1 Organiseringen af NIP.....	13
2.1.2 Hvordan fungerer NIP?	14
2.2 PRÆSTATIONSMÅLINGER.....	17
3 ADOPTION ELLER AFVISNING?	19
3.1 KVALITETSUDVIKLING.....	19
3.1.1 Klinik for Skizofreni i Esbjerg.....	20
3.1.2 Geriatrik og ortopædkirurgisk afdeling i Århus	21
3.1.3 Ortopædkirurgisk afdeling i Randers.....	22
3.1.4 Almen psykiatrisk afdeling, Augustenborg.....	22
3.2 HVORDAN SKABES KVALITETSUDVIKLING?	23
3.2.1 Evidensen opleves som relevant	23
3.2.2 Retvisende registreringspraksis	25
3.2.3 Aktiv brug.....	28
3.2.4 Sammenfatning.....	29
3.3 LIGEVÆRDIG DIALOG MELLE M FAGPERSONER OG BESLUTNINGSTAGERE	29
3.4 ANERKENDELSE AF FAGGRUPPER OG STØRRE FOKUS PÅ SYGDOMSOMRÅDET	30
3.5 MÅLFORSKYDNING	31
3.6 NIP-SYSTEMETS DESIGN	31
3.6.1 Målingernes gyldighed	31
3.6.2 Regionale audits.....	32
3.7 ADOPTION ELLER AFVISNING?	32
4 LITTERATUR	35
5 BILAG 1A: KLINIK FOR SKIZOFRENI, ESBJERG - CASEBESKRIVELSE	37
5.1 FAKTA	37
5.1.1 Klinik for Skizofreni.....	38
5.2 HVORDAN ARBEJDES DER MED NIP PÅ AFDELINGEN?	39
5.2.1 Registrering.....	39

5.2.2 Feedback.....	39
5.3 EKSTERNT PRES?	41
5.4 HVORDAN OPFATTES NIP PÅ AFDELINGEN?	41
5.5 HVILKE VIRKNINGER HAR NIP HAFT?.....	42
5.5.1 Virkninger på afdelingen.....	42
5.5.2 Virkninger for afdelingsledelsen?.....	43
6 BILAG 1B: ORTOPÆDKIRURGISK AFDELING, RANDERS - CASEBESKRIVELSE.....	44
6.1 FAKTA.....	44
6.1.1 Afdelingen	45
6.2 HVORDAN ARBEJDES DER MED NIP PÅ AFDELINGEN?	45
6.2.1 Registrering.....	45
6.2.2 Feedback.....	46
6.3 EKSTERNT PRES?	47
6.4 HVORDAN OPFATTES NIP PÅ AFDELINGEN?	48
6.5 HVILKE VIRKNINGER HAR NIP HAFT?.....	49
6.5.1 Virkninger på afdelingen.....	49
6.5.2 Virkninger for afdelingsledelsen	50
7 BILAG 1C: ALMEN PSYKIATRISK AFDELING, AUGUSTENBORG - CASEBESKRIVELSE	51
7.1 FAKTA.....	51
7.1.1 Sengeafsnittet, APA Augustenborg.....	52
7.2 HVORDAN ARBEJDES DER MED NIP PÅ AFDELINGEN?	52
7.2.1 Registrering.....	52
7.2.2 Feedback.....	53
7.3 EKSTERNT PRES?	54
7.4 HVORDAN OPFATTES NIP PÅ AFDELINGEN?	54
7.5 HVILKE VIRKNINGER HAR NIP HAFT?.....	55
7.5.1 På afdelingen?	55
7.5.2 Virkninger for afdelingsledelsen	56
8 BILAG 1D: GERIATRISK OG ORTOPÆDKIRURGISK AFDELING, ÅRHUS - CASEBESKRIVELSE	57
8.1 FAKTA.....	57
8.1.1 Afdelingerne.....	59
8.2 HVORDAN ARBEJDES DER MED NIP PÅ AFDELINGERNE?	60
8.2.1 Registrering.....	60
8.2.2 Feedback.....	61
8.3 EKSTERNT PRES?	63
8.4 HVORDAN OPFATTES NIP PÅ AFDELINGERNE?	63
8.5 HVILKE VIRKNINGER HAR NIP HAFT?.....	64
8.5.1 Virkninger på afdelingerne.....	64
9 BILAG 2: OVERSIGT OVER INTERVIEWPERSONER OG DATA-INDSAMLINGEN.....	65
10 BILAG 3: FORANDRINGSMODEL.....	67

11 BILAG 4: BESKRIVELSE AF SKIZOFRENI OG HOFTEBRUD	68
12 BILAG 5: BESKRIVELSE AF REGION MIDT OG REGION SYDDANMARK.....	70



RESUMÉ

Præstationsmålingssystemet "Det Nationale Indikatorprojekt" (NIP) har siden 2004 været i drift på sundhedsområdet. Det anvendes i dag på otte sygdomsområder, herunder skizofreni og hoftebrud, som har været genstand for denne undersøgelse. NIP er et nationalt præstationsmålingssystem baseret på fælles kvalitetsstandarder, sammenlignelige indikatorer og standardiserede anvendelsesprocedurer. De ekspliciterede formål er at:

- støtte kontinuerlig sundhedsfaglig kvalitetsudvikling
- befordre ligeværdig dialog mellem fagpersoner og beslutningstagere i sundhedsvæsenet
- øge gennemsigeligheden af de sundhedsfaglige ydelser for borgerne.

KREVI's undersøgelse er den første eksterne evaluering af, hvordan NIP-systemet virker i praksis. Den baserer sig på fire casestudier:

- Klinik for Skizofreni i Esbjerg
- Ortopædkirurgisk afdeling i Randers
- Almen psykiatrisk afdeling i Augustenborg
- Geriatrisk og ortopædkirurgisk afdeling i Århus.

Undersøgelsen viser, at NIP har haft klare positive effekter i to af de fire cases. Disse effekter er først og fremmest relateret til faglig kvalitetsudvikling. Samtidig har NIP generelt bidraget til anerkendelse af sygdomsområderne skizofreni og hoftebrud i offentligheden samt bidraget til en ligeværdig dialog mellem fagpersoner og beslutningstagere. I en enkelt case har NIP medvirket til øget anerkendelse af faggrupper.

Et andet vigtigt resultat er, at interviewpersonerne kun i meget begrænset omfang giver udtryk for, at de oplever utilsigtede negative bivirkninger af NIP. Det er bl.a. interessant, fordi frygten for og beskrivelsen af denne type virkninger fylder meget i den eksisterende litteratur om præstationsindikatorer.

Der kan være flere forklaringer på, at undersøgelsen kun finder meget begrænsede negative bivirkninger. NIP-systemets design er sandsynligvis en vigtig forklaringsfaktor. Herunder skal det ikke mindst fremhæves, at indikatorerne udvikles løbende af fagfæller i en bottom up proces, og at indikatorerne er vidensbaserede. Det er tilsyneladende ikke nødvendigt, at der er tale om evidens A, det vil sige viden baseret på randomiserede kontrollerede forsøg, for at indikatorerne accepteres. Andre og blødere evidensformer, såsom faglige ekspertvurderinger mm., kan være tilstrækkelige.

De regionale audits, hvor fagfæller kontinuerligt mødes om målingsresultaterne spiller også en rolle. Audits giver anledning til en positiv form for konkurrence (selvjustits) og kvalificering og legitimering af tallene og NIP-systemet.

Endelig kan fraværet af negative bivirkninger også skyldes, at stærke faglige normer og standarder på sygehusområdet modvirker målforskydning. Samtidig er der ikke knyttet stærke sanktioner til NIP-systemet, hvilket kan understøtte, at der ikke opstår negative bivirkninger.

Undersøgelsen viser imidlertid også, at NIP ikke giver kvalitetsudvikling i alle tilfælde. I to af de fire cases *adopterer* NIP – dvs. at NIP indgår som en naturlig del af afdelingens kvalitets-

arbejde. Men i to andre cases *afvises* NIP. Dvs. at NIP i højere grad afkobles fra afdelingernes øvrige virke, og NIP giver ikke anledning til kvalitetsudvikling i særligt stort omfang.

Undersøgelsen peger på, at årsagen til denne forskel skal findes i de enkelte organisationer. Lokal ledelsesmæssig forankring er således helt central, for at der kan ske en adoption. Dertil kommer, at indikatorerne skal dække behandlingselementer, som man finder centrale på den konkrete afdeling. Det er ikke nok, at indikatorerne er baseret på evidens og udviklet af fagfolk. De skal give mening på afdelingen. Holdningen til dokumentation på afdelingen samt afdelingens faglige normer er væsentlige i denne sammenhæng. Undersøgelsen viser, at både de faglige normer og holdningen til dokumentation kan variere – også inden for det samme fagfelt.

En retvisende registreringspraksis er en forudsætning for, at de data, der kommer fra NIP, kan bruges aktivt i kvalitetsarbejdet. Både etableringen af registreringspraksis og den aktive brug af måleresultaterne er ressourcekrævende. Blandt andet derfor er den lokale ledelses engagement vigtig.

Et eksternt pres på organisationen fra politikerne og/eller forvaltningen kan også medvirke til, at der etableres en retvisende registreringspraksis, og at der sker en kvalitetsudvikling. Det vil ikke nødvendigvis lede til en adoption af NIP, men kan trække i den retning.

I tilknytning hertil har undersøgelsen identificeret nogle konkrete faktorer, som man kan scanne for og arbejde aktivt med, hvis man ønsker at fremme en adoptionsproces frem for en afvisningsproces:

- Lokalt ledelsesfokus i den udførende organisation, dvs. på afdelingsniveau
- Eksternt pres i form af administrativt og politisk opmærksomhed
- De faglige normer
- Holdningen til dokumentation
- Relevans for den konkrete afdeling
- Registreringspraksis
- Formidling og anvendelse.

Litteraturen og debatten om præstationsmålinger omhandler hovedsagelig den virkning, som præstationsmålingssystemer vil have på kvaliteten i en given organisation. Nogle mener, at præstationsmålingssystemer er en effektiv vej til kvalitetsudvikling. Andre mener, at der er store omkostninger i form af utilsigtede, u hensigtsmæssige bivirkninger. I debatten er der en tydelig tendens til generalisering, idet præstationsmålingssystemer behandles under ét, ligesom der ikke tages hensyn til den variation, der præger organisationer. Denne undersøgelse peger på, at virkningerne af præstationsmålingssystemer må undersøges i deres organisatoriske kontekst.

1 BAGGRUND OG FORMÅL

1.1 Baggrund

I 1999 blev det besluttet at etablere det Nationale Indikatorprojekt (NIP) på sygehusområdet i Danmark. NIP er et nationalt præstationsmålingssystem baseret på fælles kvalitetsstandarder, sammenlignelige præstationsindikatorer og standardiserede anvendelsesprocedurer. Den bærende idé i NIP er, at den faglige kvalitet kan måles gennem en række evidensbaserede indikatorer, der samtidig kan betragtes som kvalitetsstandarder, som sygehusafdelingerne bør opfylde.

Formålet med NIP er tredelt. For det første skal systemet støtte den sundhedsfaglige kvalitetsudvikling. For det andet skal det tilvejebringe et vidensgrundlag for dialog mellem fagpersoner og beslutningstagere. Endelig skal systemet øge gennemskueligheden af de sundhedsfaglige ydelser for borgerne. NIP dækker i dag otte sygdomsområder, men flere områder kommer til inden længe.

NIP er et centralt, dansk eksempel på et præstationsmålingssystem. Med stigende fokus på dokumentation og evaluering af indsats og resultater fæstes der flere steder lid til, at sådanne systemer kan spille en afgørende rolle i kvalitetsudviklingen af den offentlige sektor.

På sundhedsområdet har man længe søgt at styre og udvikle kvaliteten ved hjælp af præstationsmålingssystemer som NIP og de Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser (LUP). Og nye systemer kommer stadig til på sygehusene, senest i form af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM).

På de kommunale velfærdsområder har man gjort sig færre erfaringer, men præstationsmåling som styringsredskab vinder også frem her. For eksempel er man netop nu ved at etablere de nationale "FLIS"-indikatorer, der skal føre til kommunal benchmarking. På socialområdet er det Sociale Indikator Projekt (SIP) blevet etableret og nationale brugertilfredshedsundersøgelser er også undervejs i kommunerne.

Den internationale forskningslitteratur gør det imidlertid vanskeligt at vurdere, om forhåbningerne til præstationsmåling er realistiske. For en stor dels vedkommende er litteraturen præget af diskussioner om fordele og ulemper ved præstationsmålinger. Fra én side fremføres, at præstationsmålingssystemer har uensigtsmæssige, utilsigtede konsekvenser, mens andre peger på, at disse problemer i nogen grad kan undgås, hvis blot systemerne designes "rigtigt", og brugerne lærer at anvende dem korrekt.¹ Begrænsningen i denne debat er, at det i vid udstrækning overses, hvad der kræves af såvel et givent præstationsmålingssystem som den organisation, det indgår i, for at systemet får de ønskede virkninger.²

Det konstante fokus på sundhedsvæsenets kvalitet og mere generelt forhåbningerne til præstationsmålingernes kvalitetsfremmende virkninger gør en evaluering af NIP relevant. Forhåbningen er, at den foreliggende rapport både kan medvirke til en bedre forståelse af NIP og af anvendelsen af præstationsmålingssystemer generelt.

Projektet er gennemført i perioden 2008-2010.

¹ Bl.a. Bernstein 1999: 86 versus Perrin 1999: 106

² Se dog Mayne 2007

1.2 Formål

Formålet med dette projekt er at undersøge følgende:

- Hvilke resultater/virkninger har NIP haft på de forskellige afdelinger?
- Hvordan er NIP integreret på udvalgte sygehusafdelinger?
- Hvorfor er der forskel på, hvordan NIP er blevet integreret på afdelingerne?
- Hvordan skabes der grundlag for, at NIP i højere grad kan skabe kvalitetsudvikling i overensstemmelse med NIP-systemets kvalitetsstandarder?

Undersøgelsen viser bl.a., hvordan NIP modtages og virker på vidt forskellige måder på de forskellige sygehusafdelinger. I rapporten beskrives integrationen ud fra en skala, hvor *afvisning* af præstationsmålingssystemet placerer sig i den ene ekstrem og *adoption* af systemet i den anden.³ Ligeledes viser undersøgelsen, hvordan NIP har medvirket til kvalitetsudvikling (i forhold til NIPs standarder), en mere ligeværdig dialog mellem faggrupper og beslutningstagere, og at systemet kan være med til at øge anerkendelsen af fagområder og fagpersoner. På den anden side er der også eksempler på, at NIP ikke har ført til den ønskede udvikling, men nærmere til frustration på afdelingen.

Rapportens resultater kan anvendes på sundhedsområdet i det videre arbejde med NIP, men resultaterne kan også inspirere arbejdet med præstationsmålinger på andre områder såsom de kommunale velfærdsområder.

1.3 Metode

Undersøgelsen er baseret på kvalitative casestudier. Med inspiration fra responsiv⁴ evaluering og Grounded Theory er der anvendt en induktiv tilgang, hvor resultater er blevet genereret ud fra iagttagelser i det empiriske felt.⁵ Der ligger endvidere en grundig gennemgang af litteraturen om NIP og præstationsmålinger generelt til grund for undersøgelsen. Dette har resulteret i en form for programteori, der har kvalificeret casestudierne (se bilag 3).⁶

Der er udvalgt fire forskellige sygehusafdelinger, hvor medarbejdere og ledelse er blevet interviewet om deres brug af NIP. Interviewene er blevet suppleret med dokumentstudier og observationer.

1.3.1 Undersøgelsens cases

Der indgår fire cases i undersøgelsen:

Klinik for Skizofreni i Esbjerg
Ortopædkirurgisk afdeling i Randers
Almen psykiatrisk afdeling i Augustenborg
Geriatrisk og ortopædkirurgisk afdeling i Århus.

To cases (Esbjerg og Randers) er blevet undersøgt ud fra en forholdsvis åben tilgang. Resultaterne herfra har dannet grundlag for en mere fokuseret undersøgelse af de to øvrige cases (Augustenborg og Århus) og dermed en mere dybdegående forståelse af de forhold, som dukkede op i de første caseundersøgelser.

³ Afvisning og adoption er tydeligt inspireret af Powers begreber om afkobling og kolonisering (Power 1996). Især sidstnævnte har en række negative konnotationer, som vi ikke har fundet belæg for i undersøgelsen.

⁴ Hanne Kathrine Krogstrup 2006

⁵ Strauss & Corbin 1990; se også Charmaz 2006

⁶ Dahler-Larsen 2003; se også Chen 1990, Pawson & Tilley 1997

I tråd med den kvalitative metodetradition er casene først og fremmest udvalgt ud fra et variationskriterium. Ved at vælge varierede cases bliver det muligt at se, hvordan et fænomen tager sig ud og formes alt efter den kontekst, som det optræder i.

De valgte cases varierer på følgende måde:

Variation i sygdomsområder: skizofreni og hoftebrud

I undersøgelsen ser vi på afdelinger, der behandler skizofreni og hoftebrud. Sygdomsområderne er valgt, fordi de varierer i forhold til kompleksitet og varighed af behandling samt sygdomstype: somatisk eller psykiatrisk. Sygdomsområderne beskrives nærmere i bilag 4.

Variation i NIP-scoren: høj og lav score

Der er valgt afdelinger, som har hhv. høj og lav NIP-score, fordi denne score kan være en indikator for, i hvilken udstrækning NIP er integreret på afdelingen.⁷

Variation i regionalt tilhørsforhold: Region Midt og Region Syddanmark

Casene er udvalgt, så de repræsenterer to regioner: Region Midt og Region Syddanmark. Antagelsen har været, at afdelingernes regionale placering kan have haft indflydelse på integrationen af NIP, fordi systemet kan have forskellig opmærksomhed i forskellige regioner. Organiseringen af sundhedsområdet i de to regioner beskrives kortfattet i bilag 5.

I tabellen nedenfor vises de fire cases i forhold til udvælgelseskriterierne:

Tabel 1: Oversigt over undersøgelsens fire cases.

	Høj NIP-score	Lav NIP-score
Skizofreni Region Syddanmark	Case 1: Klinik for Skizofreni, Esbjerg	Case 2: Almen psykiatrisk afdeling, Augustenborg
Hoftebrud Region Midt	Case 3: Ortopædkirurgisk og geriatrisk afdeling, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus	Case 4: Ortopædkirurgisk afdeling, Regionshospitalet Randers*

*Randers har fra 2009 opnået fuld opfyldelse af NIPs standarder, og kan således ikke længere siges at score lavt. Afdelingen har imidlertid tidligere ligget lavt.

1.3.2 Dataindsamling og -analyse

Casestudierne er blevet udført ved hjælp af forskellige dataindsamlingsmetoder. Indsamlingen af data er primært foregået ved hjælp af semistrukturerede interviews, men der er også anvendt dokumentstudier og på Klinik for Skizofreni i Esbjerg er der desuden anvendt observationsstudier. Derudover baserer undersøgelsen sig på dokumenter og kvantitative data fra NIP.

⁷ Der er knyttet en række problemer til at udvælge cases på baggrund af NIP-score. Det kan være vanskeligt at udvælge cases på baggrund af de offentliggjorte tabeller, idet der ikke er et samlet tal for hver afdeling. Samtidig er det ikke entydigt, hvordan indikatorerne skal vægtes: Er det god præstation at ligge over lands- eller regionsgennemsnit på størstedelen af indikatorerne? Er det god præstation at opfylde standarden for det største antal indikatorer? Nogle af indikatorernes standarder kan være vanskeligere at opfylde end andre. Vi har udvalgt cases på baggrund af antallet af opfyldte standarder.

Der er interviewet i alt 48 personer i undersøgelsen. Interviewpersonerne fra afdelingerne har været læger, sygeplejersker og andet plejepersonale samt lægesekretærer. Derudover er forskellige repræsentanter fra det regionale niveau samt medlemmer af indikatorgrupper også blevet inddraget. Se bilag 2 for en oversigt over interviewpersoner samt en nærmere gennemgang af dataindsamling og -analyse.

1.4 Læsevejledning

Kapitel 2 beskriver først de eksplicite formål med NIP og NIP-systemets organisering og processer. Dernæst beskrives de typiske formål med præstationsmålinger, og hvilke udfordringer der ifølge forskningslitteraturen skal håndteres.

Kapitel 3 indeholder undersøgelsens analyse. Det vises, hvordan NIP har forskellige resultater i de forskellige cases, og til sidst karakteriseres virkningerne i de fire cases ud fra begreberne adoption og afvisning.

I *kapitel 4* konkluderes der på undersøgelsens resultater. Dernæst perspektiveres undersøgelsen kort.

Bilag 1a-d indeholder beskrivelser af de fire cases.

Bilag 2 indeholder oversigt over interviewpersoner samt en nærmere beskrivelse af dataindsamlingen.

Bilag 3 indeholder en grafisk fremstilling af den programteori, der har kvalificeret undersøgelsens casestudier.

Bilag 4 beskriver undersøgelsens to sygdomsområder: skizofreni og hoftebrud

Bilag 5 indeholder en kortfattet beskrivelse af organiseringen af sundhedsområdet i henholdsvis Region Midt og Region Syddanmark.

2 NIP OG PRÆSTATIONSMÅLINGER

I dette afsnit ser vi først nærmere på NIP. Vi redegør for baggrunden og formålet, og vi gennemgår organiseringen, og hovedaktiviteterne i NIP-systemet. Dernæst ser vi på præstationsmålingsbegrebet. Hvad er præstationsmålinger, hvorfor bliver de brugt, og hvad kan problemerne med anvendelsen af målingerne være?

Afsnittet bygger på undersøgelsens litteraturstudie. Udover at gennemgå centrale begreber, giver dette afsnit også et indblik i, hvilken forforståelse vi har haft i undersøgelsen. Forforståelsen er grafisk beskrevet i programteorien i bilag 3.

2.1 Hvad er NIP?

Det Nationale Indikatorprojekt til måling og forbedring af de sundhedsfaglige kerneydelser (NIP) er et samarbejdsprojekt mellem regionerne i Danmark, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og en række faglige og videnskabelige selskaber. Projektet finansieres af de fem regioner, der i 2010 samlet set bidrager med knap 7 mio. kr.⁸ De enkelte sygehusafdelinger får ikke tildelt ekstra midler i forbindelse med NIP.

Der blev truffet beslutning om etablering af NIP i 1999, og projektet startede i september 2000.⁹ NIP beskæftiger sig udelukkende med den faglige kvalitet – ikke med den brugeroplevede eller organisatoriske kvalitet.

Baggrunden for NIP skal findes i sundhedsområdets lange tradition for at udvikle og sikre kvalitet på baggrund af dokumentation og i det forhold, at dokumentation i stigende grad er blevet et politisk krav.

I 1993 blev der i Danmark formuleret en "National strategi for kvalitet i sundhedsvæsenet."¹⁰ Her blev der formuleret et ønske om en mere systematisk fortløbende udvikling og dokumentation af de sundhedsfaglige kerneydelsers kvalitet. De sundhedsfaglige kerneydelser skulle forstås som forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering. Denne tankegang blev fulgt op i Århus Amt gennem udviklingen af "Århus-modellen"¹¹, som blev en væsentlig del af Klaringsrapporten, som er grundlaget for NIP.¹²

Formålet med NIP er, at

- støtte kontinuerlig sundhedsfaglig kvalitetsudvikling
- befordre ligeværdig dialog mellem fagpersoner og beslutningstagere i sundhedsvæsenet
- øge gennemsækeligheden af de sundhedsfaglige ydelser for borgerne.¹³

Deltagelse i projektet er obligatorisk for alle offentlige sygehuse, som udbyder sundhedsfaglige kerneydelser indenfor de udvalgte sygdomsområder. Sygdomsområderne fremgår af *Tabel 2*.

⁸ Danske Regioner 2009.

⁹ NIP Nyt. Nyhedsbrev nr. 1, september 2001

¹⁰ Sundhedsstyrelsen 1993

¹¹ Bruhn et al. 1998

¹² Kjærgaard et al. 1999

¹³ NIP-håndbogen, NIP-sekretariatet 2007: 3-5

Når nationale indikatorer bliver lokale . juni 2010 . www.krevi.dk

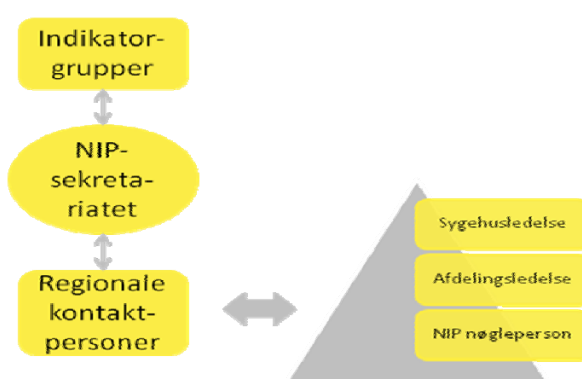
Tabel 2: Oversigt over NIPs sygdomsområder

Sygdomsområde	Opstartsår
Akut mave-tarm kirurgi	2003
Apopleksi	2003
Hjerte insufficiens	2003
Hofte nære frakturer	2003
Skizofreni	2003
Lungecancer	2003
Diabetes	2005
KOL	2006

*NIP udvides med fødsler og depression i løbet af 2010.

2.1.1 Organiseringen af NIP

Figur 1: Organisering af NIP



NIP er organiseret med *NIP-sekretariatet* som knudepunkt. NIP-sekretariatet varetager den overordnede planlægning og gennemførelse af aktiviteter i forbindelse med alle NIPs dele: udvikling, implementering, audits og offentliggørelse. Sekretariatet har i den forbindelse også sekretariatsfunktionen for indikatorgrupperne i NIP. NIP-sekretariatet er som nævnt finansieret af regionerne i foreningen, og sekretariatets styregruppe udgøres af de regionale sundhedsdirektører. Sekretariatet er fysisk placeret i tilknytning til Region Midt i Århus.

Definition og revision af de indikatorer, der anvendes til NIP-målingerne, sker i tværfaglige *indikatorgrupper* med deltagelse af relevante fremtrædende fagpersoner indenfor det pågældende sygdomsområde. Deltagerne er udpeget af de videnskabelige selskaber i samarbejde med NIP-sekretariatet.

Hver region udpeger en eller flere *regionale kontaktpersoner*, som blandt andet varetager en generel formidlings-, koordinerings- og vejledningsfunktion mellem NIP-sekretariatet og afdelingerne – herunder formidler kritik og kommentarer til projektet fra afdelinger og regioner.

Alle afdelinger, der indberetter til NIP, skal udpege en eller flere *NIP-nøglepersoner*. De har ansvaret for registreringer (indberetning, modtagelse og kompletthed) samt formidling af NIP-rapporter og introduktion til nyansatte. NIP-nøglepersonen skal deltage i regionale audits.

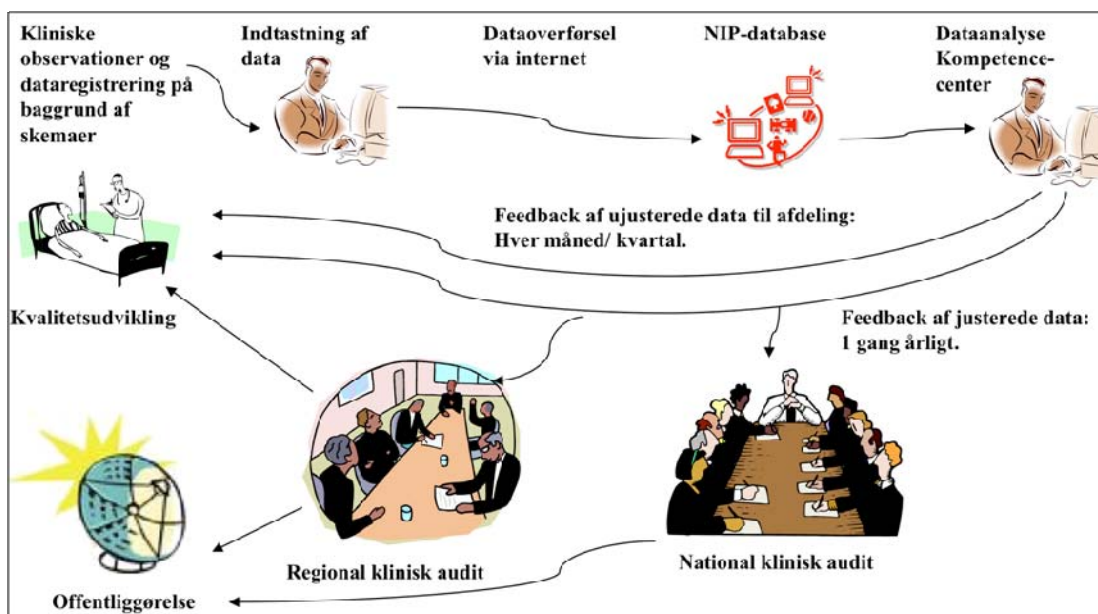
Afdelingsledelsen har ansvaret for at NIP implementeres på afdelingen – herunder udvælgelsen af NIP-nøglepersonen. Afdelingsledelsen har sammen med NIP-nøglepersonen ansvaret for at anvende kvartalsvise standardrapporter til *fortløbende kvalitetsovervågning*, samt til at identificere områder, der kræver *kvalitetsforbedrende tiltag*.

Sygehusledelsen har ansvaret for at sikre rammen for NIPs drift, og at afdelingsledelsen tager konsekvens af resultaterne fra audits.

2.1.2 Hvordan fungerer NIP?

Figuren nedenfor viser en oversigt over hovedaktiviteterne i NIP-systemet.

Figur 2: Hovedaktiviteterne i NIP



Kilde: NIP-sekretariatet 2007, 8

UDVIKLING AF INDIKATORER OG STANDARDER

Det er centralt i udvælgelsen af indikatorer og standarder i NIP, at de er udformet af fagprofessionerne selv, og at de er baseret på bedst mulige evidens. Det betyder ikke, at indikatorerne er fuldstændig neutrale. Der kan indenfor det samme fagområde være divergerende opfattelser af, hvad der er centralt at måle på. Da det ikke er alle behandlingselementer, der er lige lette at måle, og da der er et begrænset antal indikatorer i systemet, vil der sandsynligvis være en vis uenighed om indikatorernes kvalitet blandt fagpersoner. I undersøgelsen går vi dog ikke ind i en vurdering af indikatorernes kvalitet.

Der er udviklet ca. ti indikatorområder for hvert sygdomsområde i NIP. Hvert indikatorområde er belyst ved en eller flere indikatorer. Nogle af indikatorerne er baseret på den form for evidens, som det såkaldte evidenshierarki kategoriserer som den højest rangerende vidensform (også kendt som evidens A). Det drejer sig randomiserede eksperimenter (RCT). Andre indikatorer baserer sig på andre former for evidens, der rangerer længere nede i evidenshierarkiet (B, C og D). Det drejer sig bl.a. om ekspertvurderinger.¹⁴

Indikatorerne knytter sig således til forskellige evidensstyper og kilder, så som videnskabelige artikler, kliniske retningslinjer, faglig konsensus og referenceprogrammer.¹⁵

¹⁴ NIPs dokumentalistrapporter på hhv. Hoftenerne Frakturer (NIP 2007) og Skizofreni (NIP 2009). For en nærmere gennemgang af evidenshierarkiet og debatten omkring det se også Rieper og Foss Hansen (2007).

¹⁵ Sidstnævnte er en systematisk beskrivelse af de elementer, som bør indgå i undersøgelse, behandling og pleje af en bestemt sygdom (SfR 2004)

Når nationale indikatorer bliver lokale . juni 2010 . www.krevi.dk

Indikatorgruppen får hjælp fra NIP-sekretariatet til arbejdet, og har også tilknyttet en dokumentalist, som skal tilvejebringe og evidensgradere relevant viden, der tages i betragtning i udvælgelsen af indikatorer.

Der sættes en standard i forbindelse med hver indikator – for eksempel at 80 % af patienterne skal have en bestemt behandling. Endelig knyttes der også prognostiske faktorer til hvert sygdomsområde, det vil sige at det beskrives hvilke centrale faktorer der har betydning for patientens prognose. Disse faktorer anvendes til justering af data for eventuelle forskelle i patientsammensætning.

Når indikatorgruppen har udarbejdet et udkast til indikatorsæt, sendes det til høring blandt eksterne interessenter – dvs. faglige og videnskabelige selskaber, patientorganisationer, Sundhedsstyrelsen m.v.¹⁶ Derefter implementeres indikatorsættet landsdækkende. Indikatorsættet justeres årligt i forbindelse med nationale audits (se nedenfor). Hvert andet til tredje år sker der en egentlig revision af indikatorsættet.¹⁷

I *Tabel 3* og *Tabel 4* nedenfor ses en oversigt over indikatorerne på de to sygdomsområder som denne undersøgelse ser nærmere på: hoftenære frakturer og skizofreni.

Tabel 3: Oversigt over indikatorerne på hoftenære frakturer

Indikatorområder	Indikatorer	Indikatorstype	Evidenstyper bag
Ernæring	1: Vurdering af ernæringstilstand	Proces	A, B og C
Funktionsevnevurdering (ADL) før knoglebruddet	2: Vurdering af funktionsevnen (ADL) før hoftebruddet	Proces	
Funktionsevnevurdering (ADL) før udskrivelsen	3: Vurdering af funktionsevnen (ADL) efter hoftebruddet	Proces	
Smerter	4: Vurdering af smerteniveau	Proces	
Brudprofylakse	5: Forebyggelse af nye hoftebrud	Proces	
Rehabilitering	6: Genoptræningsplan	Proces	
Dødelighed	7: Dødelighed ved 30 dage	Resultat	
Reoperation	8: Reoperation (søm og skruer) 9: Reoperation (kunstig hofte eller hofteled) 10: Reoperation pga. sårinfektion	Resultat	

Kilde: Frit efter NIPs Dokumentalistrapport på Hoftenære frakturer (2007).

*Indikatorerne er opdateret i februar 2010.

¹⁶ NIP-sekretariatet 2009

¹⁷ NIP-sekretariatet 2009

Når nationale indikatorer bliver lokale . juni 2010 . www.krevi.dk

Tabel 4: Oversigt over indikatorerne på skizofreni

Indikatorområder	Indikatorer	Indikatortype	Evidenstypen bag
1: Udredning	1.a.1: Udredning ved speciallæge 1.a.2: Undersøgelse af patienter med nyopdaget skizofreni vha. diagnose-redskab 1.b: Bedømmelse af kognitiv funktion ved psykolog 1.c: Bedømmelse af behov for social støtte ved socialrådgiver 1.d: Varighed af ubehandlet psykose	Proces Resultat (1.d)	Evidens A, B og D
2: Kontakt med behandlere	2: Løbende kontakt med behandlere	Proces	
3: Fast kontaktperson og psykoterapi	3: Fast kontaktperson og psykoterapi	Proces	
4: Medicinsk behandling	4.a: Antipsykotisk medicin 4.b: Nyere antipsykotisk medicin	Proces	
5: Undersøgelse for bivirkninger	5.a: Undersøgelse for bivirkninger 5.b: Neurologiske 5.c: Træthed 5.d: Vægtøgning 5.e: Seksuelle 5.f: Blodsukker	Proces*	
6: Kontakt med pårørende	6.i: Kontakt med pårørende – nyopdaget skizofreni 6.p: Kontakt med pårørende – kendt skizofreni	Proces	
7: Undervisning	7.a: Undervisning i sygdom 7.b.i: Undervisning efter aftalt forløb - nyopdaget skizofreni 7.b.p: Undervisning efter aftalt forløb - kendt skizofreni	Proces	
8: Efterbehandling	8.a: Social støtte 8.b: Henvisning til efterbehandling 8.c: Ambulant kontakt	Proces	
9: Selvmordsrisiko	9: Undersøgelse for selvmordsrisiko	Proces	

Kilde: Frit efter Dokumentalrapport for Skizofreni, marts 2009, samt Sundhedsfaglig rapport om kvaliteten af behandlingen af skizofreni i Region Syddanmark (april 2008-marts 2009)

*Fra 2009 er bivirkningsindikatorerne omformuleret til at være resultatindikatorer.

ARBEJDET MED NIP PÅ DEN ENKELTE AFDELING

For hver enkelt patient registreres de kliniske observationer løbende, og der indberettes til NIP ved udskrivning. For ambulante patienter indberettes årligt. Der kan kun indberettes data, der kan dokumenteres i patientjournalen. Patienterne er registrerede i forskellige systemer. Ved at køre NIP-indberetningerne sammen med andre systemer tjekkes det, om alle

de relevante patienter er indberettede. Denne test for databasekomplethed er en god indikator for, hvor troværdige data er.¹⁸

De enkelte indberettende enheder får månedligt eller kvartalsvist feedback i form af en opgørelse over deres egne tal (standardrapporter). Formålet er, at den enkelte afdeling løbende kan følge op på egne præstationer.

ÅRLIG REGIONAL AUDIT

Den regionale audit foretages med den regionale kontaktperson, NIP-nøglepersoner og relevante ledelsesrepræsentanter. Den årlige regionale audit er obligatorisk. Audit er en systematisk metode til "... vurdering, forbedring og udvikling af forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering i sundhedsvæsenet."¹⁹

Ved auditten drøftes det, om forskelle mellem afdelinger bunder i reelle forskelle, eller der er fejl eller bias i data. Endelig skal den regionale audit også give plads til drøftelser af selve indikatorsettet – er indikatorer og standarder relevante, eller er der noget, der skal ændres? Dette indgår i indikatorgruppens arbejde.²⁰

ÅRLIG NATIONAL AUDIT

Den nationale audit foretages indenfor hvert sygdomsområde med indikatorgruppen, den kliniske epidemiolog, dokumentalisten, projektlederen og den sundhedsfaglige proceskonsulent. Auditprocessen er den samme som for regionale audits. Ydermere tages der stilling til revision af indikatorprojektets elementer.²¹

OFFENTLIGGØRELSE

Offentliggørelsen tager udgangspunkt i de årlige regionale og nationale audits, der resulterer i rapporter målrettet til henholdsvis borgere og fagprofessionelle publiceret på sundhed.dk. De borgerrettede rapporter skal skabe indsigt i kvaliteten af ydelserne, og de fagprofessionelles rapporter skal bidrage med et kvalificeret grundlag for kvalitetsudvikling og beslutninger om prioritering.

2.2 Præstationsmålinger

NIP er et såkaldt præstationsmålingssystem. Det overordnede formål med sådanne systemer er at give de målte organisationer incitament til at præstere tilfredsstillende. Det sker bl.a. ved at bidrage til øget ansvarlighed ved at synliggøre præstationerne (accountability).²² Præstationsmålinger kan også – som det er tilfældet i NIP - danne grundlag for at sammenligne præstationer over tid og på tværs (benchmarking). Det sidstnævnte kan give anledning til at identificere velfungerende enheder og god praksis samt anledning til at identificere problemområder, der skal undersøges nærmere.

Der er i litteraturen generel enighed om, at præstationsmålingers succes afhænger af det praktiske design og den konkrete implementering af præstationsmålingssystemet.²³ Herunder operationalisering af præstationer, udvælgelse af indikatorer samt tilpasning af sy-

¹⁸ Mayne 2007: 103 beskriver, hvordan netop kvalitetssikringen af data ofte halter i præstationsmålingssystemer.

¹⁹ Blomhøj & Mainz 2000

²⁰ NIP Sekretariatet 2006

²¹ Inklusionskriterier, datadefinitioner, indikatorer, standarder, prognostiske faktorer og behov for nye indikatorer, samt kvalitative tiltag.

²² Med inspiration i Holdt-Olesen, Madsen & Nøhr 2007:10, Poister 2003: xvi, Kjellberg & Sørensen 2003:13, Brujin 2001: 9-12

²³ Bouckaert & Peters 2002: 362

stemet til den konkrete organisation. Nogle fremhæver, at det er nødvendigt at engagere sig grundigt i "... *appropriate use of appropriate performance measures.*"²⁴ Der argumenteres her for, at problemer med præstationsmålinger ikke skyldes en grundlæggende brist ved præstationsmålingskonceptet, men er et resultat af dårligt implementerede systemer og forkert brug: "... *limitations need to be placed into proper perspective to achieve good results.*"²⁵

Andre hævder derimod, at præstationsmåling som sådan har en fejlbehæftet logik²⁶, der kommer til udtryk i talrige eksempler, som illustrerer, at konceptet ikke er relevant eller brugbart.²⁷ Perrin [1998] indkredser for eksempel en række forskellige utilsigtede konsekvenser, der kan fremkomme. Til disse hører bl.a. målforskydning, som indebærer, at det bliver vigtigere at score godt i målingerne end at leve op til de overordnede mål med indsatsen. Målingerne bliver et mål i sig selv. Det kan være et problem, fordi der sjældent er fuld overensstemmelse mellem målet og målingen. Målforskydning kan ske, fordi gode målresultater kan være vigtige for aktørerne, og jo større konsekvenser målingerne har jo større risiko for målforskydning.

En anden negativ konsekvens, som fremhæves nogle steder, er, at præstationsmålinger stik i mod intentionen kan virke demotiverende, fordi klare præstationsmål kan tilsidesætte medarbejdernes faglighed, ansvarlighed og råderum. Dermed kan præstationsmålinger få den paradoksale virkning, at det forringer frem for forbedrer præstationen. Det vil sige, at den motivation og trang til at "gøre godt", som sandsynligvis er en del af drivkraften for mange ansatte i sundhedssektoren i deres arbejde, fortrænges af et krav om blot at levere en bestemt ydelse.²⁸ Denne effekt er også kendt indenfor økonomisk incitamentsteori som crowding out-effekten.²⁹

Vi har i undersøgelsen været opmærksomme på, om der har optrådt utilsigtede virkninger i de fire cases. Men vi har ikke haft fokus på at afklare, om præstationsmålingssystemer som sådan er en god ide. I stedet forsøger undersøgelsen at trænge dybere ned i spørgsmålet om præstationsmålingssystemers virkninger, idet disse virkninger knyttes til den organisatoriske kontekst, som præstationsmålingssystemet opererer i.

²⁴ Bernstein 1999: 86

²⁵ Hatry 2002

²⁶ Perrin 1998: 370

²⁷ Perrin 1999: 106

²⁸ For eksempel Jakob Skovs "Det brændende engagement"

²⁹ For eksempel Frey & Jegen 2001, Bøgh-Andersen & Serritslew 2006

Når nationale indikatorer bliver lokale . juni 2010 . www.krevi.dk

3 ADOPTION ELLER AFVISNING?

Undersøgelsen viser, at NIP integreres og anvendes forskelligt på de afdelinger, der har deltaget i undersøgelsen. I Esbjerg og Århus **"adopterer"** NIP – dvs. at afdelingen tager NIP til sig og integrerer det som en hel naturlig del af afdelingens virke. I Randers og i særdeleshed i Augustenborg **"afviser"** NIP – dvs. at NIP afkobles fra, hvad der ellers foregår på afdelingen.³⁰

De centrale virkninger, vi har fundet, vises i tabellen nedenfor. Derudover har NIP bidraget til anerkendelse af sygdomsområderne skizofreni og hoftebrud i offentligheden. Desuden har NIP i både Region Midt og Region Syddanmark bidraget til en ligeværdig dialog mellem fagpersoner og beslutningstagere.

Tabel 5: NIPs centrale resultater

Esbjerg Kvalitetsudvikling Anerkendelse af faggrupper	Augustenborg Frustration
Århus Kvalitetsudvikling	Randers Forbedret dokumentationspraksis (Målforskydning)

Det er interessant, at integrationen af NIP kan have så forskellige udfald selv i situationer, hvor indikatorer og sygdomsområde er det samme. I dette kapitel vil vi uddybe dette forhold og forsøge at forklare, hvorfor det opstår.

Kapitlet starter med en diskussion af muligheden for, at NIP fører til den form for kvalitetsudvikling, som er ekspliciteret i NIP. Undersøgelsen peger her på tre forhold af central betydning: retvisende registreringspraksis, evidensen opleves som relevant og aktivt brug. Hvis disse forhold ikke er til stede peger undersøgelsen på, at integrationen af NIP fører til frustration frem for kvalitetsudvikling.

Dernæst redegør vi for de øvrige centrale resultater, som undersøgelsen peger på, at NIP har haft: ligeværdig dialog, anerkendelse af faggrupper, anerkendelse af sygdomsområde samt målforskydning.

Herefter vender vi blikket væk fra forskelle mellem de forskellige afdelinger, og fokuserer i stedet på generelle karakteristika ved NIP systemet, som ser ud til i særlig grad at påvirke integrationen af NIP, og de resultater NIP får.

Til sidst karakteriserer vi NIPs resultater i de fire cases ud fra begreberne adoption og afvisning.

3.1 Kvalitetsudvikling

Med kvalitetsudvikling menes her, at der sker en positiv ændring i den kliniske praksis i forhold til at leve op til NIPs standarder. Det skal bemærkes, at en afdeling godt kan have en stigende NIP-score, uden at det er et udtryk for kvalitetsudvikling. En stigende score kan således afspejle, at en afdeling blot er blevet bedre til at registrere sin eksisterende praksis. Det skal ligeledes understreges, at selvom en afdeling ikke bruger NIP som grundlag for

³⁰ Begreberne er empirisk funderet, men etableret med inspiration fra Power, der introducerer begreberne "decoupling" og "colonization" (Power 1996).

kvalitetsudvikling, betyder det ikke nødvendigvis, at afdelingen ikke kvalitetsudvikler. Kvalitetsudvikling kan finde sted på andre måder.

Kvalitetsudvikling i form af ændret klinisk praksis i retning af NIPs standarder er – ifølge de interviewede – resultatet i to cases; Esbjerg og Århus. I Randers sker der kun i begrænset omfang kvalitetsudvikling med udgangspunkt i NIP³¹, og man kan også se nogen frustration. I Augustenborg ser det ud til, at frustration er den primære virkning af NIP.

I dette afsnit ser vi nærmere på, hvordan kvalitetsudviklingen eller mangel på samme kommer til udtryk i Esbjerg, Århus, Randers og Augustenborg.

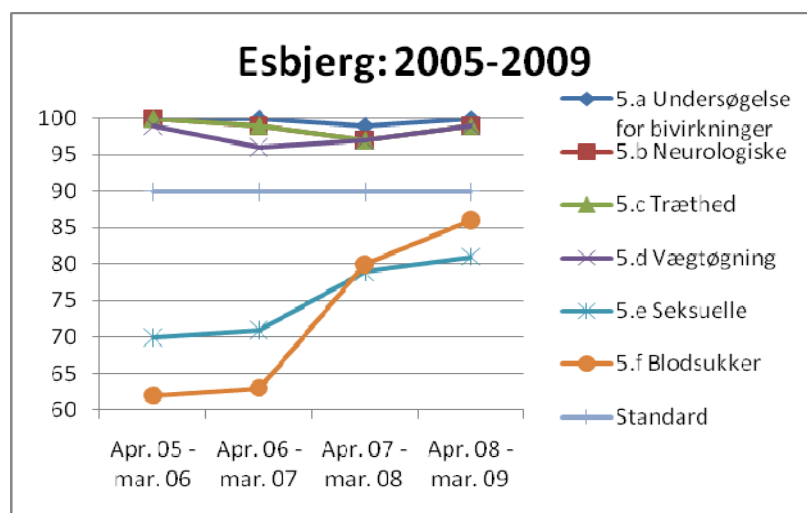
3.1.1 Klinik for Skizofreni i Esbjerg

Der er blandt interviewpersonerne i Esbjerg bred enighed om, at NIP har medvirket til en kvalitetsudvikling af behandlingen. En kontaktperson siger således, at *"jeg tror, at den praksis, der er fulgt i kølvandet på NIP er noget bedre – altså en bedre behandling end den der blev givet før."* En overlæge siger tilsvarende *"NIP har været med til at skærpe vores opmærksomhed på behandling – altså den har helt klart forbedret vores behandling."* Dette understøttes af, at der i Esbjerg har været en stigning i NIP-scoren hen over årene.

Klinikchefen i Esbjerg er meget engageret i NIP og deltager også i indikatorgruppen. Hun bruger NIP som et værktøj til at systematisere den evidensbaserede behandling af skizofrenipatienterne, og NIP er tæt koblet til i den daglige rutine. *"NIPs store fortjeneste er, at vi ikke alle sammen gør noget forskelligt"*, som klinikchefen siger. Det er netop systematikken i behandlingen, som får æren for den kvalitetsudvikling, der finder sted på baggrund af NIP.

Særligt nævnes det, at undersøgelsen for bivirkninger er et område, der er forbedret som følge af den øgede systematik. Her vises scoren for de fem indikatorer for undersøgelse for bivirkninger:

Figur 3: Udviklingen i NIP-score for undersøgelse for bivirkninger, Esbjerg



Figuren viser, at der er sket en udvikling i, om der bliver undersøgt for nogle af de "svære" bivirkninger: seksuelle bivirkninger og blodsukker. De er svære, fordi det kan være grænse-

³¹ Det betyder ikke, at der ikke sker kvalitetsudvikling i Randers. Afdelingen arbejder systematisk med kvalitetsudvikling på området, og laver også forskningsprojekter. Kvalitetsudviklingen sker bare ikke med udgangspunkt i NIP.

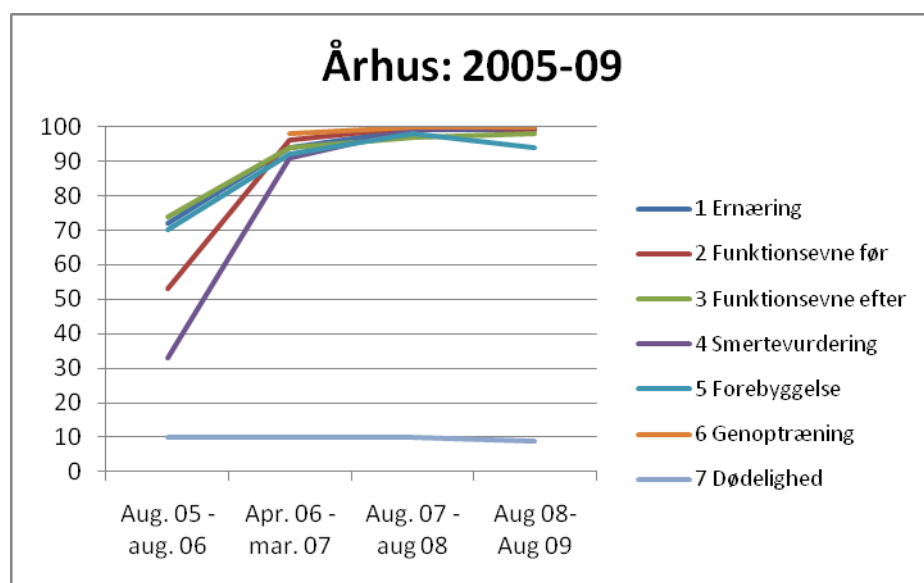
overskridende at spørge ind til de seksuelle bivirkninger, og blodsukkerkontrol kræver, at patienten skal stikkes, hvilket heller ikke altid er let.

Her bliver NIP en påmindelse om, at kontaktpersonerne skal forsøge at komme rundt om disse ting, og NIP kan for eksempel også bruges som en indgangsvinkel til at spørge til seksuelle bivirkninger. I nogle tilfælde opleves det således som en hjælp, at kontaktpersonen kan henvise til, at det er noget, de skal omkring for at sikre, at patienten får en god behandling. Gennem deres undervisning på klinikken er kontaktpersonerne også blevet mere opmærksomme på forskellige måder at måle blodsukkeret på. For eksempel kan de tilbyde at måle blodsukkeret hjemme hos patienten selv, og selvom det ikke er helt så sikkert, som hvis det gøres på laboratoriet, giver det alligevel en god indikation på, om patienten har sukkersyge eller ej.

3.1.2 Geriatrisk og ortopædkirurgisk afdeling i Århus

Interviewene viser, at NIP også bruges som et grundlag for kvalitetsudvikling på både geriatrisk og ortopædkirurgisk afdeling i Århus. Indtrykket fra interviewene understøttes af, at de to afdelinger generelt har høje NIP-tal. Dette fremgår af figuren nedenfor. Det skal bemærkes, at der er sket ændringer i indikatorerne i løbet af perioden, men figuren giver alligevel et indtryk af udviklingen.

Figur 4: Udvikling i NIP-scoren for Århus



NIP-tallene bliver i Århus brugt som en anledning til at "gå os selv efter i sømmene", og udvikle og fastholde den kvalitet, der i forvejen er etableret.

Et konkret eksempel er, at der på et tidspunkt var opstået en uklarhed mellem to personalegrupper om, hvem der skulle lave funktionsevnevurdering, hvilket betød, at vurderingen i en del tilfælde ikke blev lavet. På grund af fald i NIP-scoren på dette område blev man opmærksom på problemet, og fik rettet op på det. NIP-tallene anvendes også som en katalysator for at igangsætte kvalitetsudviklingsprojekter. Desuden har man på ortopædkirurgisk afdeling oplevet en afsmittende effekt af den behandling, som NIP sætter standarden for på hoftebrudsområdet, således at ældre patienter med knoglebrud andre steder end i hoften nu også får brudprofylakse, som NIP-standardens foreskriver. NIP har således været med til at give et generelt kvalitetsløft til behandlingen.

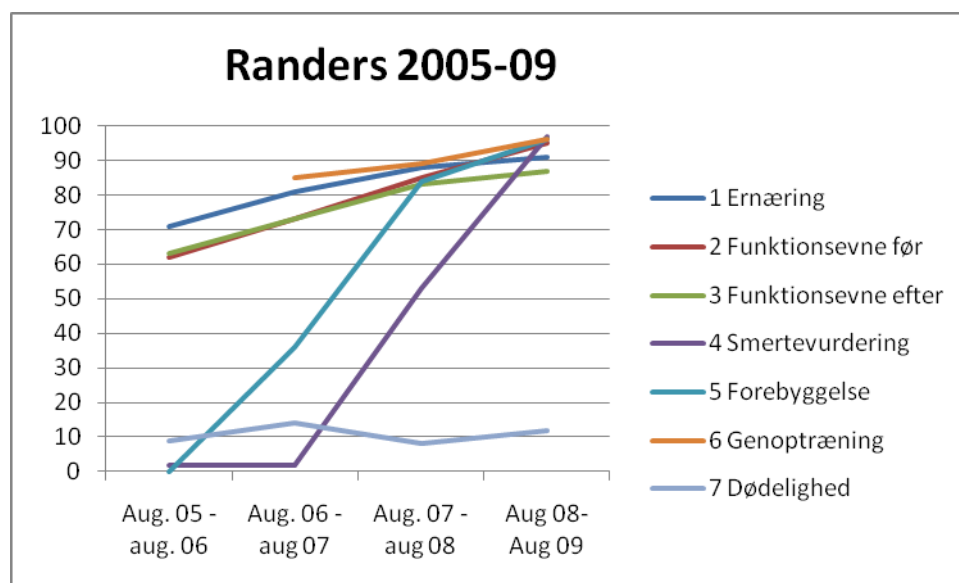
3.1.3 Ortopædkirurgisk afdeling i Randers

Som nævnt afspejler en stigende NIP-score ikke nødvendigvis, at der er sket en "positiv" ændring i den kliniske praksis i retning af NIPs standarder. En afdeling kan også forbedre sin score ved at blive bedre til at registrere, men uden at ændre sin kliniske praksis. Det ses i Randers. NIP-scoren for ortopædkirurgisk afdeling i Randers er således forbedret for procesindikatorerne 1-6 i registreringsperioden jf. *Figur 5*, men interviewpersonerne på afdelingen siger samstemmende, at der ikke i perioden er sket væsentlige ændringer i den kliniske praksis. Som hovedregel gøres tingene på samme måde som tidligere. Det, der har ændret sig, er afdelingens dokumentationspraksis – nu husker de at få behandlingen registreret i NIP-skemaerne.

Der er nogle få undtagelser fra hovedreglen. Fysio- og ergoterapeutpersonalet mener for det første, at vurderingen af patientens funktionsevne bliver gennemført mere ensartet for alle patienter, og det bliver måske gjort mere grundigt. Det ses som en følge af NIP, fordi dokumentationskravet skærper opmærksomheden overfor, at vurderingen skal udføres.

Den anden undtagelse er, at afdelingen er begyndt at give patienterne kalk og d-vitamin til forebyggelse af nye brud, selvom opfattelsen på afdelingen er, at der ikke er nogen sundhedsmæssig effekt af dette tiltag. Det er direkte foranlediget af, at afdelingens manglende standardopfyldelse på området gav anledning til, at afdelingen fik kritik på den regionale audit. Afdelingens ledende overlæge vil gerne fremover undgå at "få skæld ud" til audit.

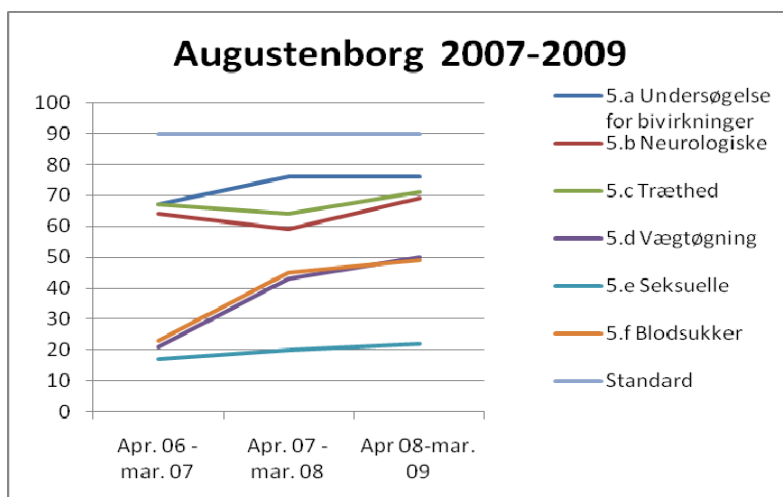
Figur 5: Udviklingen i NIP-scoren, ortopædkirurgisk afdeling, Randers.



3.1.4 Almen psykiatrisk afdeling, Augustenborg

Interviewene tyder ikke på, at NIP har bidraget til kvalitetsudvikling i Augustenborg i nogen særlig udstrækning, men interviewpersonerne har generelt et lidt utydeligt billede af NIP og NIPs virkninger. De påpeger, at NIP muligvis har bidraget til lidt mere systematik i behandlingen af de skizofrene patienter – særligt i forbindelse med at få undersøgt for bivirkninger af den antipsykotiske medicin. Denne fornemmelse understøttes af, at der generelt har været en positiv udvikling i afdelingens NIP-score omkring bivirkninger jf. nedenfor. Afdelingen lever dog ikke op til standarden på 90 % for nogen af disse indikatorer. Det skal bemærkes, at Augustenborg er kommet i gang med registreringen senere end de øvrige afdelinger.

Figur 6: Udviklingen i NIP-score for undersøgelse for bivirkninger, Augustenborg



3.2 Hvordan skabes kvalitetsudvikling?

Undersøgelsen peger på, at NIP i nogle tilfælde fører til kvalitetsudvikling, men ikke i alle. Det er interessant, at kvalitetsudviklingen varierer inden for hvert sygdomsområde og i forhold til det regionale tilhørsforhold. Det samme gælder i forhold til afdelingens specialiseringsgrad, størrelse og formen på behandlingen (akut, indlæggelse, ambulant). Det vil sige, at der skal findes andre forklaringer på variationen i anvendelsen af NIP til kvalitetsudvikling.

Følgende oversigt viser de forhold, som denne undersøgelse har fremdraget som centrale for variationen mellem afdelingernes brug af NIP til kvalitetsudvikling. Fraværet af disse forhold kan omvendt lede til frustration. Baggrunden for gradueringen af kvalitetsudviklingen fremgår af afsnit 3.1.

Figur 7: Hvordan skabes kvalitetsudvikling?

	Evidensen opleves relevant	Retvisende registreringspraksis	Aktivt brug	Kvalitetsudvikling
Esbjerg	++	+	+++	+++
Randers	-	(+)	-	+
Augustenborg	-	-	-	-
Århus	+	+	++	++

I det følgende gennemgår vi de tre forklaringsmekanismer, og ser også nærmere på baggrunden for, at mekanismerne er til stede i nogle cases, men ikke i alle.

3.2.1 Evidensen opleves som relevant

At indikatorerne i NIP er baseret på evidens, er ifølge interviewpersonerne ikke i sig selv nok til, at indikatorerne opleves som anvendelige på afdelingerne. De skal også måle på noget, som opfattes som relevant på den enkelte afdeling. Der skal med andre ord være tale om "relevant evidens", før NIP opfattes som meningsfuld.

I **Esbjerg** er opfattelsen blandt de interviewede, at indikatorerne fanger centrale elementer af behandlingen, som er relevante på tværs af de meget forskellige patienter, der behand-

les: "Nogle af de ting, der bliver spurgt om i NIP – det er lidt ligesom hvis man har brækket et ben, så er det fornuft at få taget et røntgenbillede", som en medarbejder siger.

Samtidig er det også vigtigt, at der er evidens for indikatorerne, hvilket ifølge klinikchefen giver en tiltrængt understøtning af behandlingen af skizofrene. Klinikchefen siger, at "Vi går ikke ind for at opfinde den dybe tallerken selv. Vi går ind for at høre – hvad sker der ude i verden? Hvad er evidensbaseret? Hvad har man fundet ud af virker? – Så vil vi også gøre det." Denne opfattelse deles af medarbejderne "NIP handler om at levere en god behandling – nogle af de ting, der indgår i NIP-undersøgelsen – der er jo nogen ting vi skal indfri, når vi giver en god behandling – det både gør vi, og det vil vi også gerne."

Dermed bliver det vigtigt for medarbejderne at leve op til standarderne. En medarbejder giver følgende eksempel (omkring indikatoren for pårørende kontakt): "Der er jo nogle undersøgelser, der viser, at pårørendekontakten er utrolig vigtig for patientens behandling ... den viden har vi så holdt op imod, at vi ikke er gode nok til at have kontakt med pårørende – så kan vi jo bruge det som en indpiskning til at få gjort noget ved det – men det er jo så med baggrund i, at man ved, hvor vigtigt det er."

På sengeafsnittet i **Augustenborg** opfattes indikatorerne som acceptable, men langt fra fyldestgørende.³² Dette fostrer frustration, idet personalet giver udtryk for, at de gør et stort og vigtigt stykke arbejde med patienterne, som ikke ses og rummes. NIP giver således ikke mulighed for at dokumentere de dele af den kliniske behandling, som man på afdelingen opfatter som helt centrale for patientens forløb – for eksempel kvaliteten af relationen mellem behandler og patient. Det skyldes ifølge interviewpersonerne ikke mindst, at indikatorerne kun måler på kvantiteten i de kliniske aktiviteter, ikke på kvaliteten. Indikatorerne om bivirkninger opfattes som de mest fornuftige, og det er bemærkelsesværdigt, at det kun er for denne indikator, der er en systematisk stigning i scoren jf. *Figur 6*.

I **Randers** er det markant, at der ikke er stor respekt om de sygeplejefaglige indikatorer. Det er procesindikatorer, og de opfattes helt gennemgående som for selvfølgelige og delvist for uambitøse. Evidensen bag indikatorerne er i denne sammenhæng ikke tilstrækkelig til at overbevise personalet om NIPs anvendelighed. Særligt lægepersonalet opleves som kritiske, men alle faggrupperne efterlyser flere resultatindikatorer – især en indikator, der ser på patientens funktionsniveau efter et år.

Resultatindikatorerne i NIP retter sig mod ortopædkirurgien, om selve operationen er vellykket. Og på dette område er opfattelsen blandt lægepersonalet, at NIP slet ikke er detaljeret nok. Lægerne bruger i stedet Dansk Alloplastisk Register: "Det er meget mere krævende, men også meget mere præcist ... informationerne fra NIP er ikke præcise nok." Det sidste illustrerer også, at medarbejderne generelt ikke har noget imod dokumentation, og at der arbejdes med kvalitetsudvikling på afdelingen, bare ikke med NIP som udgangspunkt.

I **Århus** synes der derimod at være større opbakning til NIPs hofteindikatorer, da det generelt er opfattelsen, at det er de rigtige områder, som NIP koncentrerer sig om, det vil sige, at de sygeplejefaglige procesindikatorer også opfattes som relevante. I Århus er der stor respekt for det arbejde, der ligger bag udvælgelsen af indikatorer. De fleste interviewpersoner mener dog, at indikatorerne kan udvikles yderligere, så man for eksempel ikke kun måler på om patienten er smertescreenet, men også måler på, om patienten har fået en tilstrækkelig smertelindrende behandling.

³² Interviewpersonen fra de opsøgende team har dog en anden holdning. Vedkommende opfatter indikatorerne om meningsfulde og tæt på praksis.

HVORDAN OPSTÅR OPLEVELSEN AF RELEVANS?

Det er interessant, hvad der påvirker, om NIPs indikatorer opfattes som relevante og meningsfulde på en afdeling. Her peger undersøgelsen på to primære faktorer: Overensstemmelse med afdelingens faglige normer og holdningen til at arbejde med kvalitetsudvikling på baggrund af dokumentation.

Som beskrevet ovenfor er det tydeligt, at NIP er i god harmoni med de **faglige normer** i Esbjerg, hvor de mange somatiske elementer i indikatorsættet opfattes som meget væsentlige for behandlingen af psykiatriske patienter. Indtrykket er, at de i Esbjerg vægter denne del af behandlingen højere, end tilfældet er i den anden skizofreni-case, **Augustenborg**.

I **Randers**, hvor det er den ortopædkirurgiske afdeling, der står for behandlingen af hoftepatienter, er der primært fokus på dokumentation af det kirurgiske. I **Århus** sker behandlingen af patienterne i et samarbejde mellem en geriatrisk og en ortopædkirurgisk afdeling, og her er der enighed om, at NIP fokuserer på de rigtige områder, og at de sygeplejefaglige procesindikatorer også er relevante.

Den anden forklaringsmekanisme - **holdningen til dokumentation** - ses tydeligst, når Esbjerg og Augustenborg sammenlignes.

I **Esbjerg** arbejder man i forvejen ret struktureret og standardiseret, og derfor passer det at dokumentere godt ind i afdelingens eksisterende måde at gøre tingene på. I **Augustenborg** har NIP i særlig grad bidraget til en eksisterende "dokumentationstræthed". Alle interviewpersonerne udtrykker således en dokumentationskritisk holdning, idet de oplever, at dokumentation medfører en merbyrde, som tager tid fra selve det kliniske arbejde. Det betegnes som et irritationsmoment og en kilde til frustration. "*Registreringssystemer generelt tager ikke hensyn til den virkelighed, vi synes, vi står i. [...] NIP er forholdsvist fornuftigt, men kommer ind under den samme irritation*", siger den ledende overlæge. At NIP systemet er relativt nyt for Augustenborg, kan måske også spille ind.

I både Århus og Randers er der en positiv holdning til at arbejde med dokumentation. I **Århus** virker det til, at holdningen generelt er, at dokumentation er en nødvendig del af behandlingen, og at kvalitetsudvikling på baggrund af dokumentation er kommet for at blive. Den ledende overlæge på geriatrisk afdeling siger således, at NIP også er en mulighed for at øve sig i at arbejde med disse ting, og dermed kan det bidrage til at nedbryde barrierer hos lægerne omkring dokumentation og kvalitetsarbejde.

I **Randers** er man som nævnt skeptisk overfor at arbejde med NIP, men det skyldes ikke en generel uvilje mod dokumentation.

Alt i alt viser dette, at der i Esbjerg og i Århus er god overensstemmelse mellem NIP og de faglige normer og holdningen til dokumentation.

I Augustenborg passer NIP ikke ind i forhold til de faglige normer og holdningen til dokumentation, og det er da også der, at vi ser den største frustration. I Randers er der ikke samme frustration over dokumentation, men frustrationen bunder i, at afdelingen ikke oplever, at NIP måler tilstrækkeligt godt til, at det kan bidrage med nyttig information.

3.2.2 Retvisende registreringspraksis

Udover at NIPs kvalitetsstandard skal opleves som relevant, er det en helt grundlæggende betingelse for kvalitetsudvikling på baggrund af NIP, at den pågældende afdeling har en retvisende registreringspraksis. Det vil for det første sige, at de relevante patienter indberettes systematisk på de relevante indikatorer. For det andet skal de gennemførte behandlinger dokumenteres af frontpersonalet, så de kan tælle med i NIP-indberetningerne. En retvi-

sende registreringspraksis er en forudsætning for at få indhentet troværdige data, hvilket er en betingelse for at kunne arbejde med tallene fra NIP og monitorere udviklingen i dem.

På **Klinik for Skizofreni i Esbjerg** har der været en stor vækst i personalegruppen, hvilket betyder, at der ofte bliver undervist i både skizofreni og i NIP. Her er der fokus på, at medarbejderne har en ensartet opfattelse af, hvordan de forskellige indikatorer er definerede, og hvad skal der til, før man lever op til standarden. Det er interessant, at selv i et system som NIP, hvor der er grundige indikatordefinitioner, er det nødvendigt at diskutere, hvad der helt nøjagtigt ligger i en indikator, når den skal fungere og fortolkes i hverdagen.

De ting, kontaktpersonen skal igennem for at opfylde standarderne i NIP, er skrevet ind i patienternes actioncards, som er en udvidet behandlingsplan. Klinikchefen forklarer: *"Det er vigtigt, at NIP ikke bliver noget ekstra, man skal lave, efter man har passet patienten. Det er det, jeg har forsøgt med behandlingsplanen, at NIP bliver integreret i behandlingen, i det man alligevel skal gøre."* Disse actioncards skal løbende opdateres. NIP patienterne indberettes årligt, og når tiden nærmer sig, kan kontaktpersonen hurtigt få overblik over, hvad der mangler at blive gjort. Medarbejderne bruger således i høj grad NIP som en tjekliste, der sikrer, at de husker at komme hele vejen rundt. Når actioncardet er opdateret, tager det få minutter at udfylde et NIP-skema, og den enkelte kontaktperson udfylder kun skemaer for egne patienter, det vil sige omkring 12 skemaer om året, for en kontaktperson med fuldt caseload. Tidsforbruget til registreringen for den enkelte frontmedarbejder vurderes derfor ikke at være så højt.

Samtidig tjekkes alle de udfyldte skemaer igennem af klinikchefen, og hun melder tilbage, hvis der er noget, der ikke er registreret, eller hvis der er dele af behandlingen, der ikke er gennemført. Dette er også med til at skærpe kontaktpersonernes fokus på, at de skal igennem de ting, der skal indberettes til NIP – de skal i hvert fald kunne forklare, hvorfor de ikke har gjort det. Dette forhold er sandsynligvis en af grundene til, at afdelingen har en meget høj databasekomplethed, det vil sige, at en meget høj andel af patienterne indberettes til NIP. Der er ligeledes også systematisk indberettet i forhold til indikatorerne.³³

På **Ortopædkirurgisk afdeling i Randers** har afdelingsledelsen uddelegeret ansvaret for registreringen fuldstændigt til den NIP-ansvarlige overlæge, som afdelingsledelsen mente, ville håndtere registreringen effektivt. Desuden har afdelingen gjort en lægesekretær til eneansvarlig for indtastningen. Randers har da også helt fra NIPs begyndelse haft en systematisk indberetning af alle patienterne på alle indikatorerne.³⁴

Randers har imidlertid tidligere haft den dårligste score på NIPs procesindikatorer på hofteområdet i Region Midt, og har haft lav standardopfyldelse, hvilket der nu er rettet op på jf. *Figur 5*. Det skyldes ifølge interviewpersonerne, at afdelingen har arbejdet målrettet med at optimere NIP-registreringen blandt frontpersonalet.³⁵ Det vil sige at sikre, at gennemførte behandlinger faktisk er blevet registreret i skemaet. Tidligere har afdelingen ifølge interviewpersonerne således indberettet behandlinger, som egentlig var gennemført, som om de ikke var foretaget, fordi behandlingerne ikke har været dokumenteret af frontpersonalet. Den manglende dokumentation hænger måske sammen med, at oplysningerne har skullet registreres i flere forskellige systemer.

Også i **Århus** har NIP været et fokusområde, og der er afsat dedikerede ressourcer til blandt andet at sikre, at registreringerne er retvisende. I Århus³⁶ er det da også karakteristisk, at

³³ Data fra NIP-sekretariatet.

³⁴ Data fra NIP-sekretariatet samt NIP-sekretariatet 2008: National Auditrapport for Hofte-nære frakturer.

³⁵ I forhold til resultatindikatorerne reoperation og dødelighed, har afdelingen hele tiden klaret sig fint.

³⁶ Vi har kun undersøgt disse tal for geriatrisk afdeling, men har forventning om, at billedet er tilsvarende for ortopædkirurgisk afdeling.

alle relevante patienter systematisk er indberettet til NIP, og indberettet i forhold til alle indikatorerne.

I **Augustenborg** virker det ikke umiddelbart, som om der er særligt stort fokus på NIP på afdelingen, eller at der arbejdes systematisk med det, selvom den NIP-ansvarlige overlæge betegner skemaerne som "opstramningsskemaer." Registreringen til NIP virker heller ikke til at være helt integreret i den kliniske praksis. Afdelingen får indberettet alle relevante patienter, men der indberettes endnu ikke helt systematisk for alle indikatorerne.³⁷ Det skal igen bemærkes, at Augustenborg først begyndte at registrere til NIP i 2007.

Desuden fremgår det gennemgående, at informanterne ikke har tillid til de tal, der kommer fra NIP, hvorfor de heller ikke kan bruge dem til noget: "... hvis ikke tallene afspejler den faktiske kvalitet, er det svært arbejde med dem", som den NIP-ansvarlige sekretær og kvalitetsmedarbejderen siger. Det hænger sandsynligvis sammen med, at indberetningerne er ufuldstændige.

HVAD SKABER RETVISENDE REGISTRERINGSPRAKSIS?

Det er et gennemgående billede i alle cases, at det kræver store ressourcer og stort lokalt engagement at implementere NIP på en afdeling og at få en velfungerende registreringspraksis. Som Augustenborg viser, er det ikke nogen selvfølge, at en afdeling vælger at lave den nødvendige investering i NIP. Det er således relevant at se på, hvilke mekanismer som forklarer, hvorfor en afdeling overhovedet vælger at bruge mange ressourcer på at implementere NIP. Den følgende gennemgang viser, hvordan disse mekanismer gør sig gældende i de fire cases.

Den mekanisme, der går igen i forhold til at udvikle en god registreringspraksis er, at der er et **ledelsesfokus** på afdelingen for at få implementeret NIP og en vilje til at arbejde målrettet med registreringen. I de tre cases, hvor registreringen er velimplementeret, har man således dedikerede medarbejdere afsat til at sørge for dataindsamling, registrering/indtastning, kvalitetssikring og evt. undervisning af det øvrige personale.³⁸

Dette ledelsesfokus kan opstå som følge af et **eksternt pres**. I **Randers** har der været et eksternt pres fra sygehusledelsen for at få rettet op på NIP-resultatet. Dette hænger sammen med, at der i Region Midt er et stort politisk fokus på NIP. NIP er for eksempel på dagsordenen de tre gange om året, hvor sygehusdirektøren holder møder med de enkelte hospitalsledelser, og på hofteområdet er Region Midt den eneste, der samlet set opfylder alle standarderne. I auditrapporterne fra både 2007 og 2008 bemærkes det flere gange, at "alle hospitalsenheder på nær Randers opfylder standarden." Afdelingsledelsen har da heller ikke været i tvivl om, at det var en "skal-opgave" at få rettet op på dårlige NIP-tal.

Det skal bemærkes, at dødelighedstallene har absolut størst fokus fra både politikere og ledelse, og ortopædkirurgisk afdeling i Randes har generelt levet op til standarderne på resultatindikatorerne. Cheflægen oplever da heller ikke, at NIP-tallene har haft konsekvenser i form af større sanktioner.

Tilsvarende ser vi i **Augustenborg**, hvor registreringen endnu ikke er fuldt implementeret, et relativt svagt politisk og ledelsesmæssigt pres fra Region Syddanmark. Det antyder, at der kan være en sammenhæng mellem eksternt pres og god registreringspraksis.

Esbjerg casen viser dog, at det eksterne pres ikke er en forudsætning for god registreringspraksis. Esbjerg ligger som bekendt også i Region Syddanmark, og selvom de ikke oplever et

³⁷ Data fra NIP-sekretariatet.

³⁸ Dette er i overensstemmelse med for eksempel David J. Bernstein

eksternt pres, fremstår NIP som meget velintegreret i den daglige praksis, og man har haft en stabil høj standardopfyldelse over en lang periode.

Her er det indtrykket, at implementeringen af NIP har været drevet af en meget dedikeret klinikchef, der *"brænder for det."* Derfor arbejdes der målrettet både med registreringsdelen og med feedback på både registreringer og det talmateriale, der kommer fra NIP-sekretariatet. Her fremstår "ildsjælefaktoren" som væsentlig for at forklare, hvorfor og hvordan NIP bruges. Det samme kan siges om afdelingerne i **Århus**. Her er der også meget dedikerede personer i og omkring ledelsen, der finder det væsentligt, at afdelingerne scorer godt i NIP. Der findes altså på disse afdelinger et slags "indre" pres for at få gode tal, hvilket forudsætter god registreringspraksis. I Århus er der desuden også et eksternt pres fra det regionale niveau. Vi er ikke i undersøgelsen gået nærmere ind i, hvordan dette pres opleves på Århus sygehus.

3.2.3 Aktiv brug

En anden faktor, der understøtter, at NIP giver anledning til kvalitetsudvikling, er hvordan NIP formidles og anvendes på afdelingerne. Feedback, undervisning og formidling af hvorfor man skal registrere, og hvad NIP kan bruges til, samt hvordan der analyseres og følges op på resultaterne, er vigtige faktorer. Denne indsats forekommer særligt intensiv i Esbjerg, men finder også i større eller mindre grad sted på afdelingerne i Århus og en smule i Randers.

I **Esbjerg** gives der som beskrevet jævnligt undervisning i NIP, og der gives også individuel feedback til medarbejderne fra klinikchefen. Udover den individuelle feedback på skemaer, gives der også kollektiv feedback på resultaterne, når der har været audit. Der holdes lokale og regionale audits. De lokale audits, som har deltagelse af de relevante personer fra Almenpsykiatrisk afdeling, Esbjerg-Ribe, fremhæves af klinikchefen, som noget af det, der er vigtigt i forhold til kvalitetsudviklingen. Her bliver de meget konkrete i forhold til, hvordan de skal blive bedre helt praktisk, for eksempel diskussioner af, hvordan man kan måle blod-sukker, når patienten ikke vil ind på laboratoriet.

De regionale audits tillægges ikke den store betydning af klinikken, men klinikchefen fremhæver, at det er på de regionale audits, at behandlingen harmoniseres, hvilket hun mener, er vigtigt. At de regionale audits ikke har så stor betydning for klinikken, kan måske forklares med, at de generelt scorer godt i NIP, og ligger over regionsgennemsnittet.

Når medarbejderne får den kollektive feedback, ser de på, hvordan de er placeret i forhold til standarden og i forhold til andre afdelinger, og de drøfter, om der er noget, der kan ændres for at forbedre scoren. Disse tilbagemeldinger er med til at fastholde medarbejdernes fokus på NIP.

I **Århus** arbejder man meget med NIP-tallene og bruger dem til at optimere den kliniske kvalitet. Der kan være flere forklaringer på, at NIP bruges så aktivt, som det gør. En af forklaringerne kan være, at der er et stort ledelsesmæssigt fokus på NIP. Det gælder både fra det regionale niveau i Region Midt, men også fra afdelingsledelserne. Afdelingsledelserne opleves som engagerede og involverede i NIP, og *"Ledelsen vil have optimal kvalitet."* Det betyder, at det er vigtigt at kunne vise *"et ordentligt resultat eller en god forklaring på et dårligt."* Og som den ledende overlæge på geriatrisk afdeling siger: *"Vi kan bare ikke klare, at vi ikke har målopfyldelse. Vi vil gerne være de bedste."* Det store ledelsesmæssige fokus betyder, at der er afsat ressourcer og dedikerede personer til at arbejde med NIP.

I **Randers** opleves indikatorerne som nævnt ikke som meningsfulde, og det smitter naturligt af på, hvordan der arbejdes med NIP på afdelingen. Der analyseres således ikke nærmere på NIP-resultaterne, med mindre de ikke lever op til standarderne. Den viden, som afdelingsledelsen henter ud af NIP-rapporterne, er således *"om procenten er i orden, om vi har gjort det vi skulle. Ikke om vi har gjort det godt."*

I **Augustenborg** virker det som nævnt ikke til, at man arbejder systematisk med NIP, og man har endnu ikke implementeret en retvisende registreringspraksis, hvilket skal ses i lyset af, at man kun har været i gang siden 2007.

3.2.4 Sammenfatning

Undersøgelsen peger på, at en forudsætning for, at NIP indikatorerne opfattes som relevante og meningsfulde, er, at holdningen til at arbejde med dokumentation som baggrund for kvalitetsudvikling er positiv før NIP implementeres. Samtidig skal indikatorerne ramme områder, der i forvejen opfattes som vigtige på afdelingen.

Når indikatorerne opleves som relevante kan det motivere til, at der arbejdes aktivt med resultaterne fra NIP, hvilket også er en forudsætning for, at der opstår kvalitetsudvikling på baggrund af målingerne. Kvalitetsudviklingen opstår ikke af sig selv.

En yderligere forudsætning for, at NIP kan bruges til kvalitetsudvikling, er, at de data, der kommer ind i NIP, er retvisende. Derfor er det centralt at have en god registreringspraksis. En retvisende registreringspraksis kan opstå som følge af et eksternt pres, hvilket vi ser i Randers. Men den kan også opstå som følge af et indre pres, som opstår i de cases (Esbjerg og Århus), hvor NIP opleves som mest meningsfuld.

Endelig antyder undersøgelsen, at kvalitetsudvikling kan opstå alene som følge af et eksternt pres. I Randers ændres behandlingen af hoftepatienterne som følge af et sådant pres. Afdelingen oplever ikke selv, at den ændrede kliniske praksis giver bedre behandlingskvalitet, men hvis udgangspunktet er NIPs kvalitetsforståelse, er den ændrede behandling et udtryk for kvalitetsudvikling.

3.3 Ligeværdig dialog mellem fagpersoner og beslutningstagere

Udover kvalitetsudvikling og frustration, har vi også set andre resultater i NIP. Mere ligeværdig dialog mellem fagpersoner og beslutningstagere, som er et af de officielle formål med NIP, er en af dem.

I Region Midt er der som nævnt stort fokus på NIP. NIP har for eksempel været brugt som en del af argumentation for at fjerne behandlinger fra et hospital.

Både regionsrådsformanden og sygehusdirektøren fremhæver, at NIP er med til at sætte kvalitet på en "saglig" dagsorden. Det giver således et mere oplyst grundlag at diskutere på, idet det giver beslutningstagerne en mulighed for at få et bredere billede af behandlingskvaliteten, end den de får, når de hører enkeltstående sygehistorier. Sundhedsdirektøren udtaler, at: *"Brugen af dokumentation er vigtig, ellers bliver det bare, hvad man synes man fornemmer, og det bliver baseret på enkelte patienter og enkeltksempler, og det duer ikke."* På regionsniveau er opfattelsen således, at NIP er meget fremmende for den ligeværdige dialog.

Det er ikke vores indtryk, at NIP bruges på samme måde af det regionale niveau i Region Syddanmark. Psykiatridirektøren er relativt positiv over for NIP, fordi formålet med det er forståeligt, men er generelt skeptisk i forhold til målingsystemer. *"En gris bliver jo ikke tungere af at blive vejet"*, som hun siger. Hun fremhæver i stedet, at hun bruger en bred palet af informationer, som grundlag for vurderingen af kvaliteten, for eksempel dialog med medarbejdere, *"man kan jo vælge kontakten med de folk man arbejder sammen med – og*

man kan fravælge den og så tage kontakten med tabellerne." Det ser heller ikke ud til, at politikerne i Region Syddanmark agerer i forhold til NIP-tallene.³⁹

NIP-tallene bliver også i et vist omfang brugt som udgangspunkt for dialog mellem hospitalsledelsen og afdelingerne i Esbjerg og Randers.⁴⁰ I Randers bruger hospitalets cheflæge NIP-tallene som en indgang til dialog med afdelingerne om kvalitet. Det kan han gøre, fordi NIP er evidensbaseret og udviklet af fagfolk. Derved kan han bedre gå ind i en kvalitetsdiskussion også på områder, der ikke er hans eget speciale. I Esbjerg opfatter den lægefaglige direktør for Psykiatrien i Region Syddanmark også NIP som et godt måleredskab for kvalitet. Fælles for begge er, at præstationsmålingerne ikke får lov til at stå alene, men tjener som et supplement til andre datakilder.

I Esbjerg bruger den ledende overlæge også NIP som et af flere redskaber til at få fingeren på pulsen i en stor og kompleks organisation, og det supplerer den direkte kontakt med medarbejderne. Hun bruger NIP som en " ... god rettesnor. Hvis man kan se, at der er et område, der måske er kommet bagefter ... hvad skyldes det så?" Hun oplever også, at hun får bedre information om de skizofrene patienter end om de øvrige patientgrupper på grund af NIP.

Der er i undersøgelsen også et eksempel på, at fagpersoner på ortopædkirurgisk afdeling i Århus har brugt NIP tallene i en dialog med hospitalsledelsen om, hvordan ventetider på operationer for hoftebrud kan reduceres.

Alt i alt tyder det på, at NIP har bidraget til en mere ligeværdig dialog mellem fagpersoner og beslutningstagere. Men det skal også bemærkes, at NIP kun er en del af "værktøjskassen" på dette område. Det er gennemgående, at baggrunden for, at indikatorerne bruges på den måde er, at de er **evidensbaserede og udviklet af fagfolk**. Dermed giver de et sagligt grundlag, som legitimerer, at beslutningstagerne kan tale med om den faglige kvalitet, selv om de ikke har fagligheden selv.

3.4 Anerkendelse af faggrupper og større fokus på sygdomsområdet

Både på hofte- og på skizofreniområdet opleves det, at NIP har bidraget til at give et større fokus på området. Fordi man nu på skizofreniområdet har fået nogle tal, giver det en god mulighed for at profilere området, der tidligere har været underprioriteret, siger den ledende overlæge fra Augustenborg. Og den ledende overlæge fra geriatriisk afdeling i Århus oplever også, at NIP har bidraget til større politisk fokus på patientgruppen med hoftebrud.

Medarbejderne i Esbjerg giver desuden udtryk for, at det kan være godt at have standarder for behandlingen, der viser, at der er mening i det arbejde, de udfører. Kontaktpersonerne besøger patienterne, og udadtil kan det måske se ud som om, at de bare snakker med patienterne. Og de nævner også, at der ikke er så meget status i at arbejde i psykiatrien. Men i og med at der er standarder for behandlingen, bliver det tydeligere, "at de laver andet end at drikke kaffe og ryge smøger", som en kontaktperson udtrykker det. Fagligheden bliver tydeliggjort.

Der er også en anden type anerkendelse på spil. På Klinik fra Skizofreni har medarbejderne i Hviding oplevet, at registreringsopgaven blev flyttet fra lægerne til patientens kontaktperson, som er den, der har langt den største del af kontakten med patienten, og som sikrer kontinuiteten i behandlingen. Kontaktpersonerne oplever, at dette forhold understreges og anerkendes ved, at det nu er dem, der skal registrere. Det betyder, at de har fået større ejerskab til patientens behandling. Men også at de har fået et større overblik over patienten. Vi har ikke set et tilsvarende resultat i de øvrige cases.

³⁹ Vi har ikke interviewet politikere fra Region Syddanmark i undersøgelsen.

⁴⁰ Dette aspekt er ikke undersøgt for de perspektiverende cases: Århus og Augustenborg.

3.5 Målforskydning

Når man ser på litteraturen om præstationsmålinger, er målforskydning en af de utilsigtede virkninger, som fremhæves mest. Vi har i Randers set små tegn på målforskydning, hvilket sandsynligvis skyldes det eksterne pres for at få gode resultater. Man har på afdelingen brugt relativt mange ressourcer på at få registreringspraksis på plads, men uden at NIP er brugt til kvalitetsudvikling. Formålet har alene været at få scoren op. Så i forhold til det brede formål om at udvikle kvaliteten i behandlingen, kunne ressourcerne måske have været brugt mere effektivt, og i den forstand kan der - sat på spidsen - være tale om målforskydning. Der er dog grænser for, hvor langt man i Randers er gået i den retning. Således har man nedlagt en projektansættelse af en ergoterapeut, der som sidegevinst gav bedre registreringspraksis, fordi man har været nødt til at ansætte en sygeplejerske for at få vagtplanen til at hænge sammen. Det har man gjort velvidende, at det kan give et fald i scoren. Det er et tegn på, at de faglige normer ikke tilsidesættes af hensyn til præstationsmålingerne.

Vi har ikke set tegn på målforskydning de øvrige steder. I Esbjerg er det også vigtigt at score godt i NIP, men medarbejderne er bevidste om, at de ikke skal prioritere det så højt, at det går ud over relationen til patienten. Dvs. at de ikke skal blive ved med at forsøge at overtale til for eksempel en blodsuktermåling, hvis de vurderer, at det kan skade forholdet til patienten. Derudover vurderes NIP ikke i Esbjerg at være så ressourcekrævende, at det stjæler tiden fra de andre ting, der også er vigtige i behandlingen.

Generelt virker det også til, at der er opmærksomhed på faren ved målforskydning. Formanden for indikatorgruppen for skizofreni giver et eksempel på en tidligere resultatindikator om patientens sociale funktionsniveau. Her gælder det, at de patienter, der har et dårligt funktionsniveau, når de kommer ind på en afdeling, også nogle gange har et dårligt socialt funktionsniveau, når de kommer ud. Og hun siger, at *"hvis de udelukkende lod sig dirigere af denne form for kvalitetsmåling, så ville man risikere, at de ville undlade at tage nogen mennesker ind, fordi de trak ned i statistikken."*

I undersøgelsen har vi ikke fundet tegn på strategisk adfærd i form af snyd osv. Det skal bemærkes, at det typisk også vil være svært at "afsløre" hvis det fandt sted. Man kan argumentere for, at vores primære dataindsamlingsmetode, interview med interessenter, ikke er velegnet, hvis man vil afsløre "problematisk" adfærd. Vi har dog trianguleret data i den forstand, at vi har interviewet flere forskellige typer af interessenter, og vi har i én case suppleret interview med observationsstudier. Selvom der i forbindelse med observationsstudierne blev opbygget en fortrolighed, gav disse studier heller ikke tegn på strategisk adfærd.

3.6 NIP-systemets design

I de foregående afsnit har vi set, hvordan afdelingernes respons på NIP påvirker, hvilke resultater systemet giver. I det følgende vil vi udpege nogle generelle kendetegn ved NIP, som ser ud til at have indflydelse på, hvordan systemet bliver modtaget.

3.6.1 Målingernes gyldighed

I NIP er indikatorerne udarbejdet af fagfæller i en bottom up proces, og de er evidensbaserede. Det vil sige, de dækker behandlingselementer, der opfattes som best practice. Det giver dem på nogle afdelinger en afgørende legitimitet, som også er baggrunden for, at de kan anvendes som grundlag for en ligeværdig dialog med fagpersoner.

Det er i den sammenhæng tilsyneladende ikke nødvendigt, at indikatorerne er baseret på evidens A, dvs. randomiserede kontrollerede forsøg. Andre og blødere evidensformer, såsom faglige ekspertvurderinger mm, kan være tilstrækkelige. NIP er således ikke et særligt præstationsmålingssystem, hvis principper kun finder anvendelse på det evidenstunge

sundhedsområde. Erfaringer fra brugen af NIP kan således være relevante for områder, der kun i ringe udstrækning, eller måske slet ikke, baserer sig på evidens A.

Legitimiteten understøttes også af den løbende revision af indikatorerne og den mulighed for tilbagemelding på indikatorerne, som ligger i NIP-systemet. Det betyder, at hvis frontpersonalet finder, at bestemte indikatorer ikke giver mening i klinisk praksis, så er der mulighed for at medvirke til en ændring af indikatorerne.

Denne tilgang til indikatorudviklingen er sandsynligvis en forudsætning for, at der opstår kvalitetsudvikling på baggrund af NIP jf. Esbjerg og Århus.

Et karakteristika ved sygehusvæsenet er tilstedeværelsen af stærke fagprofessioner. I professionssociologien forstås professioner almindeligvis som faggrupper, der er i besiddelse af en særlig specialiseret viden baseret på videnskabelig teori. Denne specialisering gør, at professionen oftest har monopol på fagudøvelsen, og har stor autonomi i udøvelsen af faget, fordi udenforstående ikke ved nok til at forstå eller kontrollere udførelsen af arbejdet.⁴¹ Der er ikke meget tvivl om, at de stærke fagprofessioner har lettere ved at acceptere indikatorer, som er udviklet af deres egne fagfæller, end indikatorer der er udviklet af andre.

3.6.2 Regionale audits

Undersøgelsen peger på, at NIP-systemets brug af audits bidrager til systemets positive virkninger på to måder.

For det første fremhæver nogle af interviewpersonerne, at det har betydning, at man ikke fremstår dårligt til audits – det ser vi særligt i Randers. Her er det ikke mindst centralt, at de øvrige deltagere til audits blandt andet er deres egne fagfæller. Dette er i god tråd med, at de stærke professioner traditionelt er reguleret ved selvjustits, der bygger på et meget stærkt sæt af normer og etiske regler i professionen.⁴² Hvis ikke normerne overholdes, er det med til at skabe mistillid til professionen i offentligheden.⁴³ For det andet bidrager audits til, at forskelle mellem afdelingernes resultater forklares, og indtrykket er, at denne auditfunktion bidrager til systemets legitimitet.

3.7 Adoption eller afvisning?

Undersøgelsen har vist, at designet af NIP imødekommer en del af de udfordringer, som forudses i litteraturen om præstationsmålinger. Udvælgelsen af indikatorer (evidensbase-rede og bottom up) og brugen af audits har således vist sig virkningsfuld i sygehuskonteksten, hvor der er stærke fagprofessioner.

Imidlertid viser vores undersøgelse, at det gode design ikke er nok. Hvis vi ser på, hvordan NIP virker på tværs af de fire cases, kan de placeres på et kontinuum med **afvisning** i den ene ekstrem og **adoption** i den anden ekstrem.

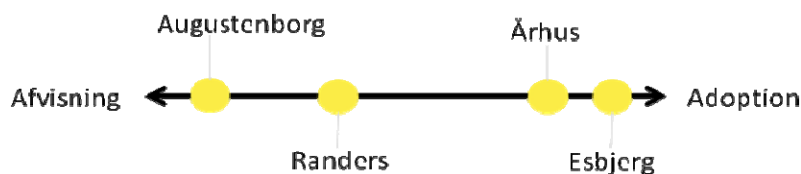
Adoption betegner en tilstand, hvor NIP er fuldstændig integreret i afdelingens arbejde. Afdelingen har taget NIP til sig som deres eget, og det anvendes til de ting, som giver mening for dem. Afvisning betegner den modsatte tilstand. NIP er ikke integreret i arbejdet. Det kører parallelt med afdelingens virke, og bruges ikke.

⁴¹ Freidson 2001

⁴² Friedson 2001

⁴³ Friedson, 2001, Andersen, 2005; Bøgh Andersen og Serritzlew 2006

Figur 8: Adoption eller afvisning?



Det virker, som om Esbjerg er dem, der i højst grad har adopteret NIP. NIP er implementeret, så det indgår som en helt naturlig del af kvalitetsarbejdet, og NIP har endda bidraget til, at medarbejderne oplever, at deres faglighed bliver mere anerkendt.

I Århus er NIP i høj grad adopteret. Der arbejdes meget seriøst med tallene i kvalitetsarbejdet på afdelingerne. At vi alligevel placerer Esbjerg længere ude end Århus skyldes, at NIP i højere grad spiller ind på det daglige arbejde for medarbejderne, og at medarbejderen føler, at NIP giver anerkendelse.

I den anden ende af skalaen finder vi Augustenborg. Her er NIP ikke en integreret del af arbejdet, men er tværtimod afkoblet fra afdelingens øvrige virke, og det virker ikke til, at implementeringen af NIP får meget opmærksomhed. NIP bidrager derfor ikke til kvalitetsudviklingen, men giver mest af alt frustration.

I Randers er der en delvis afvisning af NIP. NIP lever langt hen ad vejen sit eget liv, afkoblet fra arbejdet på afdelingen. Her er det et eksternt pres, der får afdelingen til at sikre en god implementering af NIP. Her ser vi imidlertid også et eksempel på det gamle ordspøg, at "man kan tvinge en hest til truget, men ikke til at drikke." Hvis NIP ikke giver mening på en afdeling, fører presset ikke til andet end, at afdelingen får sine procedurer og tal i orden, men i øvrigt ikke arbejder med NIP. Samtidig fostrer dette også frustration, idet man irriteres over at være tvunget til at skulle dokumentere til et system, der opfattes som en kontrolforanstaltning oppefra og ikke giver klinisk mening. Frustrationen næres også af behovet for dobbeltregistreringer.

Hvorvidt NIP bliver en "kvalitetssucces" eller ej, afhænger af, i hvilket omfang NIP afvises eller adopteres af de organisationer, som systemet retter sig imod. Undersøgelsen viser, at lokal ledelsesmæssig forankring er helt central for, at der kan ske en adoption. Der kræves ligeledes overensstemmelsen mellem NIP og afdelingernes faglige normer og holdninger. Det hænger sandsynligvis sammen med, at adoption af NIP er ressourcekrævende, og motivationen for at lave den nødvendige investering er størst, hvis systemet virker meningsfuldt og understøtter den tankegang, der i forvejen er på afdelingen.

Den store udfordring for NIP er således at få systemet til at give mening for de afdelinger, der er afvisende overfor NIP. Her peger undersøgelsen på, at det er centralt, at indikatorerne kan tilfredsstille flere forskellige faglige tilgange. Her kan det måske være en mulighed at etablere flere resultatindikatorer. Derudover kan det være vigtigt, at indikatorerne er tilpas ambitiøse til, at bare det at leve op til standarderne giver et kvalitetsløft. I så fald vil et eksternt pres kunne sikre kvalitetsudviklingen. Det vil ikke nødvendigvis lede til adoption af NIP, men måske kan oplevelsen af, at der faktisk kommer noget godt ud af arbejdet med NIP, trække i den retning.

Et andet interessant resultat i undersøgelsen er, at vi kun i begrænset omfang har set de negative utilsigtede virkninger, som ofte forbindes med præstationsmålinger i litteraturen. Indtrykket er, at de stærke faglige normer på sygehusområdet er med til at modvirke nogle af disse. Det virker til, at disse normer begrænser graden af målforskydning.

De faglige normers betydning for systemets virkning er således dobbelt. På den ene side kan de betyde, at afdelinger vælger at afvise NIP, det vil sige undlader at arbejde dedikeret

med systemet. På den anden side er det netop disse normer, der sikrer, at systemets virkninger ikke bliver for u hensigtsmæssige.

4 LITTERATUR

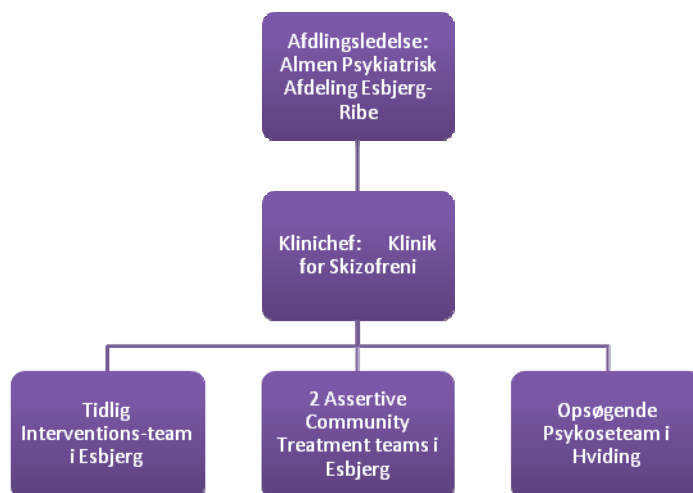
- Bernstein (1999) *Comments on Perrin's "Measurement Effective Use and Misuse of Performance"*. I *American Journal of Evaluation*, vol. 29 (1) pp. 85-93.
- Blomhøj, Gerda & Mainz, Jan (2000) *Audit - en metode til kvalitetsudvikling af klinisk praksis*. I *Ugeskrift for Læger*, Klaringsrapport (Nr. 9).
- Bouckaert, Geert & Peters, B. Guy (2002) *Performance Measurement and Management: The Achilles' Heel in Administrative Modernization*. I *Public Performance amp; Management Review*, vol. 25 (4) pp. 359-362.
- Bruun et al. (1998) *Monitorering af den faglige kvalitet på sygehuse*. Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen, vol. 74 (9) pp. 270-273.
- de Bruijn, Hans (2001) *Managing Performance in the Public Sector*. Routledge, London
- Bøgh-Andersen, Lotte og Serritzlew, Søren (2006) *Økonomiske incitamenter, professionelle normer og offentlig service: taxameterstyring i teori og praksis*. Politica nr. 4, december 2006
- Charmaz, Kathy (2006) *Constructing Grounded Theory*, SAGE
- Chen, Huey (1990) *Theory-Driven Evaluation*. Sage
- Dahler-Larsen, Peter og Krogstrup, Hanne Kathrine (2003) *Nye veje i evaluering*. Systime Academic.
- Danske Regioner (2009) *Økonomisk vejledning 2010*
- Flyvbjerg, Bent (1992) *Rationalitet og Magt*. Akademisk forlag
- Frey, Bruno S. og Jegen, Reto (2001) *Motivation Crowding Theory*. Journal of Economic Surveys, Vol. 15, no. 5
- Friedson, Eliot (2001) *Professionalism: the Third Logic*. Chicago University Press
- Hatry, Harry (2002) *Performance Measurement: Fashions and Fallacies*. I *Public Performance & Management Review*, vol. 25 (4) pp. 352-358.
- Holdt-Olesen, Peter & Madsen, Lone Bjørn & Nøhr, Katrine (2007) *Measuring Local Council Performance*. KREVI
- Kjellberg et al. (2003) *Internationale erfaringer med præstationsmålinger og offentliggørelse af præstationsdata*. DSI
- Kjærgaard, Johan & Mainz, Jan & Jørgensen, Torben (1999) *Overvågning og forbedring af lægefaglige kerneydelser; Brug af indikatorer*. I *Ugeskrift for Læger*, vol. 161
- Krogstrup, Hanne Kathrine (2006) *Evalueringsmodeller. 2. udgave*. Academica
- Mayne, John (2007) *Challenges and Lessons in Implementing Results-Based Management* i *Evaluation* vol 13(1) pp 87-109
- NIP-sekretariatet (2001) *NIP Nyt, Nyhedsbrev nr. 1*
- NIP-sekretariatet (2004-2010): *Sundhedsfaglige rapporter for henholdsvis Skizofreni og Hoftenære frakturer*
- NIP-sekretariatet (2006) *Kort manual til journalaudit*. www.nip.dk
- NIP-sekretariatet (2007) *NIP-håndbogen; Det Nationale Indikatorprojekt til måling og forbedring af de sundhedsfaglige kerneydelser; 1. version*. www.nip.dk
- NIP-sekretariatet (2007) *Dokumentalistrapport for Hoftenære frakturer*
- NIP-sekretariatet (2008): *National auditrapport for Hoftenære frakturer*
- NIP-sekretariatet (2009) *Dokumentalistrapport for Skizofreni*
- NIP-sekretariatet (2009) *Manual for udvikling af sygdomsspecifikke indikatorer, standarder og prognostiske faktorer i Det Nationale Indikatorprojekt*
- Pawson, R og Tilley, N (1997) *Realistic Evaluation*. Sage
- Perrin (1998) *Effective Use and Misuse of Performance Measurement*. I *American Journal of Evaluation*, vol 19 (3) pp. 367-379
- Perrin (1999) *Performance Measurement. Does the Reality Match the Retic? A Rejoinder to Bernstein and Winston*. I *American Journal of Evaluation*, vol 20 pp 101-111

- Poister, Theodore H.(2003) *Measuring Performance in Public and Non-profit Organizations*. John Wiley and sons Ltd.
- Power (1996) *The Audit Society*. Oxford University Press
- Rieper, Olaf og Foss Hansen, Hanne(2007) *Metodedebatten om evidens*. AKF
- SfR (2004) *Vejledning i Udarbejdelse af referenceprogrammer*.
- Skov, Jacob (2009) *Det brændende engagement*. Gyldendal Business
- Strauss, A og Corbin, J, (1990) *Basics of Qualitative Research*. Sage
- Sundhedsstyrelsen (1993) *National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*. Vojens: P. J. Schmidt Tryk.

5 BILAG 1A: KLINIK FOR SKIZOFRENI, ESBJERG - CASEBESKRIVELSE

5.1 FAKTA

Region Syddanmark har samlet al sin psykiatribehandling i ét psykiatrisygehus - Psykiatrien i Region Syddanmark. Psykiatrien er delt op i en række geografiske hovedfunktioner. I denne case har vi fokuseret på Klinik for Skizofreni, der er et ambulante behandlingstilbud under den hovedfunktion, der hedder Almenpsykiatrisk Afd. Esbjerg-Ribe (APA Esbjerg-Ribe)⁴⁴. Desuden har vi set på et sengeafsnit i Esbjerg, der også hører under APA Esbjerg-Ribe. Diagrammet nedenfor viser organiseringen.



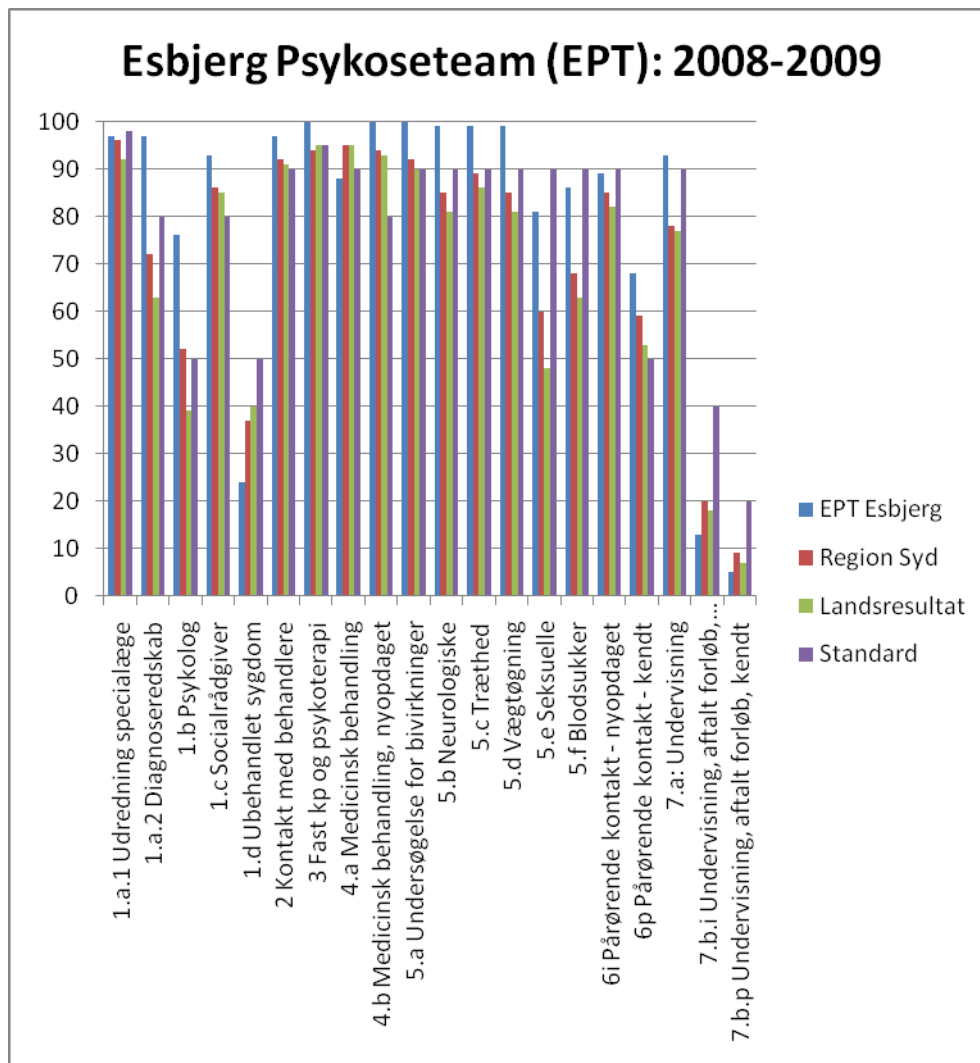
Note: I Almen Psykiatrisk Afdeling Esbjerg-Ribe findes der en lang række andre enheder end Klinik for Skizofreni: tre sengeafsnit i Esbjerg, tre sengeafsnit i Hviding, fem Distriktspsykiatriske teams, Affektivt Team, Geronto-Neuropsykiatrisk Klinik, Mobilteam, Åben psykiatrisk skadestue i Esbjerg og Psyko-terapeutisk ambulatorium i Hviding.

Der er registreret til NIP siden 2004. I de regionale NIP-rapporter bliver registreringerne opgjort for de enkelte afdelinger eller teams, og der er derfor ikke et samlet tal for APA Esbjerg-Ribe. Både NIP-rapporter for borgere og sundhedsprofessionelle er tilgængelige på sundhed.dk for Region Syddanmark.

I borgerrapporterne på sundhed.dk figurerer alle afdelingerne dog ikke ikke, eller også er der brugt navne, som ikke stemmer overens med den nuværende organisatoriske virkelighed. Dette umuliggør, at de borgerrettede rapporter kan bruges til at finde informationer om kvaliteten for de enkelte afdelinger og teams. F.eks. har der aldrig været en psykiatrisk afdeling på Esbjerg sygehus, der ellers figurerer med resultater fra 2004 til 2008.

I de sundhedsfaglige rapporter figurerer Klinik for Skizofreni under betegnelsen "Psykoseteam Esbjerg" (EPT) med følgende resultater for perioden april 2007 til marts 2008. De 20 forskellige indikatorer er fordelt på 7 indikatorområder for ambulante skizofrene patienter:

⁴⁴ Tidligere Psykiatricenter Vest og Hovedfunktion Vest



Note: Den lodrette akse viser andelen af patienter i procent, der har modtaget det pågældende behandlingselement, indikeret af indikatoren. Standarderne for indikatorerne har ændret sig i perioden, men er for 2008: 1.a.1: 98%, 1.a.2: 80%, 1.b: 50%, 1.c: 80, 1.d: 50%, 2-3: 85%, 4a: 90%, 4b: 80%, 5.a-f: 90%, 6: 90%, 7.a: 90%, 7.b.i: 40%, 7.b.p: 20%. Kilde: sundhed.dk

Figuren viser, at Klinik for Skizofreni generelt har fine resultater i NIP. For langt de fleste indikatorer ligger klinikken således både over landsgennemsnittet og over de øvrige i Region Syddanmark. Klinikken har også en høj grad af standardopfyldelse. I 2008 opfylder de således 17 ud af 20 standarder. Til sammenligning opfyldes der på landsplan 7 ud af 20 standarder. Den høje standardopfyldelse har været karakteristisk for Klinik for Skizofreni siden NIP's opstart.

5.1.1 Klinik for Skizofreni

Klinik for Skizofreni er en ud af to specialfunktioner for skizofreni i Region Syddanmark. Klinikken får satspuljemidler for at arbejde med tidlig intervention. Bemandingen er som følgende:

- Klinikchef
- 1,5 afdelingssygeplejerske
- Fire læger (tre afdelingslæger og en 1. reservelæge)
- 24 behandlere (sygeplejersker, to socialrådgivere, to ergoterapeut, en socialpædagog og en social- og sundhedsassistent)

- fem lægesekretærer (ca. 3,5 årsværk) (hvoraf en er koordinator og superbruger af KMS, der bruges til indberetning af NIP-skemaer).

De fire teams varetager ambulante behandling af incidente og prævalente patienter med skizofreni over 21 år. Herudover behandles patienter med skizotypi eller symptomer på en prodromalt tilstand i tidlig interventionsteam. Udredningen foretages af speciallæge i psykiatri, og den løbende behandling varetages af behandlere i et af de fire teams. Behandlerne er kontaktpersoner for patienterne og deltager i konferencer på sengeafdelinger i perioder med evt. indlæggelse. Behandlerne har tilknyttet op til 17 patienter og enkelte tunge patienter har tilknyttet to behandlere. Socialrådgivere og ergoterapeuter har færre patienter tilknyttet, da de skal varetage særlige arbejdsopgaver i forbindelse med deres særlige faglige kompetencer. Nye medarbejdere har også færre patienter tilknyttet i opstartsfasen.

Klinikken er med fuld bemanning normeret til 350 patienter og har på nuværende tidspunkt omkring 240 patienter, hvoraf 20 patienter ikke har skizofrenidiagnosen, men skizotypi eller andet. I Hviding er der derudover godt 70 patienter.

5.2 Hvordan arbejdes der med NIP på afdelingen?

5.2.1 Registrering

På **Klinik for Skizofreni, Esbjerg** er det kontaktpersonerne, der udfylder NIP-skemaerne. Der er tale om ambulante patienter, så kontaktpersonerne indberetter dem en gang årligt – hvis de er startet op i april, skal de indberettes i april osv. På baggrund af checklister lægger sekretæren skemaerne frem til kontaktpersoner et par uger, inden de skal indberette. Skemaerne udfyldes med udgangspunkt i actioncards. Actioncard svarer til en udvidet behandlingsplan. Actioncards samler de vigtigste oplysninger om patienterne fra journalen, og de oplysninger, der skal over i NIP-skemaet, står i kursiv i vejledningen, så de er lette at finde. Hvis forarbejdet er gjort, dvs. hvis actioncardet er opdateret, tager det få minutter at udfylde skemaet.

Når skemaerne er udfyldt, går klinikchefen alle skemaerne igennem ”*Jeg ser alle skemaer – det tager ikke så lang tid, som det lyder, men der fanger jeg systemfejl*” dvs. hun finder de steder, hvor der er fejl i indberetningerne. Skemaet går evt. tilbage til kontaktpersonen igen. Derefter indberetter sekretæren skemaet.

På **sengeafdelingen** er det overlægen, der udfylder alle skemaerne ”*for at få udfyldt alle de her NIP-skemaer på en ordentlig og standardiseret måde*”. Begrundelsen er, at der er stor udskiftning blandt lægerne, og så bliver registreringerne for uens. Lægerne på afdelingen har ansvaret for at samle data ind – dvs. sikre at der er spurgt til de relevante ting. Også her er det sekretæren, der indberetter data til NIP.

Hos det opsøgende psykoseteam i **Hviding** var det tidligere lægerne, der udfyldte skemaerne. Siden årskiftet 2007-08 har det også her været kontaktpersonerne, der udfylder skemaerne med udgangspunkt i actioncardet. Afdelingslægen gennemgår ikke alle skemaerne, men er der uklarheder kan kontaktpersonerne drøfte det med afdelingslægen. Sekretæren indberetter til databasen.

5.2.2 Feedback

UDDANNELSE AF MEDARBEJDERNE

Der har været stor tilgang af medarbejdere i Klinik for Skizofreni, og i den forbindelse undersøges der løbende i skizofreni, og også i NIP-indikatorerne. Der er stort fokus på, at medarbejderne har en ensartet opfattelse af, hvad der ligger i de forskellige indikatorer. Hvad skal der til, før man kan sætte et kryds? Som supplement til de datadefinitioner, som findes på www.nip.dk har klinikchefen udarbejdet en kortfattet NIP-”manual”. I den har hun samlet de

præciseringer og forklaringer i forhold til indikatorerne og datadefinitionerne, som hun har samlet op gennem årene.

INDIVIDUEL FEEDBACK

Som beskrevet ovenfor går klinikchefen på **Klinik for Skizofreni** alle skemaerne for Esbjergs ambulante patienter igennem. Her ser hun efter deciderede dokumentationsfejl – hvor der f.eks. ikke er sat et kryds, selvom aktiviteten er udført. Hun ser også efter, om der er noget hun bliver overrasket over. F.eks. at der ikke har været en pårørende-kontakt for en patient, at der ikke er spurgt ind til alle bivirkninger mv. I begge tilfælde drøfter hun det med kontaktpersonen. En kontaktperson siger ”*når man har afleveret et NIP-skema, så er man altid spændt på, om man får det tilbage i godkendt form*”. Det er dog under 10 % af skemaerne, som får en individuel kommentar.

På **sengeafdelingen** oplyser overlægen, at hun bruger den kvalitetssikring, hun laver af indberetningerne, som en del af den feedback hun giver de læger, der er i en uddannelsesstilling. I afdelingen i **Hviding** får kontaktpersonerne ikke denne individuelle tilbagemelding på deres skemaer, da de som nævnt ikke kontrolleres af afdelingslægen.

KOLLEKTIV FEEDBACK

Klinikchefen modtager kvartalsvise standardrapporter fra NIP. Medarbejderne på Klinik for Skizofreni får en tilbagemelding på disse rapporter ”*det er meget vigtigt at give en tilbagemelding*”, siger klinikchefen, men hun gør ikke meget ud af standardrapporterne. Når der derimod har været lokal audit, får medarbejderne en grundig tilbagemelding.

Lægerne - både fra klinikken, sengeafdelingerne og klinikken i Hviding - får feedback i forbindelse med lægemøder og undervisning af læger, når der har været audits.

I Hviding gives der kun feedback på de kvartalsvise standardrapporter, hvis der er noget, som medarbejderne skal være særligt opmærksomme på. Et eksempel har været manglende indberetning af patienter. Medarbejderne får en tilbagemelding, når der har været lokal audit.

LOKAL AUDIT

Der afholdes lokal audit for alle de afdelinger i Almen Psykiatrisk Afdeling Esbjerg-Ribe, der indberetter til NIP. Det er klinikchefen, som også er NIP-ansvarlig og med i indikatorgruppen, der varetager den lokale audit. Her deltager typisk ledende personer, men alle interesserede kan i princippet komme med. På den lokale audit drøftes hver enkelt indikator, og de ser på, hvordan det ser ud i de enkelte dele af organisationen. Der er bevidst truffet et valg om, at de i NIP - og dermed også de lokale audits - skal have et udviklingsfokus. Så audits handler om, hvordan de kan blive bedre.

De lokale audits er ifølge klinikchefen det, der betyder mest hos dem i forhold til kvalitetsudvikling. Der bliver de meget konkrete i forhold til, hvordan de kan blive bedre.

REGIONAL AUDIT

De regionale audits har ligeledes et udviklingsfokus. ”*Det er noget med hele tiden at se det her som et udviklingsprojekt og ikke et forklaringsprojekt*”, som psykiatridirektøren udtrykker det. Derfor er der mest fokus på, hvad de kan gøre for at leve op til kravene, og ikke hvorfor de ikke gør det. I tråd med dette udveksles der erfaringer mellem de forskellige enheder. Til den regionale audit deltager omkring 50-65 personer – heriblandt psykiatridirektøren, Sygehusdirektøren og personer med faglige spidskompetencer på skizofreniområdet.

FEEDBACK FRA SYGEHUSLEDELSEN

Sygehusdirektøren har tidligere i flere omgange fremhævet afdelingens gode NIP resultater i Nyhedsbrevet for Psykiatricenter Vest.

SAMMENFATNING OM FEEDBACK

Overordnet set er der særligt på Klinik for Skizofreni et stort fokus på feedback. Der gives individuel feedback på enkelte skemaer (under 10 %) og kollektiv feedback til medarbejderne, når der har været audit. På sengeafdelingen er den individuelle feedback ikke ligeså eksplicit, men der gives kollektiv feedback i forbindelse med audits. I Hviding er der i mindre grad feedback, men der følges op, hvis der er områder, der skal have større fokus.

Der gøres meget ud af de lokale audits i Almen Psykiatrisk Afdeling Esbjerg-Ribe, og de har større betydning for dem end de regionale audits.

5.3 Eksternt pres?

Der kan være et eksternt pres på den enkelte afdeling for at få en god score i NIP. Dette pres kan komme fra henholdsvis offentligheden, politikerne, den regionale sygehusledelse og kollegaer fra andre afdelinger.

Der er ikke nogen af de interviewede, der nævner, at de oplever et pres fra offentligheden, selvom NIP-tallene er offentlige. Det kan måske hænge sammen med, at de har gode resultater i NIP.

KOLLEGIALT PRES

Både de lokale og de regionale audits har som beskrevet et udviklingsfokus, men alligevel giver de også et konkurrenceelement. Den lokale audit ansporer til en vis konkurrence internt siger den ledende overlæge *"man vil gerne være de bedste, og vi vil gerne have den bedste behandling til vores patienter"*. Som kvalitetschefen udtrykker det *"de sundhedsfaglige bryder sig ikke om at være den i klassen, som ikke kan måle sig med de andre"*.

DEN REGIONALE SYGEHUSLEDELSE OG DET POLITISKE NIVEAU

Klinik for Skizofreni og de øvrige afsnit klarer sig godt i NIP, og der opleves heller ikke et pres fra sygehusledelsen i forhold til at score bedre i NIP. Men som den ledende overlæge siger: *"et eller andet sted ved vi jo godt, at de også følger med på sidelinjen i, hvordan vi klarer os, så vi vil da gerne også have nogle præsentable resultater"*.

Der er også hos den ledende overlæge en bevidsthed om, at kvaliteten i behandlingen – herunder resultater fra NIP – måske kan have indflydelse på, hvordan de skizofrene patienter skal behandles i fremtiden.

Politikerne har tilsyneladende ikke et stort fokus på NIP. *"De orienteres om resultaterne, men de inddrages ikke direkte i den politiske diskussion"* som psykiatridirektøren udtrykker det.

5.4 Hvordan opfattes NIP på afdelingen?

Overordnet set er der en positiv opfattelse af NIP – både i Hviding, på sengeafdelingen og i Klinik for Skizofreni, Esbjerg. Indikatorerne opfattes generelt som meningsfulde, da de indfanger, om afdelingen leverer den behandling, som der er evidens for virker positivt for patienterne.

En af medarbejderne udtrykker det således *"man kan vel sige, at NIP handler om at levere en god behandling – nogen af de ting, der indgår i NIP undersøgelsen – det er jo nogen ting vi skal indfri, når vi giver en god behandling – det både gør vi og det vil vi også gerne"*.

Klinikchefen udtrykker det således *"vi går ikke ind for at opfinde den dybe tallerken selv. Vi går ind for at høre, hvad sker der ude i verden. Hvad er evidensbaseret? Hvad har man fundet ud virker? – Så vil vi også gøre det"*.

NIP opleves ikke som kontrol – men mere som et værktøj til sikring af kvaliteten. En læge siger *"jeg tror jo at alle er interesserede i at gøre et godt stykke arbejde, og hvis der er noget, der kan forbedres – så er det da bare om at gøre det"*.

Nogle kontaktpersoner giver udtryk for, at der godt kan være nogen ting, som man bare ikke får gjort hver gang *"jeg går og bliver lidt blind for det ... man kommer sådan ind i hverdagen, og så kører den bare ..."*. Det bliver ikke opfattet som negativt at blive mindet om det, som man måske har glemt *"jeg synes da det er rigtig fint ... at få det der spark som der måske nogen gange er lidt behov for"*.

At man også – særligt på klinik for skizofreni – prioriterer NIP højt, fremhæves af flere. En læge udtaler *"jeg har aldrig mødt et sted, hvor man brænder så meget for det"*.

Der er dog også enighed om, at NIP ikke indfanger alt, der er relevant i skizofrenibehandlingen. Relationen til patienten fremhæves som noget meget vigtigt, som ikke indfanges, men som måske heller ikke kan måles vha. generelle indikatorer. Opfattelsen er, at man ikke nødvendigvis leverer kvalitet i behandlingen, hvis man lever op til NIP-standarderne. Men lever man ikke op til standarderne, er behandlingen ikke i orden.

Det opfattes ikke som specielt belastende at udfylde NIP-skemaerne. *"Det er let at gå til og ikke tidskrævende"* udtaler en læge. Som beskrevet er der faste rutiner omkring dataindberetningen, og der anvendes actioncards. Klinikchefen har været meget opmærksom på, at det skal være overkommeligt *"det er noget, man skal have lagt ind i rutinen og få det til ikke at fylde så meget og forstyrre så meget"*. I Hviding har nogle medarbejdere tidligere opfattet det som en stressfaktor, men indtrykket er, at i takt med, at det er integreret i hverdagen, fylder det ikke så meget mere. Afdelingslægen i Hviding oplever det som en aflastning ikke at skulle udfylde alle skemaerne selv, og hun vurderer også, at det for nogle af indikatorernes vedkommende er mest relevant, at det er kontaktpersonen, der udfylder skemaet. Hun siger da også, at *"omfanget af NIP er meget passende"*.

5.5 Hvilke virkninger har NIP haft?

5.5.1 Virkninger på afdelingen

Det tyder på, at NIP har haft en række positive effekter på afdelingen. Der er generel enighed om, at NIP har påvirket kvaliteten i behandlingen i positiv retning. En medarbejder fra Klinik for Skizofreni, Esbjerg udtrykker det således *"jeg tror, at den praksis, der er fulgt i kølvandet på NIP, er noget bedre – altså en bedre behandling, end den der blev givet før"*. Overlægen på sengeafdelingen deler denne opfattelse *"NIP har været med til at skærpe vores opmærksomhed på behandlingen – altså den har helt klart forbedret vores behandling. Vi har fået mere fokus på forløbene, kan man sige, og vi har fået meget mere fokus på bivirkninger f.eks."* Hun nævner også, at det har forbedret kvaliteten af diagnosticeringen.

Det, der primært bruges som forklaring på kvalitetsløftet, er øget systematik *"før NIP ... der mener jeg da også, at man leverede en fornuftig behandling rundt omkring, men det var ikke så systematisk nødvendigvis"*. NIP bruges således i høj grad som en tjekliste, der sikrer, at kontaktpersonerne husker det hele for alle patienterne. En kontaktperson, som ikke har sygeplejebaggrund, siger for eksempel *"jeg skal tænke mig om for at have fokus på at undersøge bivirkninger osv. – for det falder mig ikke naturligt"*. En læge nævner også, at det hjælper til systematik at spørge ind til bivirkninger. En anden medarbejder nævner følgende *"det udvider jo vores relation med patienterne også, for du kommer jo ind i nogen nye områder, som undersøgelsen tvinger dig i, som du ikke ville været kommet af egen drift – og det er alt andet lige både godt og spændende"*.

Klinikchefen fremhæver også systematikken som vigtig *"NIPs store fortjeneste er, at vi ikke alle sammen gør noget forskelligt"*.

På trods af den positive holdning til NIP og NIPs virkninger er der en generel bevidsthed om, at det ikke kun er NIP, der er skyld i, at kvaliteten af behandlingen er øget – der er også hentet inspiration andre steder fra til kvalitetsudvikling. Holdningen udtrykkes af formanden for indikatorgruppen, der siger at *"det er ikke sådan, at det kun er os, der har ansvaret for den har udvikling, men vi er bestemt med til at drive det, tror jeg"*.

Selvom det opleves som vigtigt at få gode resultater i NIP, har vi ikke fundet tegn på målforskydning: at scoren bliver vigtigere end selve målet med behandlingen. En af medarbejderne siger det sådan *"altså du skal ikke sætte relationen over styr"*. Der er således en balance mellem at levere den behandling, som skal til for at få gode NIP-tal, og så de individuelle hensyn til patienten. Er en patient for eksempel meget bange for at få taget blodprøver, så skal det *"jo heller ikke være sådan, at alle samtaler kommer til at handle om det der blod-sukker – altså så interessant er det ikke"*, siger en medarbejder. Det er heller ikke vores indtryk, at de gode NIP-tal bruges som en sovepude – at man synes, man behandler godt nok, bare fordi man gør de ting, som man skal ifølge NIP. Der er som nævnt centrale elementer i skizofrenibehandlingen, som ikke fanges i NIP.

En anden virkning af NIP er, at nogle kontaktpersoner oplever, at de har fået øget ejerskab til patienterne, fordi det er dem, der indberetter til NIP. Dermed bliver det tydeligt, at det er kontaktpersonens patient, og dermed er det også kontaktpersonen, der skal have overblikket over patienten.

Medarbejderne oplever også, at NIP har givet øget status til skizofreniområdet *"at kunne sige, at der er faktisk noget bag det (...) det er ikke os selv, der har opfundet det her, men at vi faktisk følger nogle retningslinjer – det synes jeg da er rart nogen gange"*. En anden medarbejder siger tilsvarende *"ja – vi laver andet end at ryge smøger og drikke kaffe"*.

5.5.2 Virkninger for afdelingsledelsen?

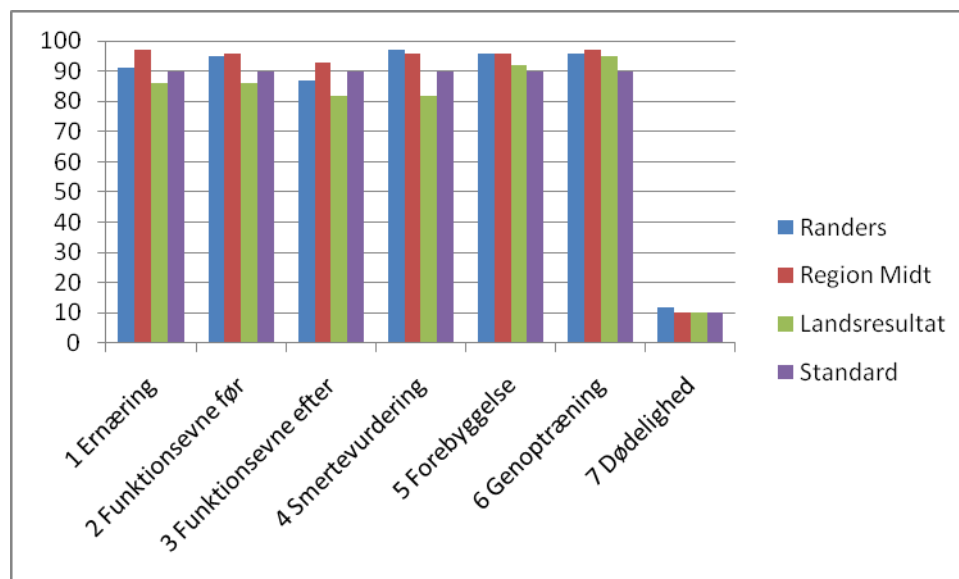
Den ledende overlæge har også en positiv holdning til NIPs virkninger for behandlingens kvalitet, og bruger også selv NIP *"det er jo en god rettesnor. Hvis man kan se, at der er et område, der måske er kommet bagefter ... hvad skyldes det så"*. Hun bruger NIP som et redskab til at få *"fingeren på pulsen"* i en kompleks organisation, og det supplerer den direkte kontakt med medarbejderne. Hun oplever også, at hun får bedre information om de skizofrene patienter end om de øvrige patientgrupper pga. NIP.

6 BILAG 1B: ORTOPÆDKIRURGISK AFDELING, RANDERS - CASEBESKRIVELSE

6.1 FAKTA

Ortopædkirurgisk afdeling på Regionshospitalet Randers har registreret til NIP på hoftområdet siden 2003. Figuren nedenfor viser scoren for Randers for perioden august 2008-august 2009.

Figur 1. Randers aug. 2008 - aug. 2009.

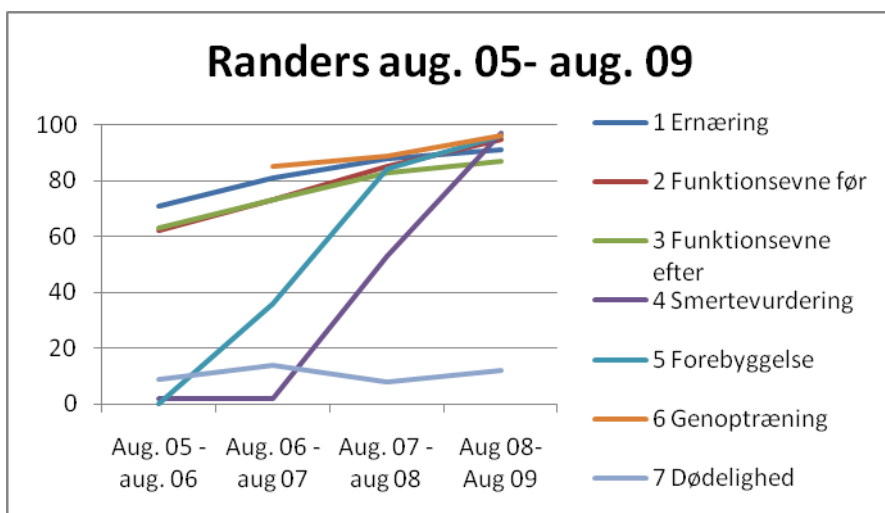


Note: Den lodrette akse viser andelen af patienter i procent. Standarden for indikator 1-6 er ≥ 90 pct., for indikator 7 ≤ 10 pct., Kilde: www.sundhed.dk

Afdelingen opfylder for registreringsperioden standarderne for alle procesindikatorerne 1-6. Afdelingen klarer sig ligeledes godt i forhold til resultatindikatorerne 7-10⁴⁵. Denne måleperiode er den første, hvor afdelingen lever op til alle standarder i NIP. Tidligere har afdelingen generelt scoret lavere end de øvrige ortopædkirurgiske afdelinger i Region Midtjylland på procesindikatorerne. I forhold til resultatindikatorerne har afdelingen derimod altid klaret sig bedre end eller lige så godt som både Region Midtjylland og landet som helhed. Afdelingens udvikling i fht. NIP-score illustreres nedenfor.

⁴⁵ I oversigten er der kun vist indikator 7 – dødelighed. Indikator 8, 9 og 10, handler om behov for reoperation inden for to år, og opgørelsen er derfor forsinket.

Figur 2. Udviklingen i NIP-score på ortopædkirurgisk afdeling i Randers



Note: Den lodrette akse viser andelen af patienter i procent. Tallene til højre markerer de ti indikatorer. Standarden for indikator 1-6 er ≥ 90 pct., for indikator 7 og 9 ≤ 10 pct., for indikator 8 ≤ 15 pct. og for indikator 10 ≤ 2 pct.
Kilde: www.sundhed.dk

6.1.1 Afdelingen

Ortopædkirurgisk afdeling på Regionshospitalet Randers er en del af Regionshospitalet Randers og Grenaa og har en sengekapaletet på 359 senge (www.regionshospitalet-randers.dk) og ca. 1.800 ansatte, heraf 300 læger. Til afdelingen er tilknyttet fysioterapi og ergoterapi, som yder hjælp til optræning efter lægelig anvisning. Afdelingen er opdelt i otte afsnit, heraf to sengeafsnit i Randers og et i Grenaa.

Hoftesektoren på ortopædkirurgisk afdeling varetager behandlingen af lidelser omkring hofteledet, herunder hoftebrud. I perioden 16. august 2007 til 15. august 2008 behandlede afdelingen 294 patienter over 65 år med hoftebrud. Dermed er afdelingen den ortopædkirurgiske afdeling i Region Midtjylland, der i perioden behandlede flest hoftebrud på ældre patienter. Også sammenlignet med ortopædkirurgiske afdelinger i landets øvrige regioner ligger antallet af behandlede hoftebrudspatienter over 65 år i den høje ende (NIP, National Auditrapport 2008, hoftebrud). Alle de 294 patienter blev NIP-registreret.

6.2 Hvordan arbejdes der med NIP på afdelingen?

6.2.1 Registrering

Når en patient med en hoftebrud kommer ind på skadestuen, bliver NIP-skemaet lagt ind i patientjournalen, og derefter følger skemaet patienten rundt (sammen med journalen). Ved modtagelsen af patienten sættes der en label på skemaets forside med patientens data, dvs. navn, cpr-nummer og indlæggelsestidspunkt. Baggrundsoplysninger om patienten (demografi og ryge- og alkoholvaner) udfyldes af sygeplejersker i modtagelsen.

Den NIP-ansvarlige overlæge har uddelegeret skemaets udfyldning efter det princip, at det er den person, der er nærmest patienten i registreringssituationen, som udfylder den pågældende rubrik i skemaet. Det betyder i praksis, at de demografiske faktorer udfyldes af sygeplejerske i modtagelsen, ADL-score af fysio- og ergoterapeuter, smertevurdering af sygeplejerske eller fysio- og ergoterapeuter, brudprofylakse af læge eller sygeplejerske, operationsmetoder af den opererende læge og rehabilitering af fysio- og ergoterapeuter. Hver faggruppe har en NIP-ansvarlig person.

Når patienten bliver udskrevet, bliver patientens NIP-skema overdraget til den NIP-ansvarlige overlæges sekretær, som undersøger, om skemaet er korrekt udfyldt og indta-

ster oplysninger i NIP-systemet. Sekretæren lægger vægt på, at hun - og hvis nødvendigt den NIP-ansvarlige overlæge - er de eneste, der har skemaerne mellem hænderne efter patientens udskrivelse, fordi der på den måde sikres den bedste og mest konsistente udfyldning og indtastning.

Registreringen af skemaer sker løbende og typisk inden for et døgn efter patientens udskrivelse. Hvis der konstateres fejl eller mangler i et skema (fx en uoverensstemmelse mellem NIP-skema og epikrise-udskrivningspapir), bliver skemaet overdraget til den NIP-ansvarlige overlæge, som sørger for korrekt udfyldning, hvorefter skemaet returneres til sekretæren, som så taster det ind og herefter arkiverer det. Ifølge sekretæren er der fejl, mangler eller uklarheder på en stor del af skemaerne: *"ikke hver gang, men næsten"*, og den NIP-ansvarlige overlæge siger, at der dagligt lander skemaer på hans bord, som han må udfylde korrekt. Sekretæren understreger, at hun principielt ikke ser det som sin opgave at sørge for korrekt udfyldning, men at hun i praksis gør en stor indsats for at kvalitetssikre skemaerne ved at sørge for overensstemmelse mellem skemaet og de oplysninger, der i øvrigt er tilgængelige om patienten.

Sekretæren har til opgave at sikre, at der er 100 pct. databasekomplethed, dvs. at alle patienter, der lever op til NIP-kriterierne, rent faktisk bliver registreret. Det gør hun ved at printe udskrivelseslister ud og tjekke overensstemmelse med NIP-skemaerne. Hvis der er uoverensstemmelser mellem antal NIP-registreringer og antallet af udskrevne patienter, der lever op til inklusionskriterierne, fanges dette af hospitalets kvalitetskonsulent, som trækker data ud én gang om måneden. Hvis der er uoverensstemmelser, kontakter kvalitetskonsulent sekretæren, som så retter disse fejl. Afdelingen har i siden NIPs opstart haft databasekomplethed på 100 %.

6.2.2 Feedback

UDDANNELSE AF MEDARBEJDERNE

NIP indgår i den faste torsdagsundervisning af afdelingens reservelæger, når emnet her er hoftenære frakturer. Den NIP-ansvarlige overlæge sørger for at give personalet instruktioner, når der kommer nye skemaer med nye målepunkter/indikatorer. I forbindelse med afdelingens indsats for at rette op på den lave målopfyldelse afholdt overlægen et aftenmøde for personalet, hvor indikatorerne og indberetningen blev gennemgået.

I forbindelse med ferie har den NIP-registrerende afdeling måtte overlade NIP-patienter og dermed registrering til naboafdelingen, som det derfor også har været nødvendigt at undervise i NIP.

Der har desuden været undervisning ved hospitalets kvalitetskoordinator for at få NIP til at give mere mening for sekretærpersonalet.

INDIVIDUEL FEEDBACK

Der gives kun feedback på NIP-tallene på afdelingen fra afdelingsledelsen, hvis afdelingen ikke opfylder NIP-standarden. I de tilfælde tager afdelingsledelsen en snak med afdelingssygeplejersken på det berørte afsnit eller med den NIP-ansvarlige overlæge.

Den NIP-ansvarlige overlæge minder til tider personalet på enkeltvist, at de skal huske at registrere, f.eks. efter en operation. Ud over dette fremstår det ikke som om, at registreringen kvalitetssikres ved brug af individuel feedback.

KOLLEKTIV FEEDBACK

Den NIP-ansvarlige overlæge giver plejepersonalet tilbagemeldinger på morgenkonferencerne ved dårlige tal eller markante fald i scoren. Her søger man at finde forklaringen. Hver faggruppe har en NIP-ansvarlig person, der får tilsendt NIP-tallene pr. mail hvert kvartal.

Informanterne fra læge- og plejepersonalet bliver ikke informeret om disse tal. Derimod oplever de et meget stort fokus fra den NIP-ansvarlige overlæge på, om de får registreret. Plejepersonalet får også ros, hvis de arbejder godt med registreringen.

Der afholdes en fælles konference for personalet to gange om ugen, og her kan NIP også være på dagsordenen.

NIP bliver ikke mere taget op ved personalemøder på Ortopædkirurgisk Afdeling; det var dog tilfældet, da afdelingen havde en dårlig standardopfyldelse.

AUDITS

Der afholdes lokale audits en til to gange om året med deltagelse af ledelse, repræsentanter fra de forskellige faggrupper og kvalitetskonsulenten. Hvis der konstateres problemer, tages der fat i problemerne på de enkelte afsnit.

Afdelingsledelsen har tidligere deltaget i de regionale audits, men har nu nedprioriteret det, så andre fra afdelingen deltager. Dette skyldes, at NIP-ansvaret er uddelegeret til den NIP-ansvarlig overlæge, og at afdelingen nu lever op til standarderne i NIP.

FEEDBACK FRA SYGEHUSLEDELSEN

NIP betegnes af informanten fra hospitalsledelsen, som *"en vigtig, men lille del af hospitalsledelsens arbejde"*. NIP bruges som ledelsesredskab på den måde, at hospitalsledelsen kan bruge dårlige NIP-tal som en indgang til dialog med afdelingsledelsen.

Afdelingsledelsen på ortopædkirurgisk underbygger dette, idet de udelukkende oplever opmærksomhed omkring NIP fra hospitalsledelsen, hvis tallene er dårlige. Men også ved dårlige tal beskriver afdelingsledelsen hospitalsledelsens reaktion som dialogorienteret og ikke som baseret på sanktioner. Afdelingsledelsen har dog ikke været i tvivl om, når der skulle handles på dårlige NIP-tal: *"det er en 'skal-opgave'"*, som oversygeplejersken kalder det. Der afholdes lokale møder på Regionshospitalet Randers en gang om året, hvor NIP bl.a. drøftes, men *"det tager ingen tid, når vi ligger så pænt."* Afdelingsledelsen har dog tidligere oplevet, at dens lave NIP-score er blevet påtalt ved dette møde.

Ift. hospitalsledelsens tildeling af ressourcer til de enkelte afdelinger og tildeling af resultat-løn spiller NIP ingen eller en mindre rolle. Her vægtes budgetoverholdelse.

6.3 Eksternt pres?

KOLLEGIALT PRES

Sundhedsdirektøren i regionen bruger aktivt de regionale audits som et ledelses- og kvalitetsudviklingsredskab. Han sidder ikke selv personligt med ved audit; det gør regionens kvalitetskoordinator. Denne rapporterer efterfølgende videre til regionens topledelse, herunder sundhedsdirektøren. I rapporterne fra regionens kvalitetskontor fremhæves det f.eks., hvis lægerne *"ikke går hårdt nok til hinanden"* i de tilfælde, hvor de burde gøre det; dvs. i tilfælde, hvor der er noget, der ikke fungerer. Hvis lægerne således ikke selv får taget problemerne op, tager sundhedsdirektøren i stedet disse op på de faste møder med hospitalsledelserne.

Tidligere deltog afdelingsledelsen ved de regionale audits, og de har oplevet at få kritik angående deres procedure for brudprofylakse, hvor de ikke tidligere rutinemæssigt gav kalk og D-vitamin til alle hoftebrudspatienterne. Den ledende overlæge siger at *"det ikke er så rart at få skæld ud"* til en audit, og i det pågældende tilfælde henvendte han sig til den NIP-ansvarlige overlæge for at få ændret proceduren.

DEN REGIONALE SYGEHUSLEDELSE OG DET POLITISKE NIVEAU

Region Midts sundhedsdirektør giver udtryk for en meget aktiv brug af NIP og andre kvalitetstal i sin ledelse. Han giver også udtryk for, at *"NIP giver mere mening end mange andre kvalitetsmålingssystemer"*. NIP indgår i de tre årlige møder, som han holder med de enkelte hospitalsledelser samt i rapporter til Regionsrådet. *"NIP er her egnet til ledelseskommunikation med politikerne, fordi det er forståeligt, overskueligt og meningsfuldt"* og *"NIP bruges som en vigtig indgangsvinkel for at få politikerne ombord i kvalitetsarbejdet"*. Desuden er NIP i Region Midtjylland blevet brugt som et argument for at lukke sygehusfunktioner.

Både repræsentanterne fra hospitals- og afdelingsledelsen opfatter da også, at fokus på NIP er relativt stort i Region Midtjylland. Hospitalsledelsen har en dialog med regionen om evt. dårlige NIP-tal, men gentagne dårlige tal har ikke haft konkrete konsekvenser for hospitalet.

Ledelsen på ortopædkirurgisk oplever ikke direkte en politisk opmærksomhed, men har indtryk af, at NIP spiller en større rolle i regionens dialog med hospitalsledelsen: *"regionalt er der fokus på det"*. Afdelingsledelsen oplever også, at hospitalet bliver målt på NIP ift. andre hospitaler.

Samme oplevelse har den NIP-ansvarlige overlæge, som mener, at den primære anvendelse af NIP-tallene er af politisk karakter til benchmarking og sammenligninger mellem sygehuse.

6.4 Hvordan opfattes NIP på afdelingen?

Blandt de adspurgte er der udbredt enighed om, at NIP enten er uden den store betydning eller slet ikke giver mening. Især lægerne mener ikke, at NIP giver mening. Det skyldes, at de ikke mener, at indikatorerne måler på kvaliteten af operationen. Problemet er for det første, at de oplysninger, som lægerne får fra NIP, er upræcise; der er ikke en tilstrækkelig beskrivelse af bruddet og udfordringer i forbindelse med operationen, og der burde desuden være flere oplysninger om patienten. Tallene giver dermed ikke lægerne viden, som de ikke havde i forvejen. I stedet nævnes Dansk Hoftealloplastisk Register som et brugbart værktøj for lægerne. Det kræver dog en meget mere grundig indberetning: *"det er meget mere krævede, men også meget mere præcist ... informationerne fra NIP er ikke præcise nok"*, som en reservelæge siger.

Der er uenighed blandt lægerne, om hvorvidt de plejefaglige indikatorer er de rigtige. Den ledende overlæge og 1. reservelæge mener, at disse er væsentlige for prognosen og for det hele billede af patienten. Dog nævnes det af alle faggrupper, at problemet med plejeindikatorerne er, at de kun måler på, om smerte eller funktionsniveau er målt, og ikke på, hvordan patienten scorer, eller hvordan patienten er blevet behandlet. Den NIP-ansvarlige overlæge mener blandt andet derfor, at plejeindikatorerne er uden betydning og er blevet presset igennem af de pågældende faggrupper i indikatorgruppen.

Plejepersonalet har en langt mindre negativ tilgang til NIP. Plejepersonalet mener selv, at de områder af plejen, som indikatorerne dækker, er relevante, men dog langt fra udtømmende ift. behandling og pleje. For det første beskriver indikatorerne en helt selvølgelig praksis. Og for det andet indbefatter kvalitet for hoftepatienter en lang række andre ting, end dem, NIP måler på. Det er ikke kun at *"reparere patienten"*. På denne måde *"kan NIP ikke stå alene."* Dette hænger også sammen med, at personalet mangler feedback på, om deres behandling virker: *"Vi skyder i blinde, det kunne være rart med feedback"*. Især ville de gerne have en indikator, som så på patienten efter et år. Dette gælder navnlig fysio- og ergoterapeuterne, som er optagede af, om deres genoptræning har virket. Fra alle faggrupper efterlyses gang på gang flere opfølgninger eller resultatindikatorer.

Sammenfattende kan man sige, at den gennemgående opfattelse er, at en høj NIP-score (på procesindikatorerne) ikke har nogen sundhedsmæssig effekt, den afspejler kun dokumen-

tationspraksis - til gengæld giver det fred fra ledelsen. At opfattelsen er, at NIP ikke kan bruges til kvalitetsudvikling resulterer også i, at der ikke analyseres på NIP tallene – med mindre der er problemer med standardopfyldelsen. Som ledelsen siger *"vi gør ikke noget ved det, hvis standarderne er opfyldte"*. Den viden, afdelingsledelsen kan hente ud af NIP-rapporterne, består udelukkende af *"om procenten er i orden, om vi har gjort det vi skulle, ikke om vi har gjort det godt."*

Den NIP-ansvarlige overlæge ser NIP som en kontrolforanstaltning fra hospitalsledelsen. Plejepersonalet har en anden opfattelse. De opfatter ikke registreringen som et udtryk for mistænkeliggørelse eller kontrol. En informant fremhæver det som noget positivt, at der sker en standardisering af de enkelte sygehuse. NIP fremstår heller ikke som et irritationsmoment for plejepersonalet: Det er, *"bare noget, som følger med som en del af pakken for denne diagnose"*. Personalet skal dog fra tid til anden mindes på at huske at registrere, hvilket bl.a. skyldes, at de registrerer mange steder. *"Det er godt, at det er grønt"*, som én siger om NIP-skemaet, der så bliver sværere at glemme. Men iøvrigt mener de adspurgte ikke, at NIP tager ret lang tid. Der er sket en opstramning af dokumentationsprocedurene, som har bragt tidsforbruget ned og fået registreringen mere integreret i praksis.

Det er dog en gennemgående holdning hos alle de adspurgte, at der er en stor irritation over dobbeltregistrering. Flere af oplysningerne i NIP-skemaet findes også andre steder, fx i *"det grønne system"*, som er et elektronisk system, men systemerne er ikke sammenkørte. Dette uhensigtsmæssige tidsforbrug fremhæves ligeledes af den registrerende sekretær. Hun mener også, at NIP *"fylder meget"* og tager meget af hendes tid og fokus fra andre opgaver.

6.5 Hvilke virkninger har NIP haft?

6.5.1 Virkninger på afdelingen

Afdelingen har tidligere oplevet at have en lav målopfyldelse i NIP på procesindikatorerne, hvilket man nu har ændret på. Ændringer i tallene afspejler dog ifølge de adspurgte stort set udelukkende ændringer i registreringspraksis og fokus på datakomplethed. Der har været afsat mange ressourcer på afdelingen til at få NIP-scoren op: en meget dedikeret NIP-ansvarlig overlæge og en ditto dedikeret sekretær samt en ergoterapeut, som også har bidraget til en bedre registrering. Frontpersonalet udtrykker dette fokus på registreringspraksis sådan, at de næsten kan have lyst til bare at sætte krydset, for *"lederne kigger jo bare på, om krydset er sat"*. Men de understreger også, at de aldrig ville sætte et kryds, hvis de ikke var helt sikre på, at en behandling er foretaget. Det lyder dermed enstemmigt fra alle informanter, at NIP stort set ikke har haft nogen effekt på afdelingen. En informant fra plejepersonalet siger: *"Patienterne får hverken bedre eller dårligere behandling, fordi vi skal sætte det kryds. Vi gør jo nøjagtig det samme"*.

Der er dog eksempler på, at der er skabt mere fokus på det, der måles i NIP. *"Måske er man lidt mere grundig"*. Et konkret eksempel er, at NIP har affødt, at ADL-vurderingen nu bliver foretaget mere systematisk. Dette opfattes som en kvalitetsforbedring, da man så er nødsaget til at sætte sig mere grundigt ind i patienten. En anden konkret virkning af NIP har været, at man på afdelingen som følge af kritik på en audit samt en henstilling fra hospitalsledelsen nu er begyndt at give alle ældre hoftebrudspatienter kalk og D-vitamin som brudprofylakse; også selvom opfattelsen er, at der ikke er nogen sundhedsmæssig effekt af dette tiltag. Tiltaget har bevirket, at indikatoropfyldelsen er steget markant (jf. figur 1). Generelt er der også den tilgang til dokumentation, at det betyder noget, at man bliver målt og vejet – og når det går godt, giver det anerkendelse.

Afdelingsledelsen betegner implementeringen af NIP som *"en hård fødsel"*, der også betød, at man for at lette registreringsarbejdet flyttede alle hoftepatienter til én afdeling, hvor de før var fordelt på to afdelinger.

Den NIP-ansvarlige lægesekretær nævner desuden, at der med NIP sker en ekstra sikring af tal og oplysninger. Når man dobbelttjekker NIP-tallene med andre steder, sikrer man sig også, at oplysninger findes her (epikrisen, det grønne system, den rigtige operationskode mv.).

Det er dog væsentligt at fastslå, at afdelingen arbejder systematisk med kvalitetsudvikling, men ikke ud fra NIP. Der pågår bl.a. forskningsprojekter og hoftekirurgerne bruger Dansk Hoftealloplastisk Register. Desuden kommer initiativet til kvalitetsudvikling og ændrede arbejdsgange i følge oversygeplejersken ofte mere fra personalet på gulvet, end fra ledelsen.

6.5.2 Virkninger for afdelingsledelsen

Afdelingsledelsen mener ikke, at tiden brugt på registrering står mål med udbyttet. Det gælder navnlig de lægefaglige indikatorer. Og afdelingsledelsen mener ikke, at de får oplysninger om kvaliteten i behandlingen fra NIP. Men det er ikke desto mindre vigtigt at opfylde standarderne i NIP - dels for at undgå påtale på audit og dels for at opfylde hospitalsledelsens krav. Afdelingsledelsen har derfor uddelegeret hele ansvaret herfor til den NIP-ansvarlige overlæge, fordi de så er sikre på, at det bliver gjort effektivt. Det påpeges her, at *"dokumentation er en svær opgave"*, som kræver at det giver mening, og at man finder en skabelon, så den fylder mindst muligt, som oversygeplejersken siger.

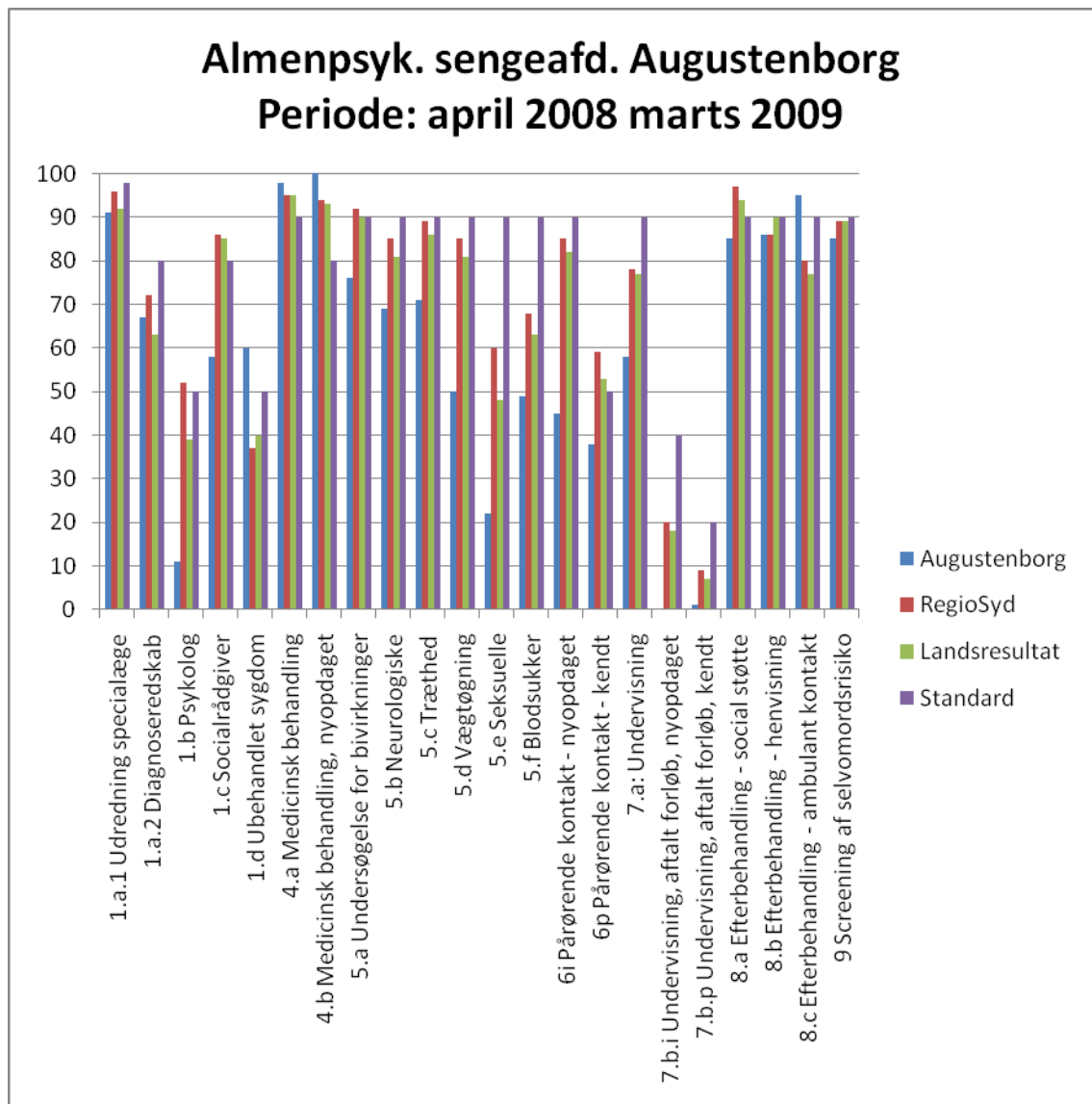
7 BILAG 1c: ALMEN PSYKIATRISK AFDELING, AUGUSTENBORG - CASE-BESKRIVELSE

7.1 FAKTA

Region Syddanmark har samlet al sin psykiatribehandling i ét psykiatrisygehus - Psykiatrien i Region Syddanmark- med afdelinger spredt over hele regionen. I denne case er hovedfokus på sengeafsnittet i Almenpsykiatrisk Afdeling (APA) i Augustenborg. Under APA Augustenborg findes udover sengeafsnittet 4 distriktpsychiatriske centre (DPC). Centret i Tønder har et opsøgende psykoseteam, og vi har i undersøgelsen gennemført et enkelt interview med en medarbejder derfra.

Afdelingen begyndte først at registrere til NIP i 2007. Det skyldes at implementeringen af NIP blev udsat i det tidligere Sønderjyllands Amt pga. arbejdet med en kvalitetsikringsdatabase for ambulantly psykiatrisk behandling: DIPSY.

Sengeafdelingen samt hvert af de distriktpsychiatriske teams har hver sin score i NIP. Resultaterne for Almen Psykiatrisk Sengeafdeling, Augustenborg følger nedenfor.



Afdelingen opfylder standarderne på de indikatorer, der omhandler Efterbehandling (Indikator 8), Medicinsk behandling (Indikator 4) og Udredning⁴⁶ (Indikator 1).

Afdelingen lever ikke op til standarderne i forhold til undersøgelse for bivirkninger (Indikator 5), kontakt med pårørende (Indikator 6), uddannelse i sygdommen (Indikator 7) samt selvmordsscreening (Indikator 9). Afdelingen ligger også med få undtagelser under gennemsnittet for Region Syddanmark og landsresultatet. Det overordnede billede er dog, at afdelingen på de fleste indikatorer har forbedret sin score siden første måling.

7.1.1 Sengeafsnittet, APA Augustenborg

Afsnittet har ca. 50 sengepladser, og der er ca. 20 NIP-patienter om måneden. Afdelingen er således ikke specialiseret i behandling af skizofreni, men dækker alle typer af psykiatriske diagnoser. På sengeafsnittet er der ca. 18 patienter pr. én overlæge og to reservelæger.

På sengeafdelingen består NIP-gruppen af en NIP-ansvarlig overlæge, en sygeplejefagligt uddannet udviklingskoordinator, en sekretær samt den ledende overlæge.

Det psykiatriske speciale er blandt de mindre søgte lægefaglige specialer. De yngre læger, der kommer på sengeafdelingen som led i deres uddannelsesforløb, er ofte kun på afdelingen i fire til seks måneder.

7.2 Hvordan arbejdes der med NIP på afdelingen?

7.2.1 Registrering

Det er lægerne, der registrerer til NIP **på sengeafdelingen**. Skemaet udfyldes i forbindelse med udskrivningen på grundlag af patientens journal eller epikrisen (udskrivningsnotat). Hvis en patient er indlagt i mere end et år, laver man en NIP-årsopfølgning.

Afdelingens NIP-ansvarlige overlæge har ansvaret for, at lægerne får registreret og for at følge op på NIP-tallene. Dette gælder særligt ift. de mindre erfarne yngre læger, som skal introduceres til NIP-registreringen. Den NIP-ansvarlige lægesekretær på afdelingen går de udfyldte skemaer igennem. Er skemaerne ikke blevet udfyldt eller er mangelfuldt udfyldt, opsøger sekretæren de pågældende læger for at rette op på det. Sekretæren krydstjekker indberetningerne med lister for diagnosen skizofreni (F-20 området) i patientregistreringssystemet OPUS for at sikre datakomplethed. Sekretæren tjekker op på dette ca. hver måned.

Sengeafdelingen har haft problemer med relativ lav datakomplethed og med at leve op til NIP-standarderne. Der er klar enighed om, at dette skyldes, at man på afdelingen stadig befinder sig i en indkøringsfase ift. NIP. Det fremhæves således af alle informanter, at afdelingen har – og navnlig har haft – problemer med at få registreret til NIP som en naturlig del af arbejdet. Sekretæren oplever, at skemaer kan være mangelfuldt udfyldt og må tilbage til lægerne, og både hun og udviklingskoordinatoren mener, at der også "kan blive sendt skemaer afsted" til NIP-databasen, som ikke er korrekt udfyldt. Årsagen til dette tilskriver alle informanter stor udskiftning i lægegruppen, samt at NIP-skemaer kun skal udfyldes for en mindre del af patientgruppen. NIP-registreringen er dermed ikke en rutine for lægerne. Desuden nævner sekretæren og udviklingskoordinatoren det problem, at lægerne ikke altid får udfyldt NIP-skemaet før et stykke tid efter, patienten er udskrevet, hvorved de ikke har patienten i frisk erindring.

⁴⁶ Det er ikke beregnet om standarden er opfyldt for indikator 1.a.2 og 1.b grundet lavt antal patienter.

Registreringen i **DPC-teamene** betegnes af den ledende overlæge som ”*mere systematisk*” end på sengeafdelingen, og teamene har da også bedre NIP-scoringer, end tilfældet er for sengeafdelingen. I teamene er det den sundhedsfaglige kontaktperson (sygeplejersker, ergo- eller fysioterapeuter), der udfylder NIP-skemaet én gang om året for hver patient. Herefter leveres skemaet til en sekretær, som indtaster data elektronisk og sender ind til databasen.

APA Augustenborg har udarbejdet en ny fælles behandlingsplan for både DCP og sengeafsnit, hvori de har indtænkt indberetning til NIP. Behandlingsplanen er endnu ikke implementeret.

7.2.2 Feedback

UDDANNELSE AF MEDARBEJDERNE

På **sengeafdelingen** underviser den NIP-ansvarlige overlæge efter behov de nye reservelæger i udfyldelse af NIP-skemaet. Sekretæren på sengeafdelingen introducerer nye reservelæger for skemaet som del af introduktionsforløbet.

I **DPC** er det den behandlingsansvarlige overlæge, som har ansvaret for undervisningen, men informanten fra DPC oplyser, at nye medarbejdere lærer at udfylde skemaet af en kollega. En enkelt gang har ledelsen bedt klinikchefen fra Klinik for Skizofreni i Esbjerg om at undervise i NIP i et distriktspsykiatrisk team, som oplevede et fald i sin NIP-score.

KOLLEKTIV FEEDBACK

På **sengeafdelingen** har den ledende overlæge uddelegeret varetagelsen af opfølgning på NIP-tal til overlægerne på de enkelte sengeafsnit og især til den NIP-ansvarlige overlæge. Den ledende overlæge følger således alene op på tallene ift. sine overlæger ved forskellige lægemøder. Her ses der f.eks. på, om der skal ændres arbejdsgange ift. at registrere til NIP, og der følges også op på datakompletheden. Det er ikke vores indtryk, at disse ting drøftes hyppigt, og det er heller ikke vores indtryk, at medarbejderne får feedback fra audits.

Opfølgningen ift. overlægerne tager ifølge den ledende overlæge form af en diskussion af om NIP-tallene – og den relativt lave opfyldelse af standarderne - svarer til den virkelighed, man oplever på afdelingen, eller om der snarere er tale om dokumentationsproblemer. Er det sidstnævnte tilfældet tager den ledende overlæge fat i overlægerne, og beder dem om at lære de yngre læger ikke at udskyde papirarbejdet. Den ledende overlæge er dog lidt tilbageholdende med at stramme op på registreringspraksis: Man ”*kan ikke stå ved hver eneste yngre læge hver gang*” og desuden vil den ledende overlæge gerne undgå en ”*oppefra-og-ned*” tilgang til sine medarbejdere.

For **DCP** gælder det, at opfølgningen på NIP-tal påhviler den overlæge, som er tilknyttet det pågældende DPC. Informanten fra DPC, som også er koordinator i sit team, oplever ikke, at der gives feedback på NIP-tal. Hun kender ikke tallene og siger at ”*Man udfylder skemaet og giver det til en sekretær, og så hører man ikke mere*”. Der nævnes dog et eksempel på, at den ledende overlæge i forbindelse med et pludseligt fald i NIP-tallene har bedt udviklingskoordinatoren – i samarbejde med den relevante afsnitsledelse – om at undersøge årsagen. Der blev efterfølgende planlagt og afviklet undervisning (se ovenfor).

LOKAL OG REGIONAL AUDIT

Afdelingens NIP-gruppe har været til regional audit i 2007. Der blev holdt et forberedende møde i NIP-gruppen forud for mødet, hvor man så på forklaringer på tallene og forslag til evt. revision af indikatorerne. Der har desuden været afholdt en lokal audit og en temadag med deltagelse af afdelingens overlæger. Der er imidlertid stor usikkerhed blandt de adspurgte vedr. indhold og tidspunkt for disse to møder. Indtrykket er ikke, at de to typer af audits fylder meget i bevidstheden på afdelingen.

FEEDBACK FRA SYGEHUSLEDELSEN

Ledende overlæge har diskuteret afdelingens NIP-tal med sygehusledelsens Kvalitetsråd, hvor bl.a. den lægefaglige direktør fra regionen er repræsenteret.

7.3 Eksternt pres?

Hverken den NIP-ansvarlig- eller den ledende overlæge udtrykker, at de har oplevet noget nævneværdigt pres for at få bedre NIP-tal – hverken fra regionens sygehusledelse, embedsmænd, regionens kvalitetsafdeling eller tilsvarende.

Jf. afsnittet om audits er det heller ikke indtrykket, at afdelingen oplever et kollegialt pres i forbindelse med audits.

7.4 Hvordan opfattes NIP på afdelingen?

Tilgangen til NIP på Almenpsykiatrisk afd. Augustenborg afhænger af, om man ser på sengeafdelingen eller på de ambulante centre i distriktspsykiatrien.

På **sengeafdelingen** er der en udbredt skepsis og tilsvarende irritation i forhold til at skulle registrere og dokumentere generelt, og det betragtes altovervejende som meningsløst. En forklaring på det kan, ifølge den ledende overlæge være, at lægepersonalet på en geografisk perifær afdeling som Augustenborg typisk er mindre forskningsorienteret og mere interesseret i det "patientnære" end på mange andre sygehuse. For denne type personale giver dokumentation endnu mindre mening end tilfældet ellers kunne være, og fra et ledelsesperspektiv betegnes det som en "pædagogisk udfordring" at få implementeret registrering og dokumentation.

Irritationen gælder også NIP, som dog beskrives en smule mere positivt, end de øvrige dokumentations- og præstationsmålingssystemer på afdelingen. "Registreringssystemer generelt tager ikke hensyn til den virkelighed, vi synes, vi står i. (...) NIP er forholdsvist fornuftigt, men kommer ind under den samme irritation", siger den ledende overlæge. Det er således opfattelsen, at NIP måske kunne virke mere hensigtsmæssigt end andre dokumentationssystemer, hvis man arbejdede systematisk og dynamisk med NIP på afdelingen. Men afdelingsledelsen oplever ikke, at de har tilstrækkelige ressourcer til at få implementeret og brugt NIP ordentligt, hvorved man kunne få det "til at give mening". "Problemet er, når der kommer for mange registreringsopgaver oveni hinanden, og NIP er bare én af disse."

Opfattelsen på afdelingen er, at NIP ikke måler på kernen i kvalitet i behandlingen af skizofrene. "Indikatorerne giver mening, men der er noget kernemæssigt, man ikke kan få med", siger den ledende overlæge. Ledende overlæge uddyber dette med en modstilling mellem det kvantitative og det kvalitative i behandlingen. Det gælder således både for NIP og for andre typer af målinger af afdelingens aktiviteter (f.eks. aktivitetsmålinger, der danner grundlag for tildeling af budgetter til afdelingerne), at det ikke "kommer an på kvaliteten af aktiviteten, men mængden i aktiviteten". Og det fremhæves helt generelt, at det er kvaliteten af relationen til patienten, som er helt afgørende for behandlingen, og at denne ikke kan måles. En lægefaglig informant mener desuden, at der i NIP mangler en måling på, om patienterne bedres under indlæggelsen. Den eneste undtagelse, der nævnes, er indikatorerne omkring bivirkninger af den antipsykotiske medicin (indikatorer 5 e-f).

Den store skepsis i forhold til at dokumentere og registrere vedrører ikke kun frustrationen over, at man ikke måler på den egentlige kvalitet i behandlingen. Informanterne oplever også, at registrering og dokumentation medfører et uforholdsmæssigt stort tidsforbrug, der kun tager tid fra arbejdet med det, som betyder noget for patienternes bedring. Registrering og dokumentation er dermed ikke størrelser, som understøtter eller fokuserer behandlingen, men blot forringer denne. Den ledende overlæge udtrykker således en bekymring for,

at det bliver sværere at holde fokus på den kliniske forbedring, når man skal dokumentere, og samtidig opstår der en fare for, at man bare vil producere gode tal.

Informanterne opfatter det desuden som noget nyt og endnu ikke indarbejdet at skulle registrere, især til NIP. Det skal bemærkes, at afdelingen som nævnt først begyndte på registreringen i 2007. Den NIP-ansvarlige overlæge betegner registreringen som et *"kaos i begyndelsen"*.

På afdelingen ytres da også gennemgående mistillid til NIP-tallene, idet informanterne ikke virker overbeviste om, at data er sikre nok til, at de kan bruges til noget. Dette forhold har dog rettet sig noget op. Den NIP-ansvarlige sekretær og kvalitetsmedarbejderen yttrer også skepsis i forhold tallenes anvendelighed: *"og hvis ikke tallene afspejler den faktiske kvalitet er det svært arbejde med dem"*.

Trods den gennemgående irritation over NIP og over dokumentation generelt, er indtrykket, at NIP på det konkrete plan fylder meget lidt på afdelingen. Dette ses i, at mange informanter udtaler sig med usikkerhed om faktuelle forhold i NIP så som indholdet af indikatorer, deltagelse i audits, udsendelse af kvartalsrapporter. Det er selve udfyldelsen af skemaerne og det, at skulle registrere, som fylder. Registreringen er noget, som skal overstås, så man kan bruge tiden på noget mere relevant.

I de ambulante DPC er holdningen til NIP delvist en anden. Informanten mener, at registreringen giver mening, og at indikatorerne ligger tæt op det daglige arbejde med skizofrene, og at de dermed fanger noget væsentligt i skizofrenibehandlingen. Det er heller ikke opfattelsen at selve registreringen er særlig tidskrævende: *"data er indhentet på forhånd"*.

7.5 Hvilke virkninger har NIP haft?

7.5.1 På afdelingen?

Det tyder på, at virkningerne af NIP på **sengeafdelingen** har været begrænsede. Det er en generel oplevelse hos alle informanter, at NIP-tallene spiller en meget underordnet rolle på afdelingen. Hverken den ledende overlæge eller den NIP-ansvarlig overlæge har stort fokus på brug af NIP-tallene eller de kvartalsvise rapporter: *"der kommer så meget"*, som den ledende overlæge siger, og supplerer med, at hun efterhånden kender *"de ømme tæer"*. Den NIP-ansvarlig overlæge kommenterer brugen af tal og rapporter fra NIP med følgende: *"Ja, de går vist ud på computeren, så vidt jeg ved", Nej, det taler vi ikke specielt meget om."*

Der gives blandt informanterne kun et par eksempler på, at der er fulgt op på NIP-tal og evt. ændret arbejdsgange på baggrund af tallene. Det drejer sig tydeligst om ændring af procedurer vedr. bivirkningsregistrering. Her er der udbredt enighed om, at registreringen til NIP har medvirket til at fokusere og systematisere kortlægningen af disse bivirkninger, og dermed været med til at hæve kvaliteten på afdelingen *"en lille smule"*. Desuden mener den ledende overlæge, at NIP har kunnet fungere som en løftestang for tiltag, hun i forvejen ville have iværksat, f.eks. omkring bivirkninger.

Desuden nævnes diskussioner ift. registrering af tildeling af kontaktperson (indikator 3).

Ledende overlæge vurderer, at afdelingen generelt gør tingene på en mere skemalagt måde end tidligere, og at de dermed er blevet mere strukturerede i dele af deres arbejde med patienterne. Det fremgår dog ikke klart, om der her udelukkende er tale om en effekt af NIP, eller om der også refereres til de forbedringer i processerne omkring epikriser, som også har fundet sted på afdelingen. Dette er imidlertid ikke en del af NIP-skizofreni.

Imidlertid betegner også den NIP-ansvarlige overlæge NIP-skemaerne som *"opstrammings-skemaer"*, ligesom den ledende overlæge mener, at personalet kan blive *"redskabsagtigt"*

dygtigere" med NIP. Men stadig ikke dygtigere til de mere kvalitativt prægede dele af behandlingen.

På positivsiden fremhæver ledende overlæge også, at valget af skizofreni/et psykiatrisk sygdomsområde til det Nationale Indikatorprojekt har givet mere fokus på et ellers overset sygdomsområde, og hun oplever dermed, at feltet får tiltrukket sig mere politisk opmærksomhed end tidligere.

På trods af disse små positive virkninger er den dominerende oplevelse af virkningerne af NIP negativ. Alle informanter mener, at NIP betyder flere arbejdsopgaver, og et større tidsforbrug på aktiviteter, som ikke direkte vedrører patienterne. Der ytres frygt for, at virkningen af NIP dermed bliver en fokusforskydning fra det, som er væsentligt til det, som er målbart. Personalet mener dog ikke, at der er sket en favorisering eller opprioritering af skizofrenipatienter på bekostning af andre patienter som følge af NIP-registreringen, og de mener heller ikke, at de arbejder anderledes med kvalitetsudvikling på sygdomsområder, som ikke er omfattet af NIP.

NIP har også medvirket til yderligere frustration over dokumentation på afdelingen, og det opfattes som nævnt som tungt og tidskrævende. For NIP har det særlige forhold desuden gjort sig gældende, at man kun skal registrere ca. halvdelen af afdelingens patienter til NIP, hvilket har medvirket til, at det endnu ikke er en del af den daglige praksis. Det har givet lav datakomplethed, og deraf følgende manglende motivation til at bruge NIP-tallene til kvalitetsudvikling. Udsigten til på sigt også at skulle registrere depressive til NIP opfattes derfor som noget positivt, i og med det vil ensrette forholdene omkring registrering mere og dermed lette arbejdet.

Opsummerende er opfattelsen, at i det omfang, NIP har bidraget til en større bevidsthed om kvalitet, er det udelukkende det i kvaliteten, som er kvantificerbart, der er kommet i fokus. Der er en meget klar fornemmelse af, at man sætter noget over styr, når man registrerer. På den anden side har NIP bidraget til at skærpe afdelingens bevidsthed om, hvad den opfatter som kvalitet og som det væsentlige i behandlingen af skizofrene.

I DPC har NIP spillet mere klart sammen med den behandling, man i forvejen har givet, og registreringen er som nævnt inde i rutinen. NIP har i DPC haft den effekt, at behandleren er blevet mere opmærksom på de områder, NIP omhandler, f.eks. kontakten til pårørende. Men virkningen af NIP opleves ikke desto mindre som begrænset. Det skyldes måske, at resultaterne ikke synliggøres for medarbejderne – de kender ikke deres egne NIP-tal. Hvis det var, "Så kunne vi se, hvor langt vi var nået", som behandleren siger.

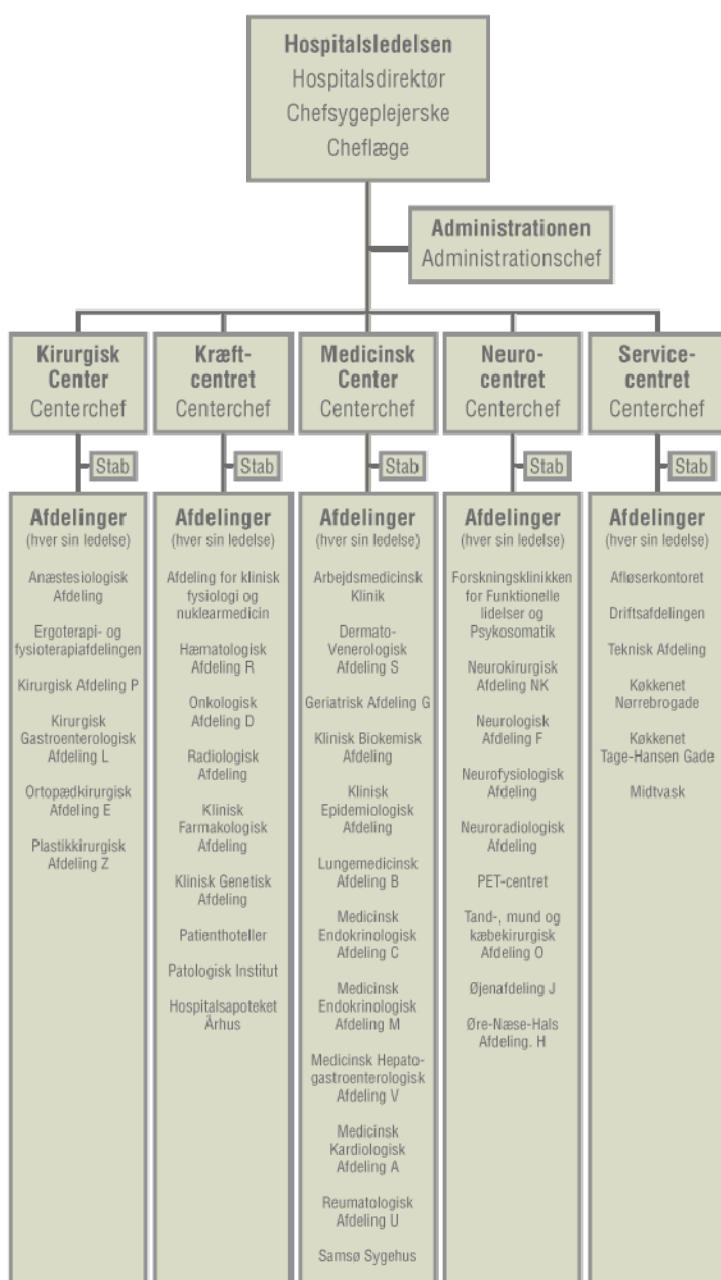
7.5.2 Virkninger for afdelingsledelsen

Den ledende overlæge oplever ikke, at hun i det ledelsesmæssige har oplevet virkninger af NIP.

8 BILAG 1D: GERIATRISK OG ORTOPÆDKIRURGISK AFDELING, ÅRHUS - CASEBESKRIVELSE

8.1 FAKTA

Den øverste ledelse på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus udgøres af en hospitalsdirektør, en cheflæge og en chefsygeplejerske. Desuden findes en selvstændig administrationsenhed. Under sig har hospitalsledelsen fem centre, som hver især ledes af en egen centerledelse. De fem centre er: Medicinsk, Kirurgisk, Neurocentret, Kræftcentret og Servicecentret. Opdelingen af hospitalsorganisationen i disse centre har betydet, at opgaver, der tidligere lå hos hospitalsledelsen, nu er blevet uddelegeret til centerledelsen. Centerledelsen har ansvar for økonomi, aktiviteter, kvalitet, udvikling, patienttilfredshed mv. Centerlederen refererer til hospitalsledelsen. Ledelsen af centrene indgår i tæt samarbejde med afdelingsledelserne.



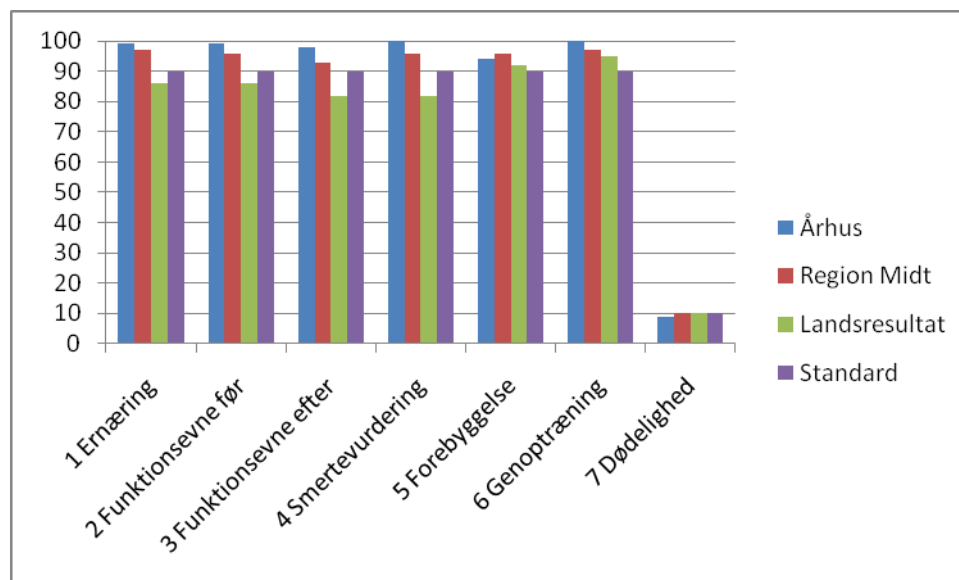
Afdelingsledelserne, der refererer til centerledelsen, har ansvar for personaleledelse, faglig udvikling, budgetter m.v. i egen afdeling. Det overordnede kvalitetsarbejde og koordinationen med NIP-sekretariatet varetages i sygehusets Afdeling for Kvalitetsudvikling og Patient-sikkerhed.

Indlæggelsesforløbet for patienter med hoftebrud på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus fordeler sig over to kliniske specialer, ortopædkirurgi og geriatri og går dermed på tværs af to centre: Medicinsk og Kirurgisk. Indlæggelsesforløbet ligger på hhv. ortopædkirurgisk afd. E og geriatriisk afd. G. De to afdelinger har i fællesskab oprettet et ambulans geriatrisk-ortopædkirurgisk team, GO-teamet, der ser på alle patienterne omkring operationstidspunktet og følger de patienter, der udskrives direkte til hjemmet fra ortopædkirurgisk afdeling i 30 dage efter udskrivelsen.

NIP resultaterne opgøres særskilt for de to afdelinger, men offentliggøres samlet for Århus Sygehus på sundhed.dk. Afdelingerne begyndte at registrere til NIP i 2003.

Figuren nedenfor viser scoren for Århus i 2009

Figur1: Århus 2009:



Kilde: Sundhed.dk; Egen tilvirkning af figur.

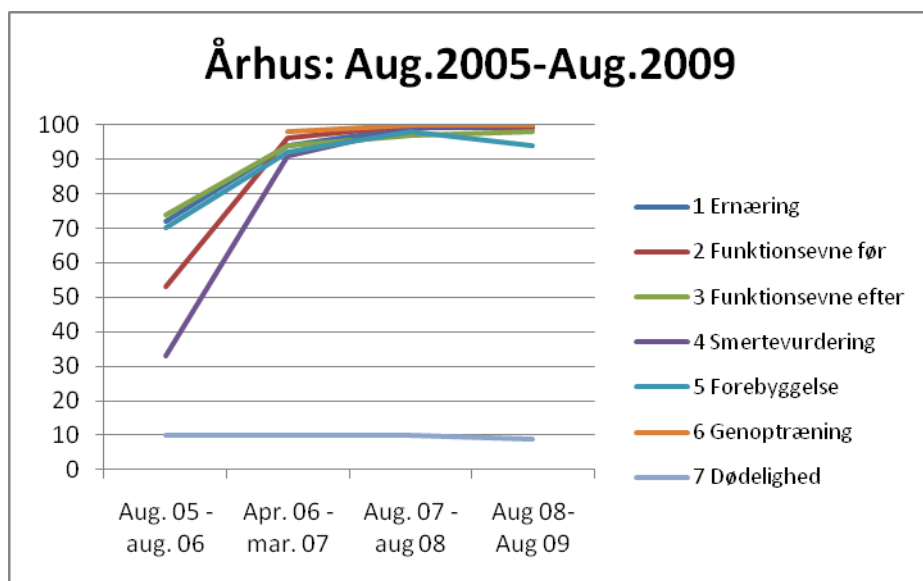
Ift. NIP-procesindikatorerne (indikator 1-6) opfylder afdelingerne på Århus Sygehus NIP-standarderne og ligger over både regions- og landsgennemsnittet – undtaget for indikator 5. Der er tæt på en 100 % opfyldelse af procesindikatorerne, dvs. at tæt på alle patienter har fået den i NIP fastlagte behandling.

Ift. resultatindikatorerne (7-10⁴⁷) - ligger Århus Sygehus også fint i fht. både regions- og landsgennemsnittet.

Nedenfor vises udviklingen i indikatorerne fra 2005 til 2009.

⁴⁷ I oversigten er der kun vist indikator 7 – dødelighed. Indikator 8, 9 og 10, handler om behov for reoperation inden for to år, og opgørelsen er derfor forsinket.

Figur 2: Udviklingen i scoren fra 2005-2009



Kilde: Sundhed.dk: Egen tilvirkning af figur.

For procesindikatorerne er der sket en tydelig forbedring over den angivne periode. Den største bevægelse er sket ift. vurdering af smerteniveau og vurdering af patienternes funktionsevne før hoftebruddet. Dødeligheden har i hele perioden ligget stabilt og overholdt standarden.

8.1.1 Afdelingerne

Ortopædkirurgisk afdeling har ca. 600 ansatte. Hoftekirurgien er et af 11 specialer på afdelingen og findes på E4. Der er ca. 400 NIP-patienter på afdelingen årligt.

Afdelingens NIP-gruppe består af den ledende overlæge, oversygeplejersken, en NIP-ansvarlige overlæge, en klinisk sygeplejespecialist, som også er del af ledelsesstaben, samt en NIP-ansvarlig sygeplejerske. De forskellige medlemmer har forskellige ansvarsområder og funktioner. Gruppen har i stor udstrækning eksisteret i sin nuværende sammensætning, siden man begyndte at registrere til NIP.

Geriatrisk afdeling har 160 ansatte. Afdelingen består af to sengeafsnit, G1 og G2 samt en række teams, der arbejder ud af huset. Det er primært G2, der overtager hofteopererede patienter fra ortopædkirurgisk afdeling. Geriatrisk afdeling modtager de patienter, som ikke kan sendes tilbage til enten eget hjem, plejehjem eller beskyttet bolig. Afdelingen har et svingende antal NIP-patienter på månedsbasis, men der indberettes ca. 200 patienter til NIP om året. Det svarer til ca. en tredjedel af det samlede antal patienter på afdelingen. Afdelingen har desuden læger, der arbejder i det geriatriske-ortopædkirurgiske team.

Afdelingens ledende overlæge er også NIP-ansvarlig overlæge.

8.2 Hvordan arbejdes der med NIP på afdelingerne?

8.2.1 Registrering⁴⁸

På **ortopædkirurgisk afdeling** ligger NIP-skemaet forrest i journalen for at sikre, at det bliver udfyldt samt for at nedsætte tidsforbruget på registreringen. Selve udfyldelsen af skemaet er delt ud på en række faggrupper.

Den kirurg, som har opereret hoftebruddet, udfylder hovedsagligt NIP-skemaet for de indikatorer, der vedrører selve operationen⁴⁹. Side 1 i NIP-skemaet (med personoplysninger og baggrundsoplysninger) er oftest udfyldt i skadestuen. Ellers udfylder kirurgen også disse data. Hvis kirurgen ikke får udfyldt skemaet efter operationen, skal det gøres i forbindelse med stuegang dagen efter. Det er den sygeplejerske, som er gruppeleder for den pågældende patient, der har ansvaret for at sikre, at skemaet bliver udfyldt af lægerne.

Udfyldelse af skemaets punkter om ernæringscreening og smerte foretages af en sygeplejerske. En læge fra geriatrisk afdeling sikrer, at de berørte patienter bliver udredt for knogleskørhed (brudprofylakse), og at forebyggende behandling med kalk og d-vitamin er iværksat. Det er også denne læge, der registrerer dette til NIP. Hvis patientens indlæggelsesforløb afsluttes med udskrivning til plejehjem (dette gælder for ca. en tredjedel af patienterne) eller eget hjem, udfylder ortopædkirurgisk afdeling punkterne for ADL⁵⁰ og rehabilitering. Dette gøres af sygeplejerske og fysioterapeut i samarbejde. Hvis indlæggelsesforløbet i stedet fortsættes på geriatrisk afdeling, udfyldes disse punkter her.

Den NIP-ansvarlige sygeplejerske på afdelingen samler og indtaster skemaerne samt fungerer som "bagstopper" ift. at få udfyldt skemaerne. Hun gennemgår skemaerne inden indtastning, og får rettet op på fejl og mangler i samarbejde med det øvrige personale. Hun samarbejder også med den NIP-registrerende sygeplejerske på geriatrisk afdeling. Desuden samarbejder ortopædkirurgisk afdeling til tider med Medicinsk afdeling. Endelig modtager sygeplejersken lister fra kvalitetsafdelingen vedrørende patienter, som evt. mangler at blive indberettet, eller patienter, som skal tages ud af indberetning. Som eksempel herpå nævnes patienter som ikke har et faldbetingset hoftebrud, men et patologisk (sygdomsbetinget) brud. Den kliniske sygeplejespecialist gennemgår tallene, når de kommer.

Informanterne fra NIP-gruppen nævner, at det kan være vanskeligt for nogle læger at få udfyldt skemaerne. Det skyldes ofte, at skemaerne ikke altid er lige ved hånden, når lægen skal registrere og det forhold, at der kommer mange nye læger på afdelingen, som løbende skal introduceres til NIP. På skadestuen er der især stor udskiftning af de yngre læger. Det bliver derfor vigtigt at få NIP og registreringen formidlet ordentlig til især lægepersonalet.

Afdelingen har tidligere forsøgt at lægge NIP i drift uden at have en udpeget tovholder. Dette medførte et tydeligt fald i NIP-tallene. Derfor valgte man at lade en NIP-ansvarlig sygeplejerske være "absolut dedikeret til" og ansvarlig for indsamlingen og indberetningen af NIP-data. Som den kliniske sygeplejespecialist siger: "*det er desværre nødvendigt løbende at tjekke og lave opfølgninger*".

Geriatrisk afdeling: For de hoftebrudspatienter, der efter operationen overføres til geriatrisk afdeling, udfylder geriatrisk afdeling de indikatorer der drejer sig om ADL inden udskrivning og genoptræning (rehabilitering). Det er terapeuter eller sygeplejersker, der foretager og udfylder ADL. Hvad angår genoptræning/rehabilitering er det en læge, som skal ordinere

⁴⁸ Det skal bemærkes at praksis nu er ændret, så der registreres direkte i LPR.

⁴⁹ Overordnet helbredstilstand, vurdering af bruddet, tidspunkt for operation og operationsmetode

⁵⁰ ADL er en funktionsevnevurdering

genoptræningsplan. Denne baseres dog på en fysio-/ergoterapeutisk vurdering. Der har været problemer med at få ordineret en genoptræningsplan, hvorfor ledende overlæge har fået indføjet et punkt i epikrisen (udskrivningspapiret) om dette, så epikrisen ikke kan udsendes, før dette punkt er udfyldt. Sekretærene på afdelingen sørger for, at lægen, der har skrevet epikrisen, følger op på dette.

Den ledende overlæge på G har uddelegeret en stor del af ansvaret for indberetningen til sekretærgruppen på afdelingen frem for til overlæger eller yngre læger. Den ledende overlæge mener, at det sikrer en helt nødvendig stabilitet i registreringen til NIP. Pga. den store udskiftning i lægepersonalet er det nødvendigt, at afdelingen har folk med fast tovholderfunktion ift. NIP. Og disse skal findes i den mere stabile del af personalet. Disse tovholdere sikrer datakomplethed, og følger op på manglende tal mv. Den ledende overlæge bruger termen "indspiskere" om de NIP-ansvarlige personer.

På geriatrisk afdeling er en sygeplejerske ansat kun til at registrere til forskellige dokumentationssystemer. Hun fungerer som "tovholder" ift. indsamling af NIP-data. Hun har fået en terapeut på hhv. G1 og G2 (sengeafsnit) til at sørge for, at skemaerne på afdelingerne rent faktisk bliver udfyldt og sendt videre til den NIP-registrerende sygeplejerske. Desuden får hun tilsendt skemaer fra NIP-sygeplejersken på E4. Disse to har en tæt og regelmæssig kontakt, hvilket bl.a. har medvirket til at nedbringe antallet af fejludfyldte skemaer.

Den NIP-registrerende sygeplejerske på geriatrisk indsamler alle NIP-skemaer en gang om måneden og sammenkører dem med afdelingens lister over indlagte patienter med hoftediagnoser samt med KMS-databasen (Klinisk Målesystem-indberetningsværktøj i NIP) for at sikre datakomplethed. Desuden læser hun alle epikriser igennem for at se, om NIP-skemaerne er udfyldt, som de skal. Hvis dette ikke er tilfældet, finder hun det manglende skema eller den person, som var ansvarlig for udfyldelsen. NIP-skemaerne testes herefter ind, men inden de afsendes gennemgår den ledende overlæge/NIP-ansvarlige overlæge og den NIP-registrerende sygeplejerske tallene. Den ledende overlæge/NIP-ansvarlige overlæge kvalitetssikrer skemaerne yderligere ved at gå tilbage til terapeut/læge eller i journalen, hvis noget ser forkeret ud.

Begge afdelinger har haft et særligt fokus på NIP og på at få det op at køre. Dette har de blandt andet gjort ved at uddelegere ansvaret for NIP til særlige tovholderpersoner, som sikrer at registreringen finder sted, og at alle skemaer er udfyldt korrekt.

8.2.2 Feedback

KOLLEKTIV FEEDBACK

På **ortopædkirurgisk afdeling** arbejdes der med NIP tallene på såvel afsnitsniveau som på ledelsesniveau. De NIP-ansvarlige modtager de månedsvise rapporter fra NIP-sekretariatet, og de har ansvar for at se på tallene, og hvad der skal gøres ved dem - "*især dem, vi ikke er så stolte af*". På NIP-gruppens jævnlige møder kan der også være deltagelse af fysioterapeuter, hvis dette er relevant for de indikatorer, som drøftes. På møderne fortolkes og forklares tallene fra NIP. F.eks. drøfter man inklusion eller eksklusion af patienter i datagrundlaget.

De offentliggjorte NIP-tal tages op på afdelingens onsdagsmøder for personalet af den NIP-ansvarlige sygeplejerske på E4. Her ser hun på, om indikatorerne er opfyldte. Er det ikke tilfældet "*ved hun hvor hun skal sætte ind*". Der fokuseres ved disse møder mest på plejen.

På geriatrisk afdeling arbejder den NIP-ansvarlige/ledende overlæge meget med talmaterialet fra NIP for at finde forklaringer på evt. dårlige tal. Dette indebærer også at kontakte ortopædkirurgisk afdeling vedr. deres registreringer.

I forhold til frontpersonalet sender den NIP-ansvarlige/ledende overlæge de månedlige rapporter fra NIP-sekretariatet/kvalitetsafdelingen ud til alle dem på afdelingen, som har med

NIP registreringerne at gøre, men det er kun nøglepersoner og NIP-ansvarlige, der gøres direkte bekendte med rapporternes indhold.

Den ledende overlæge fremhæver især rapporterne som anledning til at give ros til sine medarbejdere, men er der flere tilfælde af fejludfyldning tager hun det op med lægerne på morgenkonferencen eller sender en e-mail ud.

INDIVIDUEL FEEDBACK

Der gives ikke individuel feedback til medarbejderne på ortopædkirurgisk afdeling. På geriatrisk afdeling går den NIP-ansvarlige/ledende overlæge som nævnt gennem alle skemaer, og er der noget, der undrer hende, går hun tilbage til den, der har behandlet patienten. På denne måde får hun set på, om der er givet den mest hensigtsmæssige behandling. Således kvalitetssikrer overlægen både behandlingen af patienterne og ikke bare selve registrerings-/dokumentationsdelen. Konkrete problemer med manglende eller ukorrekt udfyldning tager de enkelte nøglepersoner på afdelingen sig imidlertid af.

AUDITS

De regionale audits betegnes som en vigtig del af NIP-systemet, hvor tallene drøftes og sammenlignes. De giver tilskyndelse til forbedringer, og de kan også give gode idéer til, hvordan det kan gribes an.

NIP tallene har i to tilfælde givet anledning til, at man har afholdt lokale audits – en audit angående mortalitet og en audit angående ventetider på operation.

SYGEHUSLEDELSEN

Der opleves et klart ledelsesmæssigt fokus på kvalitet, både fra sygehusledelsen og afdelingsledelsen: *"ledelsen vil have optimal kvalitet"*. Det er vigtigt *"at vise et ordentligt resultat eller en god forklaring på et dårligt"*, som klinisk sygeplejespecialist siger. NIP betegnes af samme som et ledelsesmæssigt fokusområde med fuld ledelsesmæssig opbakning *"vi var hurtige fra start"*, *"det skulle bare lykkes"*. Vi *"er nødt til at forholde sig til de der tal"*, som den kliniske sygeplejespecialist siger. Informanten fra kvalitetsafdelingen bemærker også, at afdelingsledelsen på begge afdelinger opleves som involveret og engageret i NIP.

Ingen af afdelingerne oplever dog et decideret pres ovenfra, og har aldrig oplevet sanktioner pga. dårlige tal. Fraværet af ledelsespres på de to afdelinger skyldes måske, at afdelingerne ikke har problemer med at opfylde NIP-standarden.

UDDANNELSE

Arbejdet med NIP i den kliniske praksis på **ortopædkirurgisk afdeling** styrkes ved, at NIP-gruppen blandt andet søger at gøre personalet mere bevidst om, hvorfor det er vigtigt at dokumentere til NIP. Den NIP-ansvarlige sygeplejerske udtrykker det som, at hun prøver at få registreringen til at give mening for personalet.

Informanterne fremhæver gennemgående, at der er meget udskiftning i lægegruppen. Der er mange nye læger, så det kræver en ekstra – og løbende – formidlingsindsats. Det betyder, at afdelingen oplever det som *"et stort arbejde"* at undervise alle de nye læger.

Det er ikke indtrykket, at der foregår systematisk undervisning i NIP på **geriatrisk afdeling** i stort omfang. Den NIP-registrerende sygeplejerske deltager i møder med terapeutgruppen, hvor hun retter fokus mod registrering og dokumentation. Hun vil gerne på sigt formidle NIP og andre dokumentationssystemer til personalet. Der er afholdt en uddannelsesdag, hvor geriatrisk afdeling fokuserede på registrering og kvalitetsdatabaser, herunder NIP.

8.3 Eksternt pres?

DEN REGIONALE SYGEHUSLEDELSE OG DET POLITISKE NIVEAU

Informanten fra kvalitetsafdelingen oplever et stort fokus på NIP og kvalitetsudvikling både fra politikerne i regionen og hospitalsledelsen. Dette ytrer sig bl.a. i, at der sidder repræsentanter fra regionens kvalitetskontor med til audit og dermed bringes resultaterne fra audit op i regionens topledelse. Region Midt har desuden mange stabsmedarbejdere involveret i NIP-processen. NIP er et eksempel på, at *"kvalitetsdata er tilgængelige og bruges på alle ledelsesniveauer i regionen."*

Den ledende overlæge på geriatrisk afdeling har samme oplevelse af politisk fokus. Hun nævner som udtryk herfor, at hun har været i regionsalen for at fortælle politikerne om afdelingens faldteam. Her fik hun ros for sit arbejde med hoftepatienterne pba. NIP. Hun peger også på ventetider, som et område hvor den politiske bevågenhed har effekt på det kliniske arbejde.

På ortopædkirurgisk afdeling er afdelingsledelsen ikke tilsvarende interviewet vedr. oplevelsen af et politisk pres.

KOLLEGIALT PRES

Den NIP-ansvarlig overlæge på geriatrisk afdeling omtaler, at der til audit har været megen diskussion af praksis ift. at få vurderet og registreret ADL inden udskrivning (indikator 3). Overlægen omtaler diskussioner på audits som et særdeles effektivt incitament ift. at ændre praksis. På ortopædkirurgisk afdeling fremstår audits ligeledes som en del af arbejdet med NIP og kvalitetsudvikling.

8.4 Hvordan opfattes NIP på afdelingerne?

Overordnet set er holdningen til NIP positiv på de to afdelinger. Repræsentanterne for det sygeplejefaglige personale på både ortopædkirurgisk og geriatrisk afdeling påpeger, at det er vigtigt, at personalet kan se meningen med at registrere. Det fremhæves gennemgående, at en evt. negativ tilgang til dokumentation ofte skyldes dobbeltregistrering. Begge sygeplejersker understreger, hvor væsentligt det er at få det til at give mening for personalet: *"Ting bliver ikke gjort, hvis de ikke giver mening." Et kendskab til meningen med NIP nedbringer også tidsforbruget: "når man har fornemmelse for, hvad det bliver brugt til, er det også nemmere at udfylde skemaet".*

Størstedelen af informanterne mener, at NIP fokuserer på relevante områder i behandlingen af hoftebrud, men nogle af indikatorerne kan udvikles. Det fremhæves dog som et positivt træk ved NIP, at indikatorerne er udviklet *"tværfagligt af fagpersoner, som til dagligt arbejder med patientgruppen"*, samt at der ligger et stort arbejde bag udviklingen af de enkelte indikatorer. Som ledende overlæge på geriatrisk afdeling siger, så *"er det de bedste indikatorer, som pt. kan opstilles, og så må erfaringen vise, om det er de rigtige"*. Og som den kliniske sygeplejespecialist på ortopædkirurgisk afdeling siger: *"vi er forpligtet til at forholde os kritisk til indikatorerne og være med til at udvikle dem."*

De fleste informanter mener, at indikatorerne kan udvikles, så man eksempelvis ikke kun registrerer, om der er smertevurderet, men også om patienten har fået en tilstrækkelig smertelindrende behandling. På den måde udvikles indikatorerne til at sige noget om kvaliteten af behandlingen i forhold til patienten.

At indikatorerne ikke alle aktuelt rammer plet, betyder dog ikke, at afdelingerne ikke bruger tallene som udgangspunkt for kvalitetsudvikling. Afdelingerne arbejder meget med NIP tallene, fortolker dem og anvender dem til optimering af den kliniske praksis.

For begge afdelingerne gælder, at dokumentation og kvalitetsudvikling helt overordnet betragtes som tidskrævende, men som en nødvendig del af det daglige arbejde: *"efterhånden er det sådan, at det er lige før en pleje ikke er givet, hvis den ikke er dokumenteret"*, som den kliniske sygeplejespecialist på ortopædkirurgisk afdeling siger. Det vigtige bliver at få det til at balancere mht. tidsforbrug i en i forvejen presset og travl hverdag. En fra det sygeplejefaglige personale på ortopædkirurgisk afdeling refereres for at have sagt *"jeg kan stå, når patienten sover middagsøvn og overveje, om jeg skal gå ind og tage patienten op, eller om jeg skal gå ind og dokumentere, at patienten ikke er taget op."*

8.5 Hvilke virkninger har NIP haft?

8.5.1 Virkninger på afdelingerne

Eventuelle dyk i NIP-tallene forklares med få undtagelser med dokumentationsmangler. Ikke desto mindre har NIP haft nogle virkninger på afdelingerne.

På **ortopædkirurgisk afdeling** har NIP primært den funktion at fastholde og udvikle den kvalitet, man i forvejen har etableret. Afdelingen giver derfor indtryk af at arbejde meget med NIP-tallene, der bruges som en anledning til at *"gå os selv efter i sømmene"* og fange, det *"som kan glippe i en travl hverdag"*. Som et eksempel nævnes en uklarhed blandt to personalegrupper om, hvem der skulle lave ADL med det resultat, at ADL i en del tilfælde ikke blev foretaget. Pga. faldende NIP-tal fandt man fejlen og fik rettet op på dette. På **geriatrik afdeling** har faldende NIP-tal medvirket til at opfange, at der var problemer med at få ordineret og registreret behandlingsplaner. Derefter ændrede man procedurer omkring registreringen.

NIP bruges også som en katalysator for at igangsætte projekter for at højne kvaliteten i behandlingen. Ledende overlæge på **geriatrik afdeling** nævner et stort ernæringsprojekt – *"selvom ernæringsindikatoren er ligegyldig"* - hvor hensigten ikke bare er at ernærings-screene patienterne, men også at handle på resultaterne heraf. På **ortopædkirurgisk afdeling** har resultater fra NIP givet anledning til, at kirurgerne har iværksat analyser af deres valg af operationsform, da de har konstateret en mindre forekomst af reoperationer ved operation af lårbrud med halvproteser (jf. figur 1, indikator 9). Endelig har NIP-tallene også dannet baggrund for tilpasninger af GO-teamets procedure i fht. udskrevne patienter.

Flere af informanterne oplever, at NIP har medvirket til at give større fokus på hofteområdet. Det er dog væsentligt, som den kliniske sygeplejespecialist fremhæver, at denne udvikling blev igangsat allerede i løbet af 1990'erne med referenceprogrammet for hoftebrud, men registreringerne til NIP er med til at fastholde fokus.

NIP-registreringerne har helt specifikt bidraget til fokus på ventetiden inden operation. Dette fremhæver flere informanter som et område med politisk bevågenhed. Med NIP registreringerne, har man fået et tilgængeligt talmateriale at vurdere forholdene ud fra. Dette har konkret haft den effekt, at ventetiderne er faldet. NIP-tallene bruges også på ortopædkirurgisk afdeling som en løftestang for dialog med hospitalsledelsen om bedre muligheder for at nedbringe ventetiderne.

En anden type virkning af NIP på ortopædkirurgisk afdeling har været, at de standarder, der sættes i NIP, kan smitte af på andre patientgrupper. Derfor giver man nu brudprofylakse til alle knoglebrudspatienter over 65 år.

Geriatrisk afdeling fremhæver det også som en effekt af NIP, at man her har kunnet "øve sig" i at dokumentere og arbejde med kvalitetsudvikling på baggrund af dokumentation. Dette bl.a. ved at nedbringe tidsforbruget ved dokumentation. På geriatrik afdeling håber man dermed på en registreringsafsmitning fra NIP til andre registreringssystemer. Overlægen her mener også, at NIP har været medvirkende faktor ift. at nedbryde barrierer hos lægestanden ift. kvalitetsarbejde og dokumentation.

9 BILAG 2: ØVERSIGT OVER INTERVIEWPERSONER OG DATA-INDSAMLINGEN

I casestudierne har vi interviewet medarbejdere på afdelingerne, der på en eller anden måde er i berøring med NIP. Hvilke personer, der har været relevante at interviewe, har været afhængig af, hvordan arbejdet med NIP konkret foregår på de enkelte afdelinger. Der har også været væsentlig forskel på antallet af interview i de dybdegående vs. de perspektiverende cases. Interviewpersoner bruges primært som informanter, da de er centrale personer i forhold til NIP, men de bruges også som repræsentanter for deres respektive faggruppe.

Som hovedregel har vi interviewet forskellige personalegrupper og ledelsen, hvoraf nogle er interviewet enkeltvis, mens andre er blevet interviewet gruppevis. Vi har indledt casestudierne med at interviewe den NIP-ansvarlige overlæge eller anden central NIP-person på de respektive afdelinger for at få en forståelse for, hvordan de konkret arbejder med NIP.

I undersøgelsen er der også gennemført interview med repræsentanter fra det regionale niveau i både Region Midt og i Region Syddanmark, samt andre relevante interviewpersoner jf. nedenfor..

Nedenfor følger en oversigt over de gennemførte interview. Vi har i alt talt med 48 personer i undersøgelsen.

Organisation	Interviewperson
Klinik for Skizofreni <i>I alt 16 interviewpersoner</i>	Lægefaglig direktør, Psykiatrien i Region Syddanmark Ledende overlæge Klinikchef/NIP ansvarlig, Klinik for Skizofreni To speciallæger, Klinik for Skizofreni Overlæge fra sengeafdeling 1. reservelæge fra sengeafsnit Syv kontaktpersoner* To sekretærer
Ortopædkirurgisk afdeling, Randers <i>I alt 11 interviewpersoner</i>	Cheflæge Ledende overlæge og oversygeplejerske* NIP ansvarlig overlæge Lægeseekretær Fokusgruppe: To ergoterapeuter, en fysioterapeut, to sygeplejersker 1. reservelæge**
Almen Psykiatrisk afdeling, Augustenborg <i>I alt fem interviewpersoner</i>	Ledende overlæge NIP-ansvarlig overlæge Lægeseekretær Projekt- og udviklingskoordinator Sygeplejerske, DPC
Ortopædkirurgisk afdeling og geriatrisk afdeling, Århus <i>I alt seks personer</i>	To personer fra NIP gruppen, ortopædkirurgisk afdeling og en repræsentant fra hospitalets kvalitetsafdeling* Overlæge, ortopædkirurgisk afdeling** Ledende overlæge/NIP-ansvarlig overlæge, geriatrisk afdeling Sekretær, geriatrisk afdeling

Region Syddanmark <i>I alt to interview-personer</i>	Psykiatridirektør Kvalitetschef
Region Midt <i>I alt to interview-personer</i>	Regionsrådsformand Sygehusdirektør
NIP-sekretariatet <i>I alt to interview-personer</i>	Sundhedsfaglig proceskonsulent, ansvarlig for skizofreni Cheflæge
Øvrige <i>I alt fire interview-personer</i>	Repræsentant fra brugerorganisation Formand for indikatorgruppen for skizofreni To personer ang. NIPs opstart

*Fokusgruppeinterview

**Telefoninterview

Interviewene er gennemført af konsulenter fra projektholdet. Vi har indledt interviewene med kort at fortælle om projektets formål og har derefter stillet meget åbne spørgsmål om virkningerne af NIP. Vi har derefter forfulgt de ting, som interviewpersonerne selv er kommet ind på.

Først senere i interviewene har vi spurgt mere specifikt ind til relevante elementer i programteorien. Det skyldes, at vi har været interesseret i interviewpersonernes umiddelbare vurdering af NIP, og hvilke virkninger de oplever. Af samme grund har vi heller ikke sendt programteorien til interviewpersonerne på forhånd. Afdelingerne har udelukkende modtaget projektbeskrivelsen.

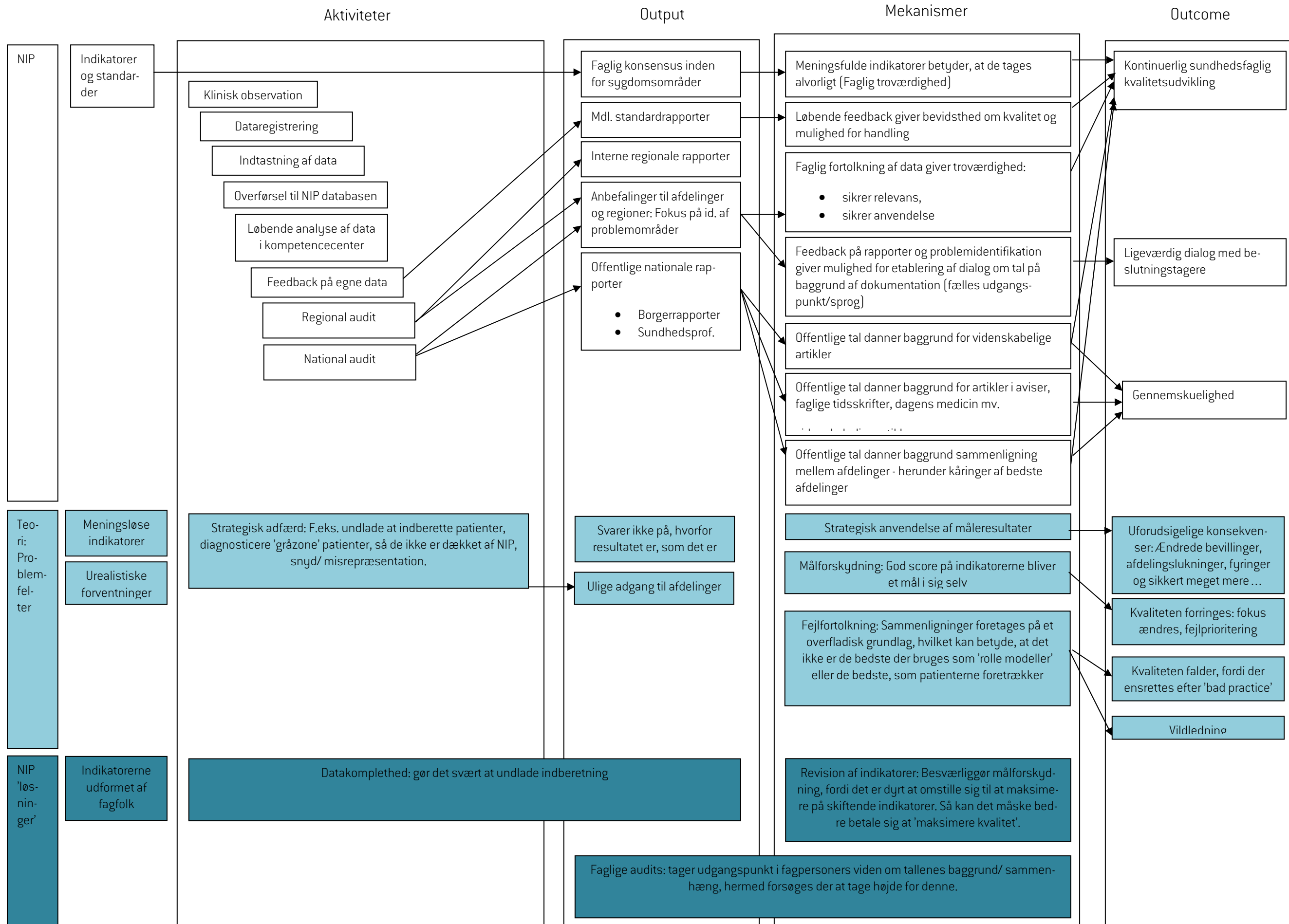
Vi har løbende udarbejdet interviewguides til de enkelte informanter, så resultaterne fra de foregående interview er inddraget i de efterfølgende interview. Dermed har vi gjort plads til, at vi har kunnet udvikle vores forståelse i processen. Vores programteori er blevet revideret undervejs i den forstand, at vi er blevet opmærksomme på nogle ting, som vi så har spurgt ind til de efterfølgende interviews.

Langt hovedparten af interviewene er blevet optaget, hvorefter der er udarbejdet henholdsvis transskriberinger og referater – blandt andet ved hjælp af Atlas ti. Disse data er efterfølgende meningskondenseret og analyseret.

Interviewene er suppleret med dokumentstudier, kvantitative data fra NIP-projektet samt observationsstudier på Klinik for skizofreni. Her har en projektmedarbejder tilbragt nogle dage og fulgt i hælene på medarbejderne, når de har arbejdet med NIP.

Casestudierne er undervejs blevet afrapporteret enkeltvis og gennemlæst og valideret af de undersøgte parter. De endelige casebeskrivelser findes i bilag 1.

10 BILAG 3: FORANDRINGSMODEL



11 BILAG 4: BESKRIVELSE AF SKIZOFRENI OG HOFTEBRUD

SKIZOFRENI

Skizofreni er et komplekst sygdomsområde og et af de "bløde områder" i NIP. Vi har valgt at se nærmere på skizofreniområdet i NIP, fordi resultaterne her måske kan give inspiration til andre bløde områder – ikke mindst det sociale område.

Skizofreni er en psykisk sygdom, der typisk rammer yngre mennesker. Ca. 15.000 danskere er ramt af sygdommen⁵¹. Skizofrene patienter har typisk vrangforestillinger (forfølgelse, konspirationer) og hallucinationer (syn, hørelse, lugt, smag, følesans), og også sløvhed, tab af initiativ og isolation fra andre er typiske træk ved en skizofren patient. Forstyrrelsen kan desuden grundlæggende påvirke tænkning og sociale færdigheder. Skizofreni er ikke en kronisk sygdom, men kan være meget vanskelig at behandle og kan derfor løbe over en år-række eller et helt liv. Ofte mister mennesker med skizofreni deres omgangskreds og mange har eller får forskellige misbrugsproblemer med alkohol og/ eller stoffer.

Skizofreni behandles typisk med en bred vifte af tilbud⁵²:

- Medicin, der virker mod psykotiske symptomer. Den medicinske behandling kan have en lang række bivirkninger – f.eks. vægtøgning, seksuelle problemer, rastløshed.
- Samtalerapi, for at hjælpe patienten til at lære at leve med sin sygdom og motivere til fortsat medicinsk behandling.
- Miljøterapi, der bl.a. går ud på at styrke evnen til at have kontakt med andre mennesker.
- Familiebehandling, hvor pårørende undervises i sygdommen og får hjælp til at løse problemer i familien.
- Støtte til at få egen bolig eller en beskyttet bolig, hjælp til at få beskæftigelse på beskyttet værksted eller aktiviteter på f.eks. væresteder.

Behandlingen tilbydes for det første ambulant i distriktspsykiatrien eller i mere specialiserede tilbud – f.eks. OPUS teams. Sidstnævnte er tværfaglige grupper, der følger unge patienter med debuterende psykosser gennem flere år, både mens han eller hun er indlagt og bagefter. Patienten får typisk en fast kontaktperson, som så vidt muligt skal være til rådighed, når det er nødvendigt for patienten⁵³. Der tilbydes for det andet behandling af skizofrene patienter, der er indlagt. Det vil typisk gælde stærkt psykotiske patienter.

Som det fremgår, er skizofrene patienter typisk langvarigt syge og den psykiatriske behandling er ofte meget kompleks. Det kan derfor være svært at måle, om man gør det godt. Måske netop fordi det er blødt område, måles der i NIP hovedsageligt på procesindikatorer og altså ikke resultaterne af den psykiatriske behandling⁵⁴. Om man måler processer i behandlingen af skizofrene patienter og/eller på resultater af behandlingen kan have betydning for, om indikatorerne opleves som fagligt relevante af det sundhedsfaglige personale. Kan man finde en god resultatindikator, må man således formode, at den opleves som relevant, fordi den kan bidrage med vigtig information om indsatsens virkning. Det kan procesindikatorer ikke i samme grad.

⁵¹ NIP-sekretariatet 2009; skizofreni dokumentalistrapport

⁵² www.netpsykiater.dk. Odense Universitetshospital. Information om Skizofreni

⁵³ www.netpsykiater.dk

⁵⁴ Fra 2009 er der kommet flere resultatindikatorer til.

HOFTEBRUD

Vi har valgt hoftebrud som det andet sygdomsområde, fordi det adskiller sig markant i forhold til skizofreni. I modsætning til skizofreniområdet er hoftebrudsområdet kendetegnet ved akutte patienter og mindre komplekse forløb.

Hoftebrud er hoftebrud i den øverste del af lårbenet. Hvert år får ca. 10.000 danskere hoftebrud, typisk i forbindelse med fald. Det er hyppigst ældre mennesker, der får hoftebrud, både fordi de lettere falder, og fordi deres knogler er skrøbelige. Der er således en klar sammenhæng mellem hoftebrud og knogleskørhed.

Når der er konstateret et hoftebrud opereres patienten. Enten sættes bruddet sammen, eller også sætter man en protese ind. Derefter følger genoptræning. Patienten er typisk indlagt tre til syv dage efter operationen.

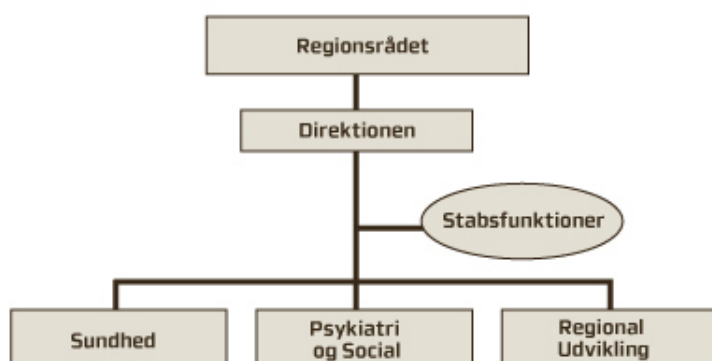
Behandlingen af hoftebrud er nemmere at afgrænse end skizofrenibehandlingen og giver derfor ikke de samme måletekniske udfordringer som behandlingen af langvarige syge patienter. Samtidig måles der også på resultater og ikke kun på processer i NIP.

12 BILAG 5: BESKRIVELSE AF REGION MIDT OG REGION SYDDANMARK

REGION MIDT

Under Regionsrådet findes en direktion med ansvar for hvert ét af regionens hovedområder: Sundhed, Psykiatri og Regional udvikling. De somatiske sygehuse er organiseret i hovedområdet Sundhed.

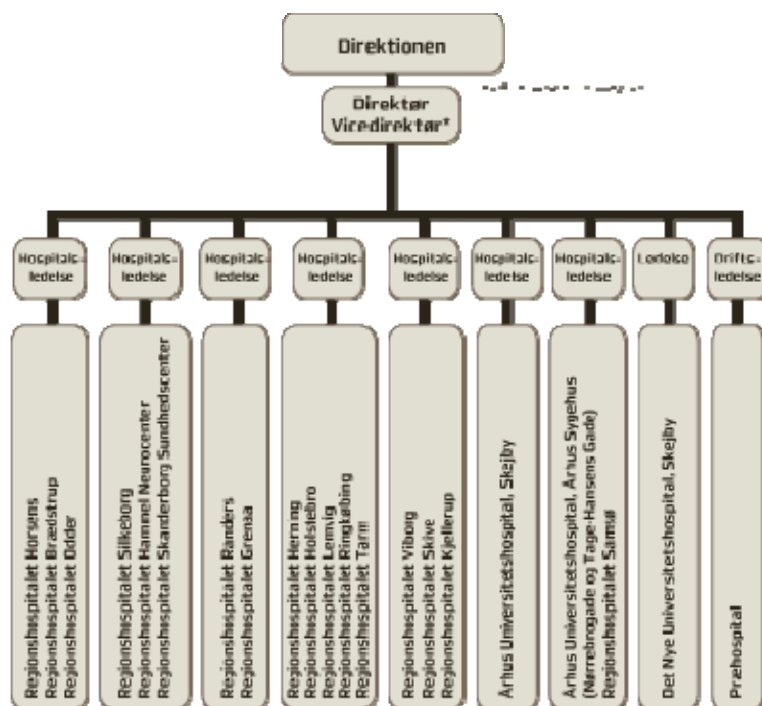
Figur 1: Diagram over den politiske og administrative organisering af Region Midtjylland



De somatiske hospitaler i Region Midtjylland opfattes som én enhed, Regionshospitalet. Dette har syv enheder under sig, bl.a. Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og Regionshospitalet Randers og Grenaa. Den overordnede ledelse af Regionshospitalet består af en direktør med særligt ansvar for sundhed og en vicedirektør for sundhedsstaben. Sundhedsstaben er opdelt i en række underenheder, hvoraf en af disse tager sig af kvalitet og sundhedsdata.

På de enkelte regionshospitaler består ledelsen af en hospitalsdirektør, en cheflæge og en chefsygeplejerske.

Figur 2: Diagram over organisering af Sundhed i Region Midtjylland



REGION SYDDANMARK

Psykiatri-området er et af Region Syddanmarks fire hovedområder og er organiseret under navnet Psykiatrien i Region Syddanmark. I Region Syddanmark er al psykiatribehandling samlet i ét sygehus med afdelinger og funktioner fordelt over hele regionen. I Region Syddanmark forvaltes socialpsykiatrien sammen med behandlingspsykiatrien.

Ledelsen består af en psykiatridirektør, en administrerende sygehusdirektør, en lægefaglig direktør og en sygeplejefaglig direktør. I sygehusledelsens kvalitetsenhed er der ansat en kvalitetschef til at dække psykiatriområdet.

Figur 3: Oversigt over den politiske og administrative organisation i Region Syddanmark

