

Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen

89. årgang · Nr. 2 · Marts 2013



- Store forskelle i organisering af akutmodtagelser
- Medicingennemgangsmodeller i primærsektoren
- Problembaseret læring som kompetenceudvikling



Dansk Selskab for ledelse
i Sundhedsvæsenet

Danish Health Care Journal

89. årgang 2/2013

Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen udgives af Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet. ISSN: 2245-7100.

Henvendelse om medlemsoptagelse i DSS og om ændringer i medlemsregistrering rettes til:

Sekretariatsleder Tove Krarup

Tlf.: 24 66 48 90 · E-mail: tovekrarup@mail.dk

Artikler til TFDS: Se forfattervejledning på www.dssnet.dk

Kommende deadlines:

Apriludgaven: 04.03.13

Majudgaven: 08.04.13

Septemberudgaven: 05.08.13

Redaktionsudvalg

Afdelingschef, cheflæge Hans Peder Graversen, formand
Kvalitet og Sundhedsdata, Region Midtjylland
Tlf.: 78 41 23 00 · E-mail: hangra@rm.dk

Cheflæge Paul D. Bartels, Faglig leder af
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram
Tlf.: 87 28 49 70 · E-mail: paul.bartels@stab.rm.dk

Oversygeplejerske, MPM Bente Dam
Medicinsk afdeling, Regionshospitalet Viborg og
Regionshospitalet Skive, Hospitalsenheden Midt
Tlf.: 22 13 43 90 · E-mail: bente.dam@viborg.rm.dk

Kontorchef Ole Filip Hansen, Region Midtjylland
E-mail: o.hansen@stab.rm.dk

Økonomidirektør Peter Mandrup Jensen
Region Hovedstaden
E-mail: peter.mandrup.jensen@regionh.dk

Adm. direktør Jens-Otto Skovgard Jeppesen
Specialhospitalet FILADELFIA
Tlf.: 24 94 56 12 · E-mail: jesje@filadelfia.dk

Direktør Vagn Nielsen, Sundhedsstyrelsen
Tlf.: 72 22 76 01 · E-mail: vn@sst.dk

Jan Nielsen
Centerchef, Aalborg Sygehus
E-mail: j.nielsen@rn.dk

Konsulent John Arne Sørensen
Tlf.: 30 28 46 25 · E-mail: johnarnesorensen@gmail.com

Redaktion

Afdelingschef, cheflæge Hans Peder Graversen
Kvalitet og Sundhedsdata, Region Midtjylland
Tlf.: 78 41 23 00 · E-mail: hangra@rm.dk

Journalist/redaktionssekretær Beth Werner
E-mail: freefyn@mail.tele.dk

Abonnement: Abonnement på TFDS oprettes på www.dssnet.dk.
Pris: kr. 500,00 incl. moms for 8 årlige onlineudgaver.

Annoncer: *Dansk Mediaforsyning ApS*
Elkjærvej 19, stuen, 8230 Åbyhøj
Tlf. 70 22 40 88 · E-mail: oe@dmfnet.dk

Layout og produktion: *ProGrafisk ApS* · Tlf. 63 38 39 40

Forsidefoto: Medicinliste tjekkes.

Indholdsfortegnelse

■ Synspunkt

- Støt de unge ledertalenter

Af Mads Koch Hansen side 3

■ Sundhedsvæsenet lige nu

- Akutmodtagelser – ensartet kvalitet?

Af Anne Brøcker og Christina Holm-Petersen side 4

- En social gradient i deltagelse i brystkræftscreening

Af Line Flytkjær Jensen, Berit Andersen og Peter Vedsted side 10

- Nordisk videndeling om sundheds-IT:

Se til venstre – sådan gør en svensker

Af Charlotte Strøm side 16

- Modeller for medicingennemgang i primærsektoren

Af Linda Aagaard Thomsen, Charlotte Rossing og Hanne Herborg side 21

- Fra klinisk problem til evidensbaseret praksis gennem PBL

Af Hanne Nielsen og Susan Munch Simonsen side 31

- Oversygeplejersken leder forskning og udvikling

Af Lisbeth Uhrenfeldt, Marie-Louise Ulsø og Jette Ammentorp side 37

Støt de unge ledertalenter



Af Mads Koch Hansen,
formand for Lægeforeningen

At tage hånd om unge læger, som viser interesse og talent for ledelse, er vigtigt. Der er gode initiativer rundt omkring, men helt generelt er der desværre ikke det nødvendige fokus på opgaven i sundhedsvæsenet. Og det har konsekvenser. Mens interessen for at blive leder er stor i mange fag, er det desværre ikke sådan blandt læger.

Det er en særlig rolle at være lægelig leder, og den er ikke altid nem. Der kan være forventninger fra andre læger om, at man først og fremmest er vogter af fagets interesser, mens ens overordnede forventer, at man har fokus på den samlede organisation. Kombineret med krav om hurtige og effektive beslutninger i en

kompleks organisation er der grund for masser af gnidninger og konflikter.

Men der er også andre og langt lysere perspektiver ved livet som lægelig leder. Det er eksempelvis dybt tilfredsstillende at bruge sin lægefaglighed i ledelsen og skabe rammer for andre læger og sundhedsprofessionelle, så det gør en positiv forskel for patienterne. Det giver også mening, når man som læge kan bidrage til, at planlægning kommer til at handle lige så meget om kvalitet og patientsikkerhed som om bundlinje.

Læger vil ledes af ledere, der respekterer fagligheden, og derfor bør der også gå en rød tråd af lægefaglighed gennem de ledelsesbeslutninger, der tages på en lægelig arbejdsplads. Skal en afdeling også fungere i sparetider, er det f.eks. afgørende, at ledelsen har gjort sig umage med at tage faglige hensyn.

Jeg ville ønske, at ledere i sundhedsvæsenet i højere grad gik på talentjagt og indkredsede ledere in spe blandt vores yngste kolleger. Det behøver ikke være dem med flest publikationer. Det kan være kvaliteter

som beslutningskraft og sociale kompetencer, der karakteriserer kommende lægelige ledere. Giv dem den nødvendige støtte i, at ledelse også kan være en karriere, og at den er lige så prisværdig som at være faglig spydspids. Jeg vil også opfordre unge læger, der bare overvejer ledelse som levevej, til at stå ved det og eksempelvis sørge for at få sig en mentor, der kan give det rygstød, som der givet vil blive brug for undervejs.

Læger skal ikke lede alt i sundhedsvæsenet. Andre professioner har naturligvis også en plads. Men vi skal sikre, at vi har indflydelse på alle ledelsesniveauer i sundhedsvæsenet. For faktum er, at hvis ikke vi som læger magter at tage ledelsesopgaven på os, er der andre, der gør det. Det vil stille os ringere som stand, og det vil føre til et ringere sundhedsvæsen.

Synspunktet har været publiceret i en længere version i Ugeskrift for Læger.

[Gå til ledelsesbloggen på DSSnet](#)

Resumé

Akutmodtagelserne er omdrejningspunktet for et af de største, organisatoriske eksperimenter, der i nyere tid er sat i værk i Danmark. Personale og specialer samles på færre fysiske enheder, og der bygges nye hospitaler for milliarder. Drivkraften for udviklingen er et ønske om at skabe bedre kvalitet for patienterne. Men hvordan organiserer man bedst samarbejdet om de akutte patientforløb? Hvad skal der til, for at de nye akutmodtagelser kommer til at løfte kvaliteten for patienterne? Svarene er ikke givet på forhånd. Etablering af de nye akutmodtagelser er sket hurtigt, og er ofte kombineret med sparekrav til både akutmodtagelser og resten af hospitalet. Samtidig er der stort set lige så mange måder at organisere det akutte arbejde på, som der er akutmodtagelser – for eksempel er der store forskelle på lægebemanding og sengemasse fra afdeling til afdeling. Det lader sig givetvis ikke gøre at finde en entydig formel for den gode akutmodtagelse, men der er behov for mere viden om, hvad de forskellige organisatoriske valg betyder for patienterne.

Akutmodtagelser – ensartet kvalitet?

Mangler viden om effekt og konsekvenser af de utallige måder at organisere FAM'er på

Af Anne Brøcker og
Christina Holm-Petersen

Danmark har satset stort og bygger nye sygehuse op om akutkonceptet for at sikre bedre kvalitet, større faglighed og mere effektive patientforløb. Alligevel risikerer vi måske, at de gode intentioner om øget kvalitet drukner i organisatoriske udfordringer, krav om effektivisering og kamp mellem specialerne.

For hvad virker egentlig i akutmodtagelsessammenhæng? Hvordan får vi det implementeret? Og kommer det til at give ensartet kvalitet?

Sundhedsstyrelsens udspil fra

2007 om det akutte beredskab peger på samling af akutmodtagelserne på færre hospitaler, og samling af diagnostiske muligheder, samt en fælles indgang for de akutte patienter. Derudover peger Sundhedsstyrelsen på, hvilke specialer, der som minimum skal være til rådighed, for at et hospital kan etablere en fælles akutmodtagelse.

Udspillet rummer derimod ikke mange retningslinjer for implementering, organisation og ledelse fra nationalt hold. Tilsvarende er der på regionalt niveau ret vide rammer for, hvordan akutmodtagelserne organiseres.

Det betyder, at der i dag er næsten lige så mange måder at organisere akutmodtagelser på, som der

er akuthospitaler. I det felt vi har undersøgt, er 16 akutmodtagelser, med repræsentation fra alle de fem regioner. Her er spændet vidt.

Organisatoriske eksperimenter

Lad os begynde med at slå fast, at der ikke nødvendigvis er én rigtig måde at organisere fælles akutmodtagelser på. Der kan fx være forskellige muligheder og behov alt efter, om man befinder sig på et centralhospital eller et stort universitetshospital.

Når det er sagt, er det omvendt ikke givet, at alle organisatoriske valg producerer samme kvalitet. Lige som det heller ikke er givet, at alle akuthospitaler behøver at gennemgå de samme børnesygdomme.

Enkelte steder er der brugt år på at planlægge og forberede akutmodtagelserne. Andre steder fortæller ledelse og personale, at skiltet Akutmodtagelse blev sat op stort set fra den ene dag til den anden, hvorefter hovedparten af arbejdet med at organisere og koordinere gik i gang sideløbende med daglig drift i en ny afdeling.

Samtidig har det været meget varierende, hvor stærkt hospitalsledelse/direktion har engageret sig i opgaven med etablering af de nye akutmodtagelser. Det har mange steder givet en hård start, fordi succes for akutmodtagelserne fordrer stærk ledelsesmæssig opbakning, godt samarbejde med hospitalets specialeafdelinger, og enighed om, at de akutte patienter er et fælles anliggende. Pressede processer har således givet deres bidrag til variationer.

I det følgende vil vi præsentere nogle af de organisatoriske variationer, vi har observeret.

Lægebemanding

Den lægelige bemanding af akutmodtagelserne varierer stærkt fra akutmodtagelse til akutmodtagelse. Der er således ansat mellem 1 og 32 læger direkte i akutmodtagelsen på de afdelinger, vi har besøgt. De fleste steder er det akutlæger, der er ansat i akutmodtagelsen, men der er også eksempler på afdelinger, hvor der er en fast stab af læger, der ikke er akutlæger.

Betegnelsen akutlæge kan både dække over en speciallæge, der har

taget en akutlægeuddannelse i fx Sverige eller USA, en læge med et andet speciale, suppleret med overbygning i fagområdet akutmedicin, eller en læge, der er ansat i en stillingsbetegnelse, der hedder akutlæge.

På ovennævnte akutmodtagelse med en lægestab på 32 læger gælder, at der er ansat læger på alle niveauer, fra KBU-læger til speciallæger. Og det gælder, at der er ansat både akutlæger og læger med andre specialer.

Akutmodtagelserne har fortsat udfordringer med at tiltrække og fastholde læger til de nye afdelinger. Dette hænger sammen med, at akutlægernes rolle på mange måder stadig er en diffus pionerrolle.

Akutlægerne oplever stadig skepsis fra deres kolleger i specialerne, der er usikre på, hvad akutlægerne byder ind med. Der er stadig få, der har gennemført den uddannelse, der udgør det nye fagområde for akutmedicin, og i og med, at der ikke er tale om et selvstændigt speciale, bryder stillingen med de kendte uddannelsesveje og stillinger inden for de etablerede specialer.

Døgndækning

Variationen i antal læger i akutmodtagelsen medfører en tilsvarende variation i, hvor stor en del af døgnet, akutmodtagelsen kan dække lægebemandingen. Nogle steder har akutmodtagelsen ikke mulighed for at stille med egne læger overhovedet, andre steder kan akutmodtagelsens læger varetage rollen som triagelæge og flowmaster i dagarbejdstiden – og måske kun på hverdage.

Der er også eksempler på akutmodtagelser, hvor der er bemanding med akutlæger døgnet rundt, mens der stadig suppleres med fast tilstedeværende læger fra specialeafdelingerne til modtagelse og primær diagnostik af patienterne. Som nævnt ovenfor er der også et enkelt eksempel, hvor akutmodtagelsen selv er dækket ind med læger fra de relevante specialer, og derfor kun i særlige tilfælde behøver tilkalde hjælp fra specialerne.

Vilkårene i forhold til tilstedeværelse af læger fra specialerne er også forskellige fra akuthospital til akuthospital. Nogle steder er der udfordringer med at tiltrække speciallæger nok, både til akutmodta-

gelserne og til specialeafdelingerne, og der er derfor ikke speciallæger i tilstedeværelsesvagt døgnet rundt, som anbefalet af Sundhedsstyrelsen. Andre steder er det ikke et problem.

Derudover er det fortsat en udfordring for akutmodtagelseskonceptet, at der i lægekredse slet ikke er enighed om, at speciallægerne bør være i front døgnet rundt.

En række læger og ledere peger på, at der ikke er etableret enighed om, hvad specialister i front betyder. Er det akutlæger, fagspecialer eller kommer det an på patientens symptomer?

Hvis alle akutte patienter skal ses af en eller flere speciallæger tidligt i forløbet, kræver det både tilførsel af ressourcer i form af flere speciallæger, og et opgør med en fasttømret kultur inden for nogle af specialerne, som tilsiger, at man i takt med specialisering bliver berettiget til at trække sig fra vagtarbejdet.

Det nuværende overenskomssystem understøtter det økonomisk rationelle i brugen af speciallæger primært i dagarbejdstid og på hverdage.

Arbejdsdeling med specialeafdelingerne

Akutmodtagelserne har forskellige måder at organisere samarbejdet med specialerne på. Nogle steder mødes lægerne fra de forskellige afdelinger dagligt og konfererer patienter fra akutafdelingen, og lægger planer for dagen. Andre steder forlader man sig på skriftlige aftaler om tilkald og samarbejde, og koordinerer ad hoc.

På nogle hospitaler har akutlægerne behandlingsansvar, og kan både diagnosticere og behandle patienter, der på andre hospitaler ville høre under et speciale, og kun kunne behandles af en læge fra pågældende afdeling. Andre steder har akutlægerne ikke behandlingsansvar, og står derfor kun for triage, visitation og tilrettelæggelse af patientforløb.

Det er fremgået ved interviews, at det flere steder gør sig gældende, at arbejdsdelingen mellem akutmodtagelsen og specialerne, og akutlægens arbejdsdeling med de andre læger ofte er uklar og personafhængig.

Interviewene har også vist, at de

traditionelle specialestrukturer i vid udstrækning føres ned i akutmodtagelserne. Sengeafsnittene er stadig mange steder opdelt i medicinske og kirurgiske senge, og patienterne tilses i vid udstrækning af yngre læger fra specialeafdelingerne.

Derved opstår ikke den ventede synergi og samarbejdsånd omkring patientforløbene. Samtidig betyder mangel på akutlæger og udfordringer med at tilkalde specialister fra specialeafdelingerne, at det er svært at sikre, at patienterne ses af specialister tidligere nu end før etablering af de nye akutmodtagelser.

Konsekvensen er, at læger og ledere fra specialeafdelingerne ikke kan se ideen med det nye koncept, når de selv skal levere arbejdskraften til akutmodtagelsen, uden at opleve fordele i form af færre eller bedre afklarede patientforløb.

Snitflader og sengekapa-

citeter
Den samlede tid, patienterne må være i akutmodtagelsen, er også et område med betydelig variation.

Maximal opholdstid/liggetid i akutmodtagelsen er mellem 4 og 48 timer. Det betyder, at der er store

Om forfatterne



Christina Holm-Petersen. Seniorprojektleder, phd i KORA (Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning). Har ekspertise inden for organisation og ledelse i sundhedsvæsenet og har gennemført flere undersøgelser om fælles akutmodtagelser.

chpe@kora.dk



Anne Brøcker. Seniorprojektleder, cand.scient. pol. i KORA (Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning). Har i mange år arbejdet med organisation af det akutte område, og er p.t. projektleder for to igangværende analyseprojekter vedrørende akutmodtagelser. Projekterne er finansieret af henholdsvis Videncenter for Velfærdsledelse og Danske Regioner og KORA, og omhandler ledelse og kvalitet på akuthospitalerne.

anbr@kora.dk

variationer i antallet af sengepladser og snitfladerne med specialeafdelingerne.

I den model, hvor patienten kun kan være maksimalt 4 timer i akutafdelingen, er der i sagens natur ingen sengeafdeling. Her triageres pa-

tienterne, indledende diagnostik iværksættes, og på den baggrund fordeles patienterne ud til specialeafdelingerne.

Hvor patienterne kan ligge i akutmodtagelsen op til 48 timer, er der egentlige sengepladser, og her for-

søger personalet i forbindelse med triage og indledende diagnostik at vurdere, om patienten har brug for indlæggelse i mere end 48 timer. Er dette ikke tilfældet, bliver patienten i en af sengene i akutmodtagelsen, og udskrives direkte herfra til hjem efter færdigbehandling.

Omorganiseringen med fælles akutmodtagelser har flere steder medført en indskrænkning i det samlede antal sengepladser i forhold til patientindtag. Det gør ikke den traditionelle udfordring med at få patienterne »op i huset« mindre.

Det fælles vilkår, at der skal produceres mere med færre ressourcer, fører nemt til interne konflikter, mangel på forståelse, og længsel efter de gode gamle dage. Samtidig presses akutmodtagelserne til at få patienterne videre fra akutafdelingen – også ind imellem i situationer, hvor et lidt længere ophold i akutmodtagelsen kunne have betydet, at et afdelingsskift helt blev undgået, fordi patienten alternativt kunne være udskrevet direkte fra akutafdelingen.

Det er således fremgået ved interviews, at organisering af, og

samarbejde om snitflader mellem akutmodtagelserne og de øvrige afdelinger har stor betydning for, hvorvidt specialeafdelingerne oplever, at de får value for money ved at have akutmodtagelserne.

I værste fald er oplevelsen, at der er tale om et forsinkende og fordyrende led i behandlingen. Dette kan eksempelvis være tilfældet, når kun få indlæggelser kan færdiggøres i akutafdelingen, eller når specialeafdelingerne som ovenfor beskrevet selv skal levere store dele af den lægelige bemanning i akutmodtagelsen.

Dimensionering af akutmodtagelsen har således betydning for, hvornår og hvorvidt patienterne overføres til en anden afdeling – med de eventuelle fordele og risici overføres medfører.

Plejebemanning

Der eksperimenteres landet over med forskellige modeller for ledelse og arbejdstilrettelæggelse for plejepersonalet i de nye, sammenbragte afdelinger. Her er udfordringen på samme tid at sikre en fælles forståelse og tilgang til de akutte patienter,

samtidig med, at de mere specialiserede kompetencer, der også er behov for hos plejepersonalet, opretholdes.

Fusionsudfordringerne har således skulle håndteres samtidig med de nye faglige udfordringer. Særlig skadestuepersonalet har haft en tradition for at arbejde meget selvstændigt og for dem ligger der en udfordring i, at lægerne får en større rolle i skadedelen af akutafdelingen.

Selve sammensætningen af gruppen – ratioen mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er nogle steder i højere grad præget af de lokale muligheder end en vurdering af objektive behov.

Behov for mere viden

En del af de forskellige valg, der er truffet omkring organisering af de nye akutmodtagelser, hænger sammen med fysiske og økonomiske rammer.

Men en del af forskellene er også udtryk for dels specifikke valg og forskellige filosofier om, hvordan arbejdet på et akuthospital og i en akutmodtagelse bedst muligt orga-

niseres, dels for lokale muligheder og de forhåndenværende søms principper.

Pointen er her, at uanset, hvad forskellighederne skyldes, har vi for lidt viden om, hvilke konsekvenser, de forskellige valg har.

En konklusion trænger sig dog allerede på:

Danmarks store satsning på akutområdet bliver kun en succes,

hvis processen har stærk ledelsesmæssig forankring og opbakning på afdelings- og hl/direktionsniveau.

Derudover er der behov for, at der iværksættes yderligere undersøgelser vedrørende betydningen af alle de forskellige måder at organisere akutmodtagelserne på.

En organiseringsmodel er aldrig stærkere end det indhold, hospitalets ansatte lægger ind i den.

Så hvordan sikres det, at udkommet bliver, at der rent faktisk implementeres en ensartet kvalitet?

Hvordan influerer de mange variationer på økonomi, patientoplevelser, patientsikkerhed, konsekvenser for de ansatte og udkommet af behandlingen?

Kommentér artiklen på DSSnets forum



Welcome to the e-health Generation by **Cambio COSMIC[®]**

Med vores standard rammesystem Cambio COSMIC definerer vi morgendagens behandling og pleje med maksimal patientsikkerhed, fleksible løsninger og effektive behandlingsforløb.

Gartner Group har kategoriseret Cambio COSMIC "One of nine global EHR's" som den eneste i Norden. I Region Syddanmark, Forsvaret og Færøerne er man takket være Cambio COSMIC i fuld gang med at realisere visionen om en sammenhængende, patientcenteret behandling og pleje. I Kronobergs län (Sverige) kæder Cambio COSMIC hele den primære behandling sammen med kommunernes ældreomsorg, og EU har officielt udnævnt Kronoberg som "The benchmark for EHR implementations in Europe". Dagens Medicin i Sverige har i 2012 udtalt at alle Sveriges bedste sygehuse anvender Cambio COSMIC.

Besøg os på www.cambio.se og få mere at vide om IT-sundhedsgenerationen.

Cambio⁺ Healthcare Systems
Safer and Smarter the Nordic way

En social gradient i deltagelse i brystkræftscreening

Studie viser, at lav uddannelse og indkomst har indflydelse på kvinders deltagelse i screeningstilbud

Af Line Flytkjær Jensen,
Berit Andersen og Peter Vedsted

Det danske sundhedsvæsen har valgt at indføre screening for brystkræft. Undersøgelsen tilbydes hvert andet år til alle kvinder mellem 50 og 69 år (1) og på landsbasis involverer det over 700.000 kvinder om året. Når samfundet stiller så omfattende et tilbud til rådighed, sker det på baggrund af en lang række faglige og organisatoriske overvejelser.

Et vigtigt kvalitetsmål af screeningsprogrammet er målgruppens deltagelse, og derfor er det vigtigt at un-

dersøge, hvem der benytter sig af tilbuddet, og hvem der ikke gør.

I dette studie undersøgte vi en række sociale forhold, som kunne tænkes at have betydning for kvinders deltagelse i programmet.

Vi fandt, at færre kvinder fra lavere kår deltog i screeningsundersøgelsen. For at sikre lige adgang til screeningsprogrammet bør sundhedsplanlæggere være opmærksomme på denne ulighed i deltagelsen, når programmet skal videreudvikles.

144.264 kvinder inviteret til screening

Vi gennemførte et populationsbaseret studie, hvor vi inkluderede kvinder, som blev inviteret til første screeningsrunde i Region Midtjyl-

land (n=149.234) i perioden 2008 til ultimo 2009.

Data for hver kvindes deltagelse blev registeret i en regional administrativ database. Med kvindens CPR-nummer blev data forbundet med Danmarks Statistiks registre (2) om sociale forhold, fx ægteskabelig status, etnicitet, indkomst, uddannelse, beskæftigelse og adgang til køretøj.

Vi ekskluderede i alt 4.970 kvinder fra studiet, bl.a. på grund af død, fraflytning og tidligere brystkræft. I alt blev 144.264 kvinder inddraget i analyserne (3).

Hvorfor deltog hver femte kvinde ikke?

Ud af de kvinder, som blev inviteret til første screeningsrunde, deltog

Exam-29-Jan-2013 10:53:12



29-Jan-2013
10:53



Composition de vue



Zoom



Paramètres d'affichage

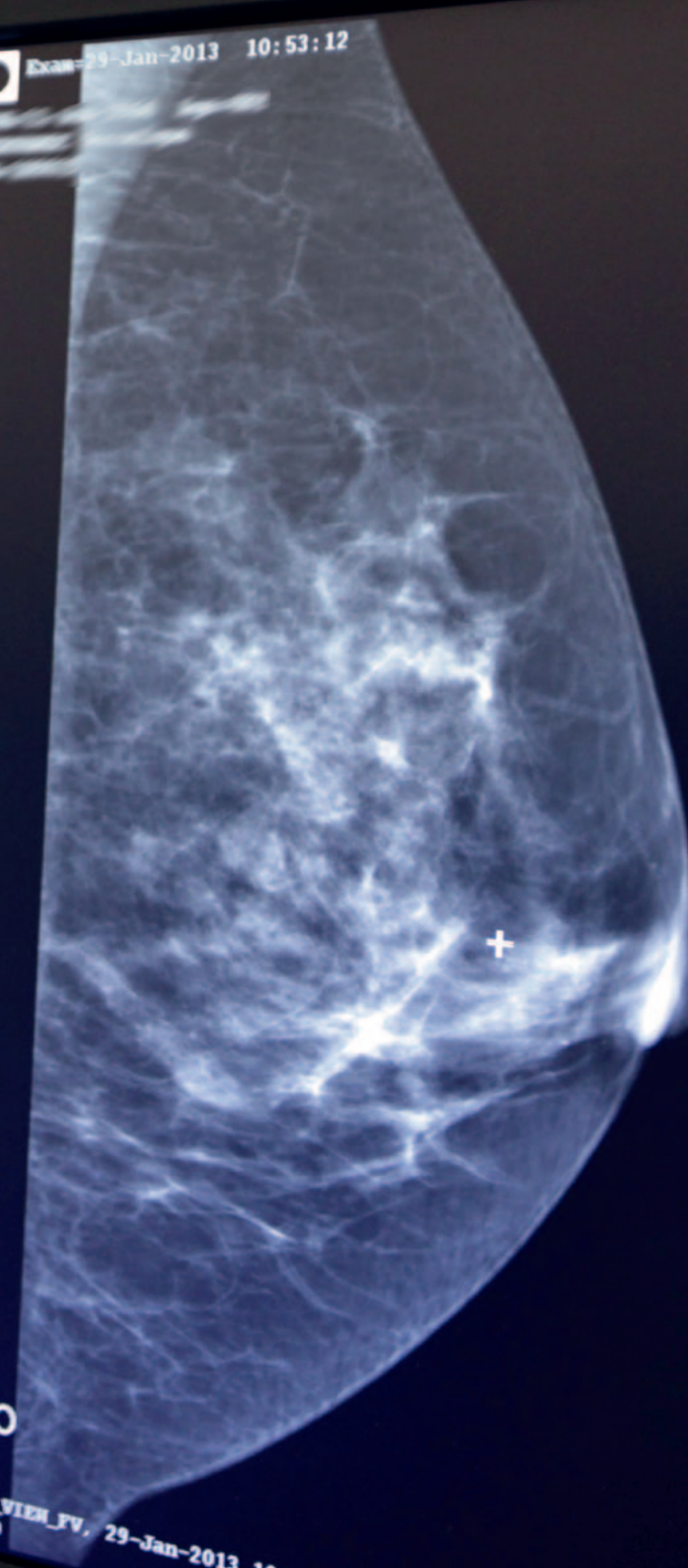


Localisation 2D



LMLO

PREMIUM_VIEW_FV, 29-Jan-2013 10:53:12
Mag=1.00



Tabel 1. Fordeling af sociale forhold i forhold til deltagelse i første rundes brystkræftscreening i Region Midtjylland (n=144.264)

Variabel	Deltager n= 113,811		Ikke-deltager n=30,453	
	n	% (kolonne)	n	% (kolonne)
Alder (i år)				
50-54	30.965	27,2	7.536	24,7
55-59	30.722	27,0	7.580	24,9
60-64	30.532	26,8	7.998	26,3
65-69	21.592	19,0	7.339	24,1
Etnicitet				
Dansker	110.018	96,7	28.201	92,7
Vestlige immigranter	2.024	1,8	918	3,0
Ikke-vestlige immigranter	1.749	1,5	1.306	4,3
Ægteskabelig status				
Gift	80.748	71,0	16.208	53,3
Registreret partnerskab	96	0,1	46	0,2
Samboende	7.746	6,8	2.230	7,3
Enlig	25.183	22,1	11.924	39,2
Beskæftigelse				
Lønmodtager	63.169	55,5	12.270	40,4
Selvstændig/topleder	4.536	4,0	1.283	4,2
Arbejdsløs	14.103	12,4	6.817	22,4
Pensionist	28.596	25,1	8.275	27,2
Kontanthjælpsmodtager	609	0,5	531	1,8
Andre	2.760	2,4	1.228	4,0
Uddannelse (antal år)				
≤ 10	39.214	34,9	12.651	42,8
11-15	47.661	42,4	10.624	35,9
>15	25.549	22,7	6.286	21,3
OECD justeret husstandsindkomst				
Laveste tertil	33.484	29,4	14.476	47,6
Mellem tertil	39.255	34,5	8.880	29,2
Højeste tertil	41.034	36,1	7.048	23,2
Adgang til køretøj				
Ja	99.597	87,5	21.302	70,0
Nej	14.176	12,5	9.106	30,0

113.811 kvinder. Det svarer til en deltagelsesrate på 78,9 %, hvilket er over EU's anbefalinger på 75 % for et ønskværdigt niveau (4).

Man kan således med rette betragte en deltagelse på næsten 80 % som ganske tilfredsstillende. Dog er det værd at se nærmere på, hvem disse ikke-deltagende kvinder er. Det er trods alt hver femte kvinde, som ikke deltager.

Vi fandt, at kvinder med lav indkomst, kvinder uden for arbejdsmarkedet, kvinder med lav uddannelse, ugifte kvinder, kvinder uden adgang til køretøj, indvandrere samt de ældste kvinder (65-70 år) var mere tilbøjelige til ikke at deltage (Tabel 1).

Vi så for eksempel, at 14.476 (30 %) ud af i alt 47.960 af kvinder med lav indkomst ikke deltog, mens blot 7.048 (15 %) ud af 48.082 kvinder med høj indkomst ikke deltog i screeningsundersøgelsen (Tabel 1).

Det betyder, at kvinder med lav indkomst var i dobbelt så høj risiko for ikke-deltagelse sammenlignet med kvinder med høj indkomst. Tilsvarende havde kvinder uden for arbejdsmarkedet dobbelt så stor risi-

Om forfatterne



Line Flytkjær Jensen. Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet. Center for Forskning i Cancerdiagnostik i Praksis (CaP), Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet. Afdeling for Folkeundersøgelser, Regionshospital Randers. line.jensen@alm.au.dk



Berit Andersen. Afdeling for Folkeundersøgelser, Regionshospital Randers.



Peter Vedsted. Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet. Center for Forskning i Cancerdiagnostik i Praksis (CaP), Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.

ko for ikke at deltage sammenlignet med kvinder på arbejdsmarkedet (Tabel 1).

Absolut set betyder disse forskelle, at hvis man inviterer 100.000 kvinder, vil 21.000 ikke deltage. Af



disse vil ca. 10.000 – altså næsten halvdelen – komme fra gruppen med laveste indkomst.

En undtagelse fra den generelle tendens til social ulighed var, at højtuddannede kvinder var mere tilbøjelige til ikke at deltage sammenlignet med kvinder med en mellem-lang uddannelse.

Undersøgelsen tydede dog på, at der var en U-formet sammenhæng i kurven mellem uddannelse og deltagelse, da undersøgelsen ligeledes viste, at lavtuddannede kvinder også var mere tilbøjelige til ikke at deltage sammenlignet med kvinder med mellemlang uddannelse.

Ikke-deltagere – en uhomogen gruppe

En vigtig pointe i forskningen på dette område og i screeningsdebatten generelt er, at deltagelse i screeningsprogrammer er frivillig og dermed et valg, som den enkelte kvinde træffer.

Dette studie gav os mulighed for at opdele gruppen af ikke-deltagere i aktive og passive.

De aktive ikke-deltagere ringede og afmeldte deres tid til screeningsundersøgelsen, mens de passive ikke-deltagere udeblev fra screeningsundersøgelsen.

Vore data viste, at kvinder, som ringede og afmeldte deres scree-

ningsundersøgelse, generelt var bedre socialt stillet (fx med højere indkomst) sammenlignet med kvinder, som udeblev.

Man kan forestille sig, at kvinder, som ringer og afmelder sig programmet, har truffet et bevidst valg om ikke at deltage. Derimod kunne det tænkes, at passive ikke-deltagere udebliver pga. øget social ulighed i muligheder for og manglende ressourcer til at deltage.

Det understøttes af resultaterne i dette studie, som netop fandt, at de passive ikke-deltagere i højere grad var fra lavere sociale kår (fx med lav indkomst og lav uddannelse). Denne viden er vigtig at bruge i for-

bindelse med optimering af screeningsprogrammer.

Mere fokus på den sociale gradient

Deltagelsen i den første organiserede runde af brystkræftscreening i Region Midtjylland var næsten 80 % og levede således op til den internationale grænse for en ønskværdig deltagelsesprocent.

Den høje deltagelse kan ses som et udtryk for, at kvinderne generelt tog imod tilbuddet. Til gengæld fandt vi en overvægt af socialt lavtstillede grupper blandt ikke-deltagerne, hvilket understøtter vores formodning om den sociale gradient i deltagelsen.

I den videre udvikling af screeningsprogrammer bør denne sociale gradient i deltagelse være et væsentligt fokusområde. Spørgsmålet er, hvordan man bedst sikrer, at dette tilbud kommer alle kvinder til gavn på samme måde, uanset sociale kår.

Kvinderne inviteres fra en central administrativ enhed i den region, hvor de er bosat. Det betyder, at kvinden ikke har direkte kontakt

med sundhedsprofessionelle og den praktiserende læge er ikke direkte involveret.

Om en differentieret indsats eller andre forhold kan have betydning for deltagelsen, må yderligere undersøgelser vise. Vores undersøgelse antyder i hvert fald, at et særligt fokus på ikke-deltagere med lav social position kunne være en oplagt brik for fremover at sikre en endnu højere deltagelse i screeningsprogrammerne og ikke mindst sikre so-

cial lighed i brugen af denne sundhedsydelse.

Artiklen kan læses i sin fulde længde i BMC Cancer 2012, 12:518
(www.biomedcentral.com/1471-2407/12/518).

Kommentér artiklen på DSSnets forum 



Referencer

1. Vejborg I, Mikkelsen E, Garne JP, Bak M, Lernevall A, Mogensen NB, Schwartz W, Lyng E: *Mammography screening in Denmark*. Dan Med Bull 2011, 58:C4287.
2. Timmermans B: *The Danish Integrated Database for Labor Market Research: Towards Demystification for the English Speaking Audience*. Aalborg; 2010.
3. Jensen LF, Pedersen AF, Andersen B, Vedsted P: *Identifying specific non-attending groups in breast cancer screening – population-based registry study of participation and socio-demography*. BMC Cancer 2012, 12:518.
4. European Commission: *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth Edition*. Luxembourg: European Communities; 2006.

Resumé

Capio S:t Görans Hospital i Stockholm og Landstinget i Värmland er begge lykkedes med at planlægge og implementere sundheds-IT løsninger med et strategisk sigte og dermed opnå reelle forbedringer for personale, patienter og borgere ved hjælp af sundheds-IT. På Capio S:t Görans har overgangen til en 100 % IT løsning været en integreret del af hospitalets forretningsplan, og den benyttede sundhedsplatform, Cambio COSMIC, er i processen nøje blevet tilpasset de områder og arbejdsgange, som hospitalet har haft fokus på at optimere. Landstinget i Värmland har fokuseret på en IT løsning hos praktiserende læger, der integrerede fakturering og frikortssystemet og sidst, men ikke mindst, kobledet det til idéen om selvbetjening. Til dét formål har Landstinget i Värmland anvendt Cambio COSMIC Self Service. Artiklen beskriver de to svenske institutioners succes i arbejdet med at implementere forandringer og forbedringer gennem nye sundheds-IT platforme.

Nordisk videndeling om sundheds-IT:

Se til venstre – sådan gør en svensker

Af Charlotte Strøm, læge PhD,
journalist

To svenske institutioner fra henholdsvis Capio S:t Görans Hospital i Stockholm og Landstinget i Värmland høster i nabolandet ros for deres succesfulde implementering af sundheds-IT platforme, der samtidigt tilgodeser strategiske målsætninger.

Også i sundhedssektoren kræver det ledelsesmæssig indsigt at lykkes med strategiske IT projekter. Det er sjældent tilstrækkeligt, at IT systemet er der, for medarbejderne skal også tage sundhedsplatformen og dens mange muligheder til sig

som anvendelige redskaber i hverdagen.

To svenske sundheds-IT projekter høster i nabolandet anerkendelse for at lykkes med deres målsætninger med at implementere reelle forbedringer for personale, patienter og borgere ved hjælp af sundheds-IT. Projekterne tildeltes henholdsvis en første- og en andenplads i konkurrencen Svensk e-sundheds Pris.

Sundheds-IT indgår i forretningsplanen

Capio S:t Görans Hospital er ét ud af Stockholms fem akutsygehuse. Det er et privathospital og arbejder på baggrund af overenskomsten med det offentlige på lige fod med de øvrige offentlige akutsygehuse.

Maria Wijk er IT-chef på Capio S:t



Vicedirektør Britta Wallgren (i midten) og IT-chef Maria Wijk (til højre) fra Capio S:t Görans Sygehus modtager på organisationens vegne hyldesten for førstepladsen ved uddelingen af den Svenske e-Sundheds Pris. Til venstre ses Sveriges IT-minister Anna-Karin Hatt.

Görans Hospital i Stockholm. Hun forklarer om arbejdet med det prisvindende projekt:

»Helt fra starten har overgangen til en 100 % IT-løsning på Catio S:t Görans hospital været en integreret del af hospitalets forretningsplan. Det forankrer både mål og midler i processen hos ledelsen såvel som hos personalet. Alternativet er at køre et eller flere separate projekter, der ligegyldigt hvor veltilrettelagte de er, slutter en dag, og måske/måske ikke på dét tidspunkt, hvor projektet slutter, er implementerede.«

I Sverige findes en national infrastruktur for at kunne dele informationer elektronisk, som i princippet strækker sig ud over sygehuse samt pleje og omsorgsvæsen. Sidstnævnte varetages, ligesom i Danmark, også kommunalt her. Maria Wijk understreger, at hospitalet har gjort en dyd ud af at undlade at gå over åen efter vand.

»Vi har taget udgangspunkt i de allerede tilgængelige IT-tjenester, dels fordi vi udgør en for lille institution til at udarbejde og indføre egne nye systemer, dels fordi vi

kunne applicere vores sundhedsplatform på de eksisterende tjenester,« siger Maria Wijk.

Den benyttede sundhedsplatform, Cambio COSMIC, er i processen nøje blevet tilpasset de områder og arbejdsgange, som hospitalet har haft fokus på at optimere.

»Vi har jo en forpligtelse til at bruge de penge sundhedsvæsenet koster os som borgere i samfundet fornuftigt. Det gælder fx tilrettelægning af personalets tid. Vi ved, at meget – og også for meget – tid går med administration, men netop dét kan IT afhjælpe,« fortæller Maria Wijk og fortsætter:

»Jeg synes i bund og grund, det er uinteressant, hvordan man driver et hospital. Jeg mener, at det er resultatet, nemlig patient flowet, der betyder noget. Der er tale om en meget avanceret platform med utrolig mange funktioner og muligheder for at følge patient flowet, følge kvaliteten i behandlingen og sidst men ikke mindst, at informationerne omkring patienterne bliver delt med de relevante samarbejdspartnere i primær sektor osv.«

IT-implementering er også forandringsledelse

Personalet har måttet gennemgå træning og uddannelse for fuldt ud at kunne udnytte de nye systemer. Og det kan være endog meget svært at ændre rutiner. Maria Wijk roser hospitalets personale for at være åbne og villige til at acceptere de nye arbejdsgange som den digitaliserede verden på hospitalet fordrer. Men hun erkender også, at det er en forandringsproces, som man som leder er nødt til at gå forrest i.

»I bund og grund er det personalets kompetencer, der kan få denne proces og omstilling til at lykkes. Men det er væsentligt, at dem, der skal lede personalet undervejs også har et detail-kendskab til hospitalets arbejdsgange og rutiner, for ellers kører det af sporet. Billedligt talt kan man sige, at det kan være vældigt vanskeligt at styre en hest med meget lange tøjler,« siger Maria Wijk, IT-chef.

Nye funktionaliteter på vej

I den kommende tid skal flere funktionaliteter tilføjes Cambio COSMIC platformen på Catio S:t Görans.



Det gælder fx COSMIC Nova Ward Whiteboard, som anvender touch screens til at planlægge aktiviteter på afdelingen samt Cambio COSMIC e-Referral, som tillader integreret elektronisk kommunikation mellem alle de relevante sundhedscentre i Stockholm og hospitalet.

Projekt ABBA

Tværs gennem landet fra Stockholm, grænsende op til Norge, ligger Värmland Len, hvor Landstinget her ligeledes har høstet national anerkendelse for et sundheds-IT-projekt.

Projektet er, ikke uden en vis stolthed over den navnkundige svenske popgruppe, blevet navngi-

vet ABBA (Anmäla besök och betala avgift).

Fra tid til anden blæses der til politisk debat om brugerbetaling for sundhedsydelse i Danmark. Selvom det endnu ikke er sådan det foregår her i landet, har vores nordiske naboer, således både Norge og Sverige, igennem mange år haft brugerbetaling i forbindelse med lægebesøg. Brugerbetalingen i Värmland er, med projekt ABBA, blevet moderniseret og effektiviseret.

Udviklingschef ved Landstinget i Värmland, Staffan Flodin, fortæller om motivationen bag forandringerne:

»Vi har gennem adskillige år haft

problemer med kødannelse ved skranken, både fordi patienterne skal tjekke ind og fordi de skal betale for lægebesøget. Desuden er håndteringen af kontanter forbundet med en del ekstraarbejde. Der var derfor behov for en bedre og mere enkel proces for patient check-in og betaling.«

På samme måde som der er loft over patientens egen-andel ved en given lægeordineret behandling, har man også i Sverige et loft over, hvor meget, man kan komme til at betale for lægebesøg. I Värmland svarer grænsen til 5½ besøg, hvorefter man kan gå til læge gratis resten af året. Staffan Flodin fortæller om de

væsentlige forandringer, projekt AB-BA har medført.

»Elektroniske terminaler klarer patient check-in. Det går hurtigere, og når patienten selv har registreret sit personnummer, har IT-systemet, udover at have registreret patientens ankomst, samtidig information om, hvor patienten befinder sig i forhold til udgiftsloftet, og hvorvidt patienten har frikort,« siger han.

Manuel betjening er fortsat mulig for de patienter, som har behov for at tale med en receptionist. Alligevel har det betydet, at andelen af patientmodtagelser i primær sektor, som kan håndteres på under 2,5 minutter, er steget fra 18 % til 50 %.

»Det giver et langt bedre arbejdsmiljø, og systemet er da også nu blevet indført på centralsygehuset i Karlstad, og det er planen, at det skal udbredes til resten af regionens sygehuse,« fortæller Staffan Flodin.

Han fremhæver en anden væsentlig forbedring, som er den månedlige fakturering, der har afløst kontant- og kortbetaling, idet IT-systemet automatisk genererer en månedlig faktura, som sendes til borgeren.

Selvbetjening central for løsningen

Staffan Flodin understreger, at Landstinget fra starten har fokuseret på en løsning, der integrerede fakturering og frikortssystemet og koblede det til idéen om selvbetjening. Til dét formål har Landstinget i Värmland anvendt Cambio COSMIC Self Service.

»Borgerne har taget vældigt godt imod de nye forhold og mange overraskes over, hvor enkelt det i grunden er,« siger Staffan Flodin.

Processen omkring Projekt ABBA har i alt varet to år og evalueres systematisk i begyndelsen af 2013.

Sundheds-IT på Færøerne

Også længere mod nord på Færøerne er der, gennem nogle år, blevet arbejdet med IT-platforme til at optimere arbejdsgange og informationsdeling i sundhedsvæsenet. Ved årsskiftet indgik det færøske sundhedsministerium aftale med Cambio Healthcare Systems Danmark om vedligehold, videreudvikling og opgradering af den eksisterende fælles sundhedsplatform, der dækker hele det færøske sundhedsvæsen.

»Med Cambio COSMIC tilføjes vores sundhedsplatform en række nye moduler og forbedret funktionalitet, som vi ikke har haft i vores hidtidige system,« siger Jóanis Erik Køtlum, konstitueret departementschef i det færøske sundhedsministerium.

Systemet anvendes i dag på Færøernes tre sygehuse og hos de tredive praktiserende læger rundt om på øerne. Visionen er, at Færøerne, med den opdaterede sundhedsplatform, vil udbrede anvendelsen til også at gælde kommuner og andre aktører i pleje- og omsorgsområdet.

Brugerne oplever systemet som ét fælles system, og der er således ikke brug for ekstra log-on for at tilgå fx røntgenbilleder, blodprøvesvar eller biopsisvar.

»De mange forskellige moduler i Cambio COSMIC er fuldstændig integrerede. Derfor er det et smidigt og velfungerende system at arbejde med for de ansatte i vores sundhedsvæsen, og desuden øges sikkerheden for patienterne,« slutter Jóanis Erik Køtlum.

[Kommentér artiklen på DSSnets forum](#)



Modeller for medicingennemgang i primærsektoren

Behov for øget samarbejde og fælles forståelse blandt sundhedsprofessionelle

Af Linda Aagaard Thomsen,
Charlotte Rossing og Hanne Herborg

Medicingennemgang har til formål at optimere lægemiddelbehandlingen. Der er evidens for, at medicingennemgang medvirker til at sikre kvalitet i lægemiddelbehandlingen, forbedrer patientens implementering af behandlingen og giver sundhedsøkonomiske gevinster¹⁻⁷.

Implementering af medicingennemgang er højt prioriteret sundhedspolitik, blandt andet i udmøntningsplanen for den ældre medicinske patient, den kliniske vejledning til almen praksis om den ældre patient og inkorporering af medicingennemgang i DDKM for sygehusene.

Men medicingennemgang er ikke

et entydigt begreb, og der er forskellige opfattelser af formål og indhold. Der eksisterer heller ikke et samlet overblik over anvendte medicingennemgangsmodeller, eller en fælles forståelse for modellernes karakteristika, styrker og svagheder. Det indebærer en risiko for, at eksisterende viden om medicingennemgang ikke udnyttes optimalt.

Formålet med denne artikel er at skabe overblik over medicingennemgangsmodeller anvendt i den danske primære sundhedssektor, så sundhedsprofessionelle i et kommende samarbejde om medicingennemgang inspireres til at arbejde ud fra en fælles forståelse. Vores studie indeholdt:

1. en kortlægning af afprøvede eller implementerede medicingennemgangsmodeller

2. en beskrivelse af modellernes formål, struktur-, proces- og resultatkaraktistika
3. en vurdering af modellernes styrker og svagheder

Vi så på medicingennemgang i den primære sundhedssektor, inklusiv medicingennemgang i overgangen fra den sekundære til den primære sundhedssektor.

Anvendt metode

Litteratur om medicingennemgangsmodeller blev identificeret ved søgning i danske litteraturl databaser, oversigtsrapporter, diverse sundhedsfaglige hjemmesider, på Internettet og i de internationale litteraturl databaser PubMed og International Pharmaceutical Abstracts.

Der findes enkelte eksempler på

danske definitioner af medicingennemgang; men der eksisterer ikke en national definition. I dette studie blev medicingennemgang opfattet bredt, og både strukturerede og mere ustrukturerede tiltag, der havde til formål at optimere patientens lægemiddelbehandling, blev inkluderet.

For hver medicingennemgangsmodel blev det vurderet, hvor mange patienter modellen havde været afprøvet på, og på hvilket evidensniveau⁸ den var afprøvet. Desuden blev bestemte struktur, proces- og resultatkaraktistika afdækket med udgangspunkt i et tidligere studie⁹.

Den kvalitative analyse var baseret på de underliggende teoretiske baggrunde, som definerede mål og rammer for medicingennemgangsmodellerne (tabel 1).

Fire grundmodeller for medicingennemgang

Vi afdækkede 36 beskrivelser af medicingennemgang anvendt i projektforsøg og 19 beskrivelser af medicingennemgang implementeret i praksis.

Analysen resulterede i fire grund-

modeller for medicingennemgang, som kan ses i tabel 2 på side 24.

Modellerne spænder fra at fokusere på det enkelte lægemiddel til at adressere patientens samlede lægemiddelanvendelse.

En detaljeret beskrivelse af struktur-, proces- og resultatkaraktistika i de fire modeller samt fuld referenceliste kan ses i rapporten »Modeller for medicingennemgang i den danske primære sundhedssektor«¹⁰.

Model 1: Opportunistisk ad hoc gennemgang af ordination

Formålet med Model 1 er at sikre rationel ordination. I daglig praksis udføres en række ofte ustrukturerede aktiviteter, som skal opfange medicineringsfejl. Fokus er på stillingtagen til det enkelte lægemiddel via adgang til ordinationsdata, men ikke stillingtagen til hele behandlingen.

Seks projekter illustrerer brug af Model 1, og der er mange eksempler på redskaber til anvendelse af Model 1 i praksis, fx Basislisten, Ordiprax, Den nationale rekommandationsliste, medicin.dk, Interaktionsdatabasen, »Bedst og Billigst«-mo-

dellen, samt publikationer fra eller praksisbesøg af de regionale lægemiddelkonsulenter. Apotekets generelle receptkontrol fanger mange ordinationsfejl, før de når patienten.

Tværgående kontakter mellem sundhedsprofessionelle og simple spørgsmål til patienten afklarer tvivlsspørgsmål og bidrager til at sikre korrekt lægemiddelordination, lægemiddelform og dosis.

Sygehusets medicinafstemning og følge-hjem-ordninger bidrager bl.a. til optimering af medicineringen i udskrivelsesforløbet.

Rapportering af utilsigtede hændelser bidrager gennem læring til reduktion af medicineringsfejl.

Evidens for effekt af Model 1 på rationel ordination er undersøgt i to randomiserede kontrollerede studier over følge-hjem-ordningen og anvendelse af MAI-indekset.

Under Model 1 er medtaget aktiviteter til medicinafstemning, da de ofte medfører, at der sker en form for ad hoc-medicingennemgang. Medicinafstemningens primære formål er at skaffe overblik over medicineringen ved at afstemme en patients forskellige medicinlister.

Tabel 1. Underliggende teoretiske baggrunde for danske medicingennemgangsmodeller

Rationel ordination	Rationel farmakoterapi
<p>Omhandler »valg af det for patienten rigtige lægemiddel, som mest effektivt behandler og afhjælper den pågældende sygdom og/eller sygdomssymptomer og derved mest effektivt kan opfylde det behandlingsmål, som formelt eller uformelt bliver sat op for det individuelle behandlingsforløb«^a. Rationel ordination kan ikke klassificeres som en egentlig medicingennemgang. Den er vigtig for kvalitetssikring af det daglige praksisarbejde, og udgør et sikkerhedsnet, der kan fange de medicineringsfejl, som uundgåeligt sker. Interventioner med baggrund i rationel ordination, baserer sig ofte på en afstemning af et element af ordinationen i forhold til en »standard« som fx medicin.dk, interaktionsdatabasen eller regionens basisliste. Rationel ordination omfatter elementer af behandlingen og begrundelsen for behandlerens ordinationer.</p>	<p>Har til formål at sikre, at patienten ordineres den lægemiddelbehandling, som giver mulighed for størst mulig effekt med færrest mulige og mindst alvorlige bivirkninger og til lavest mulige behandlingspris^b. Rationel farmakoterapi er overordnet rationel ordination. Begrebsrammen omfatter ikke medicinadministration og compliance og dækker således ikke patientens implementering af behandlingen. Der foregår typisk en vurdering af medicineringen i forhold til en »standard«, som kan være publicerede behandlingsguidelines eller vejledninger fra Dansk Selskab for Almen Medicin, de kliniske selskaber, Institut for Rationel Farmakoterapi eller Dansk Lægemiddelinformation. Både rationel ordination og rationel farmakoterapi har basis i den kliniske farmakologi og evidensbaseret medicin.</p>
Kvalitetssikret lægemiddelanvendelse (engelsk: <i>pharmaceutical care</i>)	Compliance og concordance
<p>Omhandler »ansvarlig tilvejebringelse af lægemiddelbehandling med det formål at opnå bestemte resultater, der forbedrer patientens livskvalitet«. Det er »en patientcentreret praksis, hvor den sundhedsprofessionelle påtager sig ansvar for en patients lægemiddelrelaterede behov og holdes ansvarlig for denne forpligtelse«. Det sker ved at afdække og løse lægemiddelrelaterede problemer, herunder medicineringsfejl og utilsigtede hændelser, hvilket forudsætter kontinuert og dokumenteret opfølgning på behandlingen^c. Metoder kendt fra rationel farmakoterapi og rationel ordination anvendes, men i en patientsikkerhedstankegang, hvor fokus er på resultatet for patienten og på patienten i systemet af aktører omkring medicineringen. Strukturerede programmer for kvalitetssikret lægemiddelanvendelse baserer sig på en »plan-do-check-act«-kvalitetscyklus.</p>	<p>Omfatter patient- og behandlerrelaterede faktorer, der medvirker til at sikre implementering af lægemiddelbehandling gennem opbygning af fælles mål for behandlingen med patienten. Compliance omhandler graden af overensstemmelse mellem patientens faktiske medicinindtagelse og den ordinerede behandling. Concordance defineres som en proces omfattende medicinordination og medicinbrug, baseret på partnerskab^d. Patienten ses som en aktiv medspiller og beslutningstager. Patientinddragelsen skal sikre, at behandlingen gennemgås i kontekst af patientens sygdoms- og livssituation. For at styrke implementering af behandlingen inddrages ofte støtte af patientens <i>egenindsats</i>. Compliance og concordance forudsætter at behandlingen er hensigtsmæssig, da implementering af en uhensigtsmæssig behandling er meningsløs.</p>

Tabel 2. Karakteristik af modeller for medicingennemgang i den danske primære sundhedssektor

		Model 1	Model 2	Model 3A og 3B	Model 4A og 4B
		<i>Ustruktureret</i>	<i>Struktureret</i>		
		Opportunistisk ad hoc-gennemgang af ordination	Teknisk gennemgang af patientens medicinprofil	Gennemgang af patientens medicinske behandling	Patientcentreret medicingennemgang
Karakteristika	Formål	Rationel ordination	Rationel farmakoterapi	Kvalitetssikret lægemiddel-anvendelse	Implementering af lægemiddelbehandling
	Fokus	Lægemidlet	Enkeltbehandlinger	Patientens samlede behandling	Patientens lægemiddelanvendelse
	Datagrundlag / datakilde	Recepten	Medicinprofil (PEM)	Medicinprofil Kliniske data	Medicinprofil Kliniske data Patienten
	Underkategorier	–	–	3A: Klinisk medicingennemgang 3B: Medicinomsorg	4A: Kort ydelse 4B: Forløbsydelse med fokus på egenindsats
	Antal projektmodeller	7	9	3A: 1 3B: 4	4A: 9 4B: 6
	Antal driftsmodeller	8	4	3A: 0 3B: 2	4A: 4 4B: 1
	Antal patienter i projekter, median [range]	166 [18-558]	82 [42-465]	3A: 141 3B: 183 [144-222]	4A: 72 [10-290] 4B: 416 [23-563]
	Evidensniveau	2 (2 studier) 3 (4 studier)	3 (10 studier)	3A: – 3B: 3 (4 studier)	4A: 3 (8 studier) 4B: 2 (5 studier) 3 (1 studie)

Model 2: Teknisk gennemgang af patientens medicinprofil

Formålet med Model 2 er rationel farmakoterapi. Modellen er struktureret og kræver adgang til patientens medicinprofil (fx Det Fælles Medicinkort [FMK] eller den Personlige Elektroniske Medicinprofil [PEM])). Fokus er på vurdering af enkeltbehandlinger.

Ti projekter anvendte Model 2, og der var tre eksempler på Model 2 implementeret i praksis. I 5 tilfælde blev medicingennemgangen leveret af farmaceuter, i 3 tilfælde af læger (driftsmodellerne), og i 5 tilfælde i et samarbejde mellem læge og farmaceut.

Model 2 er i projektsammenhæng primært afprøvet regionalt (eller i de gamle amter), mens den i praksis ses anvendt i almen praksis. Målgruppen for modellen er først og fremmest polyfarmacipatienter.

Tværfagligt samarbejde ses i højere grad i en regionalt forankret Model 2 end i de øvrige modeller. Opfølgning på medicingennemgangen sker altid i projektsammen-

hæng, men er vagt beskrevet i driftssammenhæng.

Lægeordineret medicin evalueres altid, håndkøbsmedicin i mindre end halvdelen af projekterne, og naturlægemidler endnu sjældnere. Ud over en medicinprofil er data fra læge- eller plejelog over ofte til rådighed, selvom formålet kunne opnås uden journaladgang.

Model 2 har fokus på rationel farmakoterapi, idet medicinen typisk gennemgås med hensyn til rationelt valg af lægemiddel, dosis, risiko for bivirkninger og interaktioner samt pris.

Evidens for effekt af Model 2 på rationel farmakoterapi er på niveau 3, undersøgelser med før- og eftermålinger.

Model 3: Gennemgang af patientens medicinske behandling

Formålet med Model 3 er at kvalitetssikre lægemiddelanvendelsen. Modellen er struktureret og kræver, udover adgang til patientens medicinprofil, et vist kendskab til patientens kliniske tilstand. Fokus er på patientens samlede behandling, her-

under opfølgning på resultatet af behandlingen for patienten.

Afhængig af dataadgang underinddeles modellen i en Model 3A og 3B. Model 3A foregår med adgang til patientens lægejournal og betegnes en klinisk medicingennemgang. Model 3B foregår med adgang til patientens plejelog og kaldes en medicinomsorg.

Der var én reference til anvendelse af Model 3A i projektsammenhæng, fire referencer til anvendelse af Model 3B i projektsammenhæng og to referencer til Model 3B i drift.

Det var i alle tilfælde apoteksfarmaceuter, der udførte medicingennemgangen. Model 3B foregik i et samarbejde mellem apotek og kommune.

Målgruppen har været beboere på plejehjem eller botilbud. Der ses et aktivt samarbejde mellem farmaceuten og plejepersonalet om medicingennemgangen, mens patientens læge først inddrages, hvis medicingennemgangen giver anledning til spørgsmål eller forslag til medicinændringer. Opfølgning på medicingennemgangen sker altid. Lægeordineret medicin inddrages altid i

medicingennemgangen, håndkøbsmedicin og naturlægemidler som oftest, kosttilskud sjældent.

Model 3 har fokus på at afdække lægemiddelrelaterede problemer bredt. Medicinen gennemgås som i Model 2; men der ses yderligere på behandlingsvarighed, og behov for yderligere behandling. Problemer relateret til medicinbrug afdækkes, men ikke nødvendigvis med henblik på specifik årsagsvurdering.

Evidens for effekt af Model 3 på kvalitetssikring af lægemiddelbehandling ses kun for model 3B og er på niveau 3, undersøgelser med før- og eftermålinger.

Model 4: Patientcentreret medicingennemgang

Formålet med Model 4 er at vurdere den samlede medicinering og sikre implementering af ordineret lægemiddelbehandling gennem opbygning af fælles mål med patienten. Medicingennemgangen er struktureret og kræver adgang til patientens medicinprofil, et vist kendskab til patientens kliniske tilstand og kendskab til patientens oplevelse af behandlingsresultater.

Model 4 underinddeles i en Model 4A, hvor medicingennemgangen er det helt centrale element, og i en Model 4B, hvor medicingennemgangen er et element i et længerevarende program med fokus på opbygning af patientens egenindsats vedrørende medicinbrug.

Vi afdækkede otte projekter, der anvendte Model 4A; syv projekter, der anvendte Model 4B; fire eksempler på Model 4A i drift, og 1 eksempel på Model 4B i drift.

Farmaceuten var som oftest udførende på medicingennemgangen i projektsammenhæng; mens det i driftssammenhæng var den praktiserende læge.

I 11 tilfælde blev medicingennemgangen leveret af farmaceuter, i 7 tilfælde af læger og i ét tilfælde i samarbejde mellem læge og farmaceut.

Medicingennemgangen foregår, hvor patienterne bor eller naturligt kommer, og henvender sig til patienter, for hvem complianceproblemer er hyppige.

I Model 4A får farmaceuten typisk de nødvendige kliniske oplysninger

af lægen. I Model 4B forlader farmaceuten sig typisk på patienten som kilde til kliniske oplysninger, og journaladgang prioriteres derfor ikke så højt. Her inddrages patientens læge først, hvis medicingennemgangen giver anledning til spørgsmål eller ændringsforslag. Opfølgning på medicingennemgangen sker altid. Model 4 inddrager flere typer af medicin end de øvrige modeller.

Model 4 har fokus på lægemiddelrelaterede problemer bredt, men også på noncompliance, og på hvordan patienten oplever behandlingens resultater.

Specielt Model 4B arbejder løsningsorienteret med specifikke årsager til noncompliance. Behandlingens pris har mindre fokus end i de øvrige modeller.

Evidens for effekt af Model 4A på implementering af lægemiddelbehandling er på niveau 3, undersøgelser

med før- og eftermålinger, mens evidens for Model 4B er på niveau 2, randomiserede kontrollerede undersøgelser.

Ressourceforbrug ved medicingennemgang

Der var generelt stor variation i økonomisk kompensation og afsat tid til medicingennemgang, og oplysninger er oftest indhentet i projektføreløb og ikke i driftsfasen.

For Model 1 var der kun beskrevet tidsforbrug i ét projekt om sygeplejefaglig indsats i hjemmeplejen; det gennemsnitlige tidsforbrug var 358 minutter pr. patient. For de øvrige modeller var det gennemsnitlige tidsforbrug 46-90 minutter pr. patient; dog krævede det længerevarende program Model 4B 418 minutter pr. patient.

Den gennemsnitlige pris pr. medicingennemgang var lavest for Model 2 og højest for Model 4B (der var ingen oplysninger om pris for Model 1). Sundhedsøkonomiske analyser var gennemført på Model 4B i 3 projekter og viste, at denne model resulterede i sundhedsøkonomisk gevinst.

Ingen national best practice

Medicingennemgang er højt prioriteret sundhedspolitisk, der er mange initiativtagere hertil og flere forskellige leverandører af medicingennemgange. Umiddelbart er der ingen national *best practice* for medicingennemgang, og det er svært at få overblik over eksisterende tilbud.

Af de mange eksisterende tilbud identificerede vi 4 grundlæggende medicingennemgangsmodeller, hvis forskellighed bekræfter, at medicingennemgang er et utydeligt begreb.

Det er derfor vigtigt, at der sker en forventningsafstemning mellem de involverede parter, når der skal gennemføres medicingennemgang, så gennemgangen afspejler det, der er behov for i den konkrete situation.

Lignende modeller er tidligere beskrevet internationalt¹¹, og en engelsk model med 4 medicingennemgangsniveauer er tidligere beskrevet i Danmark af IRF til karakteristik af medicingennemgange¹². Inddragelsen af medicinbrugeren i medicingennemgangen tilføjer imidlertid et »spor«, som ikke tidligere er beskrevet i samme grad. Dette spor kan

dog være et vigtigt element i kronikerindsatsen vedr. patientuddannelse og patient-empowerment.

Der er stærkest evidens for Model 4B, hvor medicingennemgangen er et element i en ydelse med fokus på optimering af lægemiddelanvendelse hos patient og sundhedsvæsen. Derimod er der ringe evidens for, at en medicingennemgang i sig selv får indflydelse på patientens behandlingsresultat.

Medicingennemgangsprojekter har i høj grad fokuseret på indsamling af procesdata, herunder evaluering af, hvordan samarbejdet parterne imellem har fungeret. Det er naturligt taget i betragtning, at en forudsætning for, at medicingennemgang kan gennemføres, er god organisering og velfungerende samarbejdsrelationer, da forskellige parter i primærsektoren ofte samarbejder om gennemførelsen af medicingennemgang.

Klar rollefordeling vil skabe tryghed

Målgruppen for medicingennemgang er som oftest den store gruppe af polyfarmacipatienter. Ud fra

en ressourcemæssig betragtning kunne det overvejes at oplære fx farmakonomer, sygeplejersker, plejepersonale og lægesekretærer i at screene polyfarmacipatienter for behov for medicingennemgang.

Dette ses allerede i almen praksis, hvor en sygeplejerskes eller lægesekretærs medicinafstemning kan føre til en egentlig medicingennemgang. Dette kræver en klar rollefordeling, specifikke opgavebeskrivelser og tydelig forventningsafstemning, så alle er trygge ved, hvad der leveres.

Til gengæld kan det være givende for medicingennemgangen, at forskellige faggrupper bidrager med deres forskelligartede kompetencer. Farmaceuter synes, i samarbejde med plejepersonale, at kunne identificere og løse mange lægemiddelrelaterede problemer, hvilket kan give lægen et grundlag for at prioritere en mere klinisk baseret medicingennemgang.

Denne undersøgelse har ikke haft fokus på at afdække medicingennemgangsaktiviteter på sygehus, her kaldet patientspecifik klinisk farmaci.

Om forfatterne



Linda Aagaard Thomsen. Udviklingskonsulent, Pharmakon – Apotekernes Uddannelsescenter, Forskning og Udvikling. Farmaceut og ph.d. fra det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Københavns Universitet. Beskæftiger sig med forskning og udvikling af redskaber og programmer til kvalitets sikring af lægemiddelanvendelse hos kronikere, plejhjemsbeboere og beboere på botilbud for psykisk syge eller handicappede.
lat@pharmakon.dk



Charlotte Rossing. Afdelingsleder, Pharmakon – Forskning og Udvikling.



Hanne Herborg. Udviklingschef, Pharmakon – Forskning og Udvikling.

Det vil være relevant at gennemføre en tilsvarende undersøgelse af medicingennemgang i den sekundære sundhedssektor med det formål at afdække, hvilke muligheder der kan være for samarbejde mellem sektorerne, som kan sikre sammenhængende medicineringsforløb for borgerne.

Behov for tværfagligt samarbejde

De 4 danske modeller for medicingennemgang er alle relevante for praksis og bør vælges efter behov og målsætning.

Der er stærkest evidens for medicingennemgang anvendt til at sikre implementering af lægemiddelbe-

handling, mens værdien af den tekniske medicingennemgang er mere tvivlsom.

Der er behov for tværfagligt samarbejde om medicingennemgang. Ofte udfører farmaceuter medicingennemgang; men et samarbejde med almen praksis er afgø-

rende for implementering af medicinændringer. Inddragelse af andre faggrupper kan desuden bidrage til ressourceoptimering.

[Kommentér artiklen på DSSnets forum](#)



Referencer – se næste side

Noter

- a Medicintilskud og rigtig anvendelse af lægemidler. Betænkning afgivet af Indenrigs- og Sundhedsministeriets Udvalg om Medicintilskud; 2004.
- b Institut for Rationel Farmakoterapi [online]. 2012 [hentet 11. oktober 2012]. Hentes fra URL:www.irf.dk.
- c Hepler CD, Segal R. Preventing medication errors and improving drug therapy outcomes. A management systems approach. First ed. Washington DC: CRC Press, 2003.
- d Dam P, Herborg H, Rossing C, Tomsen D. Compliance og concordance. Uddannelseshæfte til »sikker og effektiv medicinbrug«. Hillerød: Pharmakon; 2007.





Referencer

1. Task Force on Medicines Partnership and The National Collaborative Medicines Management Services Programme. Room for review. A guide to medication review: the agenda for patients, practitioners and managers. London: Medicines Partnership; 2002.
2. Dam P, Herborg H, Rossing C, Sørensen L. Sikker og effektiv medicinbrug for brugere af blodtryksmedicin. Hillerød: Pharmakon; 2007.
3. Dam P, Herborg H, Rossing C, Pultz K, Sørensen L. Sikker og effektiv medicinbrug for type 2-diabetikere. Hillerød: Pharmakon; 2007.
4. Jakobsen HN, Rytter L, Rønholt F, Hammer AV, Andreasen AH, Nissen A, Kjellberg J, Stadsgaard K. Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus. København: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering; 2007.
5. Bernstein C, Björkman I, Caramona M et al. Improving the Well-Being of Elderly Patients via Community Pharmacy-Based Provision of Pharmaceutical Care. Multicentre Study in Seven European Countries. *Drugs & Aging* 2001;18:63-77.
6. Herborg H, Søndergaard B, Frøkjær B et al. Improving Drug Therapy for Patients with Asthma – Part 1: Patient Outcomes. *J Am Pharm Assoc* 2001;41(4):539-550.
7. Herborg H, Søndergaard B, Jørgensen T et al. Improving Drug Therapy for Patients with Asthma – Part 2: Use of Antiasthma Medications. *J Am Pharm Assoc* 2001;41(4):551-559.
8. OCEBM Levels of Evidence Working Group. The Oxford 2011 Levels of Evidence [online]. 2012 [hentet 16. oktober 2012]. Hentes fra: URL:<http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>.
9. Hakkarainen K. Models of pharmacist-conducted medication review – an international comparison. Specialrapport. University of Helsinki, Faculty of Pharmacy, Division of Social Pharmacy, Finland, 2008.
10. Thomsen LAa, Herborg H, Rossing C. Modeller for medicingennemgang i den danske primære sundhedssektor. Hillerød: Pharmakon; 2011.
11. Pharmaceutical Care Network Europe. Medication review [online]. 2011 [12. december 2012]. Hentes fra URL:<http://www.pcne.org/sig/MedRev/medication-review.php>.
12. Glintborg D. Medicingennemgang i almen praksis. *Månedsskrift for Praktisk Lægegering* 2011;89(1):5-6.

Fra klinisk problem til evidensbaseret praksis gennem PBL

Gynækologisk Klinik på RH har gode erfaringer med PBL som kompetenceudvikling for sygeplejersker

Af Hanne Nielsen og
Susan Munch Simonsen

Formålet med denne artikel er at videreformidle erfaringer med læringsmetoden »Problembaseret læring« (PBL) i klinisk praksis med afsæt i kompetenceudvikling hos den enkelte sygeplejerske og evidensbaseret udvikling af patientforløb/pleje.

Metoden er en afprøvet og anerkendt læringsmetode, som primært er anvendt prægraduat på bl.a. sygeplejerskoler og på medicinstudiet (1,2). I nedenstående beskrives brugen af modellen postgraduat som del af et kompetenceudviklingsfor-

løb for sygeplejersker i Gynækologisk Klinik på Rigshospitalet i København.

Problembaseret læring som brobygningsmodel

PBL kan være en løsningsmodel, der bygger bro mellem basissygepleje – evidens og kompetenceudvikling for den enkelte. Problembaseret læring er en lærings- og undervisningsform, der tager udgangspunkt i deltagerens erfaringer, og som udfordrer deltagerne personligt og fagligt og som er kompetenceudviklende. (1)

PBL er også en metode til at »lære at lære«, hvor læreprocessen bygger på tre grundprincipper: Problembearbejdning, gruppeprocesser

og selvstyret læring. Gruppens forskellige forudsætninger medfører forskellige behov for at arbejde med og studere det faglige stof (1).

I dag er dét at arbejde evidensbaseret i sygeplejen ikke længere en mulighed, men et krav. Derfor er udfordringen, hvordan basissygeplejersker motiveres til at arbejde evidensbaseret i hverdagen og hvordan det sikres, at den sygeplejefaglige forskning forankres i klinisk praksis i hverdagen (3,4,5).

Ofte bliver sygeplejeforskning udført fjernt fra patienterne og hverdagen – og derved bliver implementeringen vanskelig og opleves af basissygeplejerskerne som »top-down« styret (6). Udviklingen er ikke en naturlig del af det daglige ar-

bejde, men opleves fra lederside som inert i praksis.

Evidensbaseret sygepleje i det daglige arbejde

PBL forløbet giver deltagerne mulighed for at gå i dybden med og reflektere over en faglig problemstilling, og metoden stimulerer til analytisk, problemløsende og kritisk tænkemåde (7).

I Gynækologisk Klinik på Rigshospitalet arbejder vi med PBL-principper i forhold til kliniske udviklingsprojekter, hvor målet med forløbet er at opøve evnen til at praktisere evidensbaseret sygepleje i det daglige arbejde.

Forløbet tager afsæt i en aktuell klinisk problemstilling, som udvælges fra deltagerens praksis, og der arbejdes med evidensbegrebet og evidensbaseret sygepleje (3,8).

Hovedpointen med problemarbejdet er at søge forklaringer, finde sammenhænge og beskrive principper, som er virkningsfulde i forhold til den aktuelle problemstilling og som bidrager til at forklare de fænomener og forhold, som indgår.

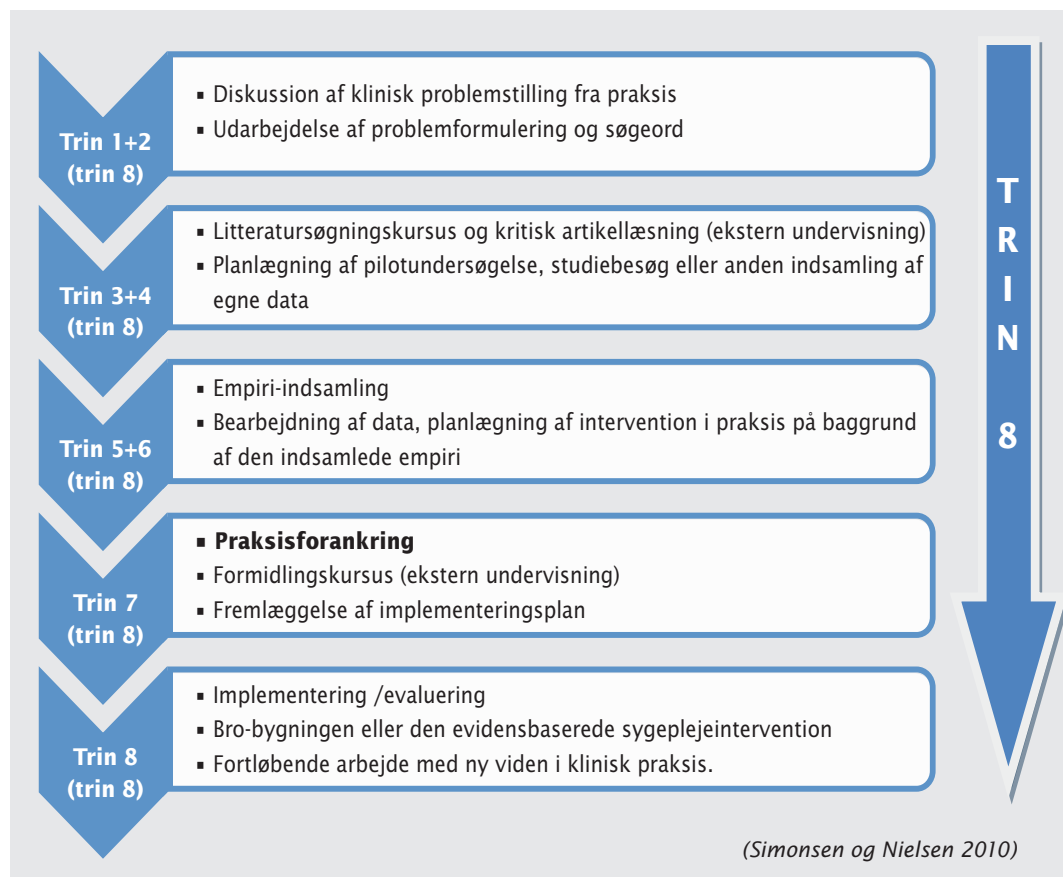
Forløbet strækker sig over 5 må-

neder og indeholder henholdsvis fremmødedage, studiedage samt kurser i litteratursøgning, kritisk artikellæsning og formidling fordelt på 9 planlagte PBL dage. Der er tilknyttet 2 faste undervisere/vejledere, som faciliterer processen undervejs samt 3 eksterne undervisere.

Ifølge Petterson's model over PBL

er der 7 trin der skal gennemarbejdes i forløbet. Vi har videreudviklet modellen således, at den kan anvendes postgraduat til sygeplejefaglig kompetenceudvikling (1).

Modellen er udarbejdet, afprøvet og evalueret i 2010 – 2012. Den tager afsæt i de 7 trin, og derudover afrundes forløbet med et implemen-



teringstrin (trin 8), som er afsæt for det videre arbejde i klinisk praksis:

- Klinisk problemstilling afstemt med ledelsen for at sikre implementering af resultater
- Pilotundersøgelse eller anden indsamling af data foregår over en 2 måneders periode, som er integreret i arbejdstiden
- Fremlæggelse af resultater og implementeringsplan for kollegaer, samarbejdspartnere og ledelse på fælles temadag
- Lokal plan for implementering udarbejdes i samarbejde med ledelsen
- Interventionen foregår fremadrettet med PBL-nøglepersoner som ansvarlige

Trin 8 indeholder koblingen mellem teori og praksis. På dette trin kobles den kliniske problemstilling med den teoretiske nyerhvervede viden i et implementeringsprojekt. Derved opnås praksisforankret, evidensbaseret kompetenceudvikling hos baskissygeplejersken.

Erfaring fra 12 sygeplejersker

På nuværende tidspunkt har 4 PBL-

hold (2 hold 2010-11 og 2 hold 2011-12) i alt 12 sygeplejersker eller 20 % af personalegruppen gennemført PBL-forløbet og efterfølgende implementeret evidensbaserede udviklingsprojekter i Gynækologisk klinik på Rigshospitalet.

Grupperne har arbejdet med følgende problemstillinger:

Årgang: 2010 – 2011

• Kommunikation

Problemformulering: »Hvordan støtter vi gynækologiske cancerpatienter i at opretholde deres livskvalitet (WHO: Quality of life) under og efter indlæggelsen på afdelingen.«

Metode: Spørgeskemaundersøgelse

Outcome: Ændring af den første sygeplejefaglige samtale med patienten ved indlæggelse, som gav mulighed for at sætte fokus på Quality of life således, at der kom strukturerede spørgsmål om psykosociale oplysninger til brug under og efter indlæggelsen.

• Endometriose

Problemformulering: »Hvordan skal sygeplejetelefonen i gynæko-

logisk ambulatorium organiseres, så patienterne får en kvalificeret og enslydende sygeplejefaglig rådgivning«.

Metode: Registrering af samtaler med patienterne. Gennemgang og klassificering af henvendelser i forhold til indhold.

Outcome: Struktureret sygeplejetelefontid således at det er en sygeplejerske fra endometriose teamet, der besvarer spørgsmål fra denne gruppe. Ligeledes er udarbejdet »de 10 mest forekommende spørgsmål og svar« til hjælp for alle, der tager telefonen.

Årgang 2011 – 2012

• Udnyttelse af sygeplejefaglige kompetencer

Problemformulering: »Hvordan udnytter man bedst sygeplejerskens kvalifikationer i forhold til abort-patienter ved deres undersøgelse og behandling i abortambulatoriet, så det giver et bedre patientforløb?«

Metode: Observationsstudie (registrering af tid på henholdsvis lægetid, sygeplejetid og sundhedsfaglig tid) samt studiebesøg.

Outcome: Projekt med sygeplejestyret abortambulatorium er under udarbejdelse. Sygeplejerskerne skal gennemgå en uddannelse til scanningssygeplejersker.

• **Information og patient-compliance**

Problemformulering: »Information og sygeplejehandlinger i forhold

til patienterne omhandlende kompressionsstrømper og patientcompliance«.

Metode: Spørgeskema til patienter og sygeplejersker i stationært sengeafsnit.

Outcome: Ensrettet og evidensbaseret information til patienterne. Udarbejdelse af VIP fra klinikledel-

sen. Dokumentation af sygeplejehandlinger i forbindelse med ordination af kompressionsstrømper. Patientvejledning (pjece)er under udarbejdelse.

Ønskede resultater nået

Resultaterne er fremkommet på baggrund af en spørgeskemaundersøgelse blandt de sygeplejersker, som har gennemført et PBL forløb fra 2010-12 (n=11, missing 1), hvor de er bedt om at evaluere deres udbytte af forløbet.

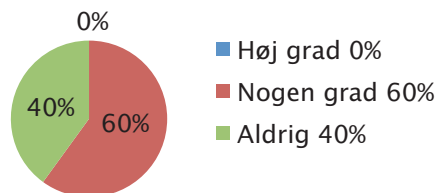
Spørgsmålene er rettet imod dels brug af evidensbaseret viden i udviklingen af klinisk praksis, dels PBL metodens anvendelighed.

Figur 1 og 2 viser resultater i forhold til deltageres viden om – og anvendelse af evidens før og efter PBL – forløb.

Deltagerne svarer ligeledes på, om PBL skaber motivation til at arbejde evidensbaseret i klinisk praksis både i forhold til ansvar for egen udvikling og i forhold til udvikling af patientforløb (figur 3).

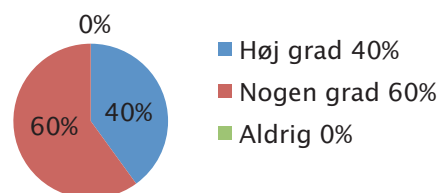
Figur 4 viser deltageres evaluering i forhold til om PBL-forløbet har givet anledning til øget refleksion

Brug af evidensbaseret viden inden PBL



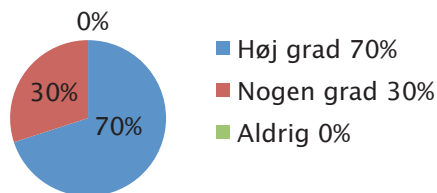
Figur 1

Praktiserer du evidensbaseret sygepleje efter PBL



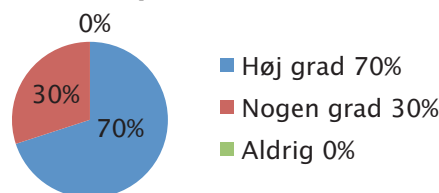
Figur 2

Har PBL-forløbet motiveret dig til at tage ansvar for egen faglig udvikling



Figur 3

Har PBL givet anledning til øget refleksion og kritisk forholden sig til klinisk praksis



Figur 4

over og kritisk forholde sig til klinisk praksis.

Erfaring med de to årgange af PBL-forløb, med afsættet i klinisk praksis kombineret med kompetenceudvikling hos den enkelte sygeplejerske og evidensbaseret udvikling af patientforløb/pleje, har givet det ønskede resultat.

På det personlige plan har deltagerne følt sig motiverede til at tage ansvar for egen faglig udvikling samt til at arbejde projektbaseret i meget høj grad.

Derudover viser resultaterne, at der, i forhold til patientforløb, er meget større fokus på evidens i udviklingsarbejdet. Sygeplejerskerne har i højere grad følt sig i stand til at vurdere og anvende evidens i deres kliniske praksis.

I forhold til problematikken om manglende anvendelse af forskning blandt kliniske sygeplejersker, ser vi absolut PBL forløb i denne udfordring som et brugbart redskab.

Ny udviklingsstrategi i en travl hverdag

Øget krav til evidensbaseret udvikling af sygeplejen i klinisk praksis

Om forfatterne



Susan Munch Simonsen. Uddannelseskonsulent i Region Hovedstadens tværgående virksomhed HR & Uddannelse. Funktion som uddannelsesansvarlig for sygeplejerskegruppen i Gynækologisk klinik på Rigshospitalet. Sygeplejerske fra Bispebjerg Sygeplejerskole (1990). Master i Sundhedspædagogik fra Danmarks pædagogiske Universitet (2006). Susan.munch.simonsen@regionh.dk



Hanne Nielsen. Afdelingssygeplejerske i Gynækologisk klinik og Center for seksuelle overgreb på Rigshospitalet. Uddannet sygeplejerske fra Hillerød Sygeplejerskole (1991). Master i Klinisk sygepleje fra Århus Universitet (2009)

og det faktum, at mange afdelinger i de seneste år har gennemgået store besparelser og sammenlægninger, har gjort det vanskeligt at afse ressourcer til kursus- og udviklings tiltag i gruppen af basis-sygeplejersker.

Denne udfordring har åbnet for nytænkning af praksisforankret

kompetenceudvikling i sygeplejegruppen, hvor PBL – forløb, som beskrevet i denne artikel, har vist sig at være en mulig udviklingsstrategi i en travl hverdag med stramme ressourcemæssige – og økonomiske rammer.

Erfaringerne fra klinikken viser, at det har været lettere at imple-

mentere resultater fra PBL-forløbene, idet deltagerne fortsat er tovholdere på deres egne udviklingstiltag – også efter PBL – forløbet.

Den nyudviklede intervention bliver en del af afdelingens sygeple-

jefaglige udvikling og har på den måde ingen slutdato, som man kender det fra det traditionelle projektarbejde.

Modellen blev præsenteret i en workshop på HR & Uddannelses

konference den 9. november på Nationalmuseet.

[Kommentér artiklen på DSSnets forum](#)



Litteratur

1. Pettersen. RC. Problembaseret læring. Dafolo forlag; (1999)
2. Sørensen, J. L et al. Experiences with the implementation of problem-based learning (PBL) during medical students' clinical training in obstetrics and gynecology. Ugeskrift for læger 166/21 (2004)
3. Willman. A. Evidensbaseret sygepleje. 2. udg. Gads forlag. Kap 2.
4. Hansen. Marianne, Nord. Evidens. Klinisk sygepleje nr. 4. (2002)
5. Rycroft- Malone.J.et al. »What counts as evidence in evidencebased practice« Journal of Advanced Nursing.47(1) (2004)
6. Nielsen, L. D og Pedersen, P.U. Barrierer for anvendelse af forskning blandt kliniske sygeplejersker. Sygeplejersken. Nr. 5 (2008)
7. Price, A et al. Problem-based learning in clinical practice facilitating critical thinking. Journal for Nurses in Staff Development.vol 16. (2000)
8. Andersen. I. Evidensbaseret medicin. 3 udg. København. Gads forlag. Kap.1 og 2. (2007)
9. Korsbek. L. og Barker. A. Litteratursøgning kræver systematik. Sygeplejersken. Nr. 18. (2005)



Dansk Selskab for ledelse
i Sundhedsvæsenet

Følg med i ledelses-bloggen på DSSnet.dk

Her kan du læse om aktuelle ledelsesrelaterede emner i det danske sundhedsvæsen. Alle medlemmer har mulighed for at give deres uforbeholdne mening til kende om, hvad de mener om bestyrelsens synspunkter.

Oversygeplejersken leder forskning og udvikling

Ni oversygeplejersker på Hospitalsenheden Horsens klædt på til opgaven gennem intensivt undervisningsforløb

Af Lisbeth Uhrenfeldt, Marie-Louise Ulsøe og Jette Ammentorp

I 2011 var tiden moden på Hospitalsenheden Horsens til at fokusere på den overordnede faglige ledelse af udviklings- og forskningsarbejde. Forud var der ansat en fuldtids forsker i sygepleje samt udviklingspsygeplejersker/radiograf i alle ni afdelinger. Ansættelserne var begrundet med, at der i 2007 var vedtaget en særlig strategi for etablering af forskning i sygepleje på hospitalet.

I 2012 blev alle oversygeplejersker så forsøgt »klædt på« til opgaven med et undervisningsforløb på 35

timer. Kurset foregik i perioden 26. januar-12. april, og blev afviklet i smukke inspirerende rammer på Horsens kunstmuseum.

Alle hospitalets ni oversygeplejersker deltog, og underviserne var hentet fra Aarhus og Syddansk universitet. Undervisningen blev afsluttet med en coaching intervention for at understøtte ledernes anvendelse af kurset i egen afdeling.

Denne artikel præsenterer indtryk af undervisningen og coaching interventionen, som den er evalueret gennem de interviews og spørgeskemaer deltagerne efterfølgende besvarede. Den samlede evaluering er samtidig undervejs i en videnskabelig artikel.

Undervisningsforløbet

Kurset bestod af fem enkeltdage

! Hospitalsenheden Horsens med ni afdelinger:

- Anæstesiologisk afdeling
- Medicinsk afdeling
- Organkirurgisk afdeling
- Ortopædkirurgisk afdeling
- Kvindeafdeling
- Billeddiagnostisk afdeling
- Nyremedicinsk afdeling
- Livsstilscentret
- Akutafdelingen

Tabel 1. Formål med den enkelte undervisningsdag

Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5
At formulere og deltage i et konkret klinisk udviklingsprojekt med udvalgte forskningsmetoder.	At udvikle og implementere ny viden med baggrund i eget kliniske speciale og eget ledelsesansvar	At kvalificere sygeplejersker til at bedrive forskning gennem bevidst faglig ledelse	At udvikle både hospitalets evidens i sygepleje og den samlede formidling og dialog om forsknings- og udviklingsarbejde	At inspirere sygeplejefaglige ledere til aktivt at bidrage gennem forskning og udvikling i egen afdeling, på hospitalet og i samfundet generelt

hver med sit specifikke faglige mål (Tabel 1). Forfatterne af herværende artikel var aktivt engagerede i kursets tilblivelse og forløb. Lisbeth Uhrenfeldt var underviser og fagligt ansvarlig for kursets samlede indhold.

Marie-Louise Ulsøe fungerede som ledelsesrepræsentant i planlægningsgruppen, koordinator og deltager. Jette Ammentorp (certificeret Life coach) var underviser og ansvarlig for coaching interventionen. Al undervisning foregik i samtale mellem underviserne og deltagerne.

På dag et var der et tilbud til deltagerne, om at formulere et konkret klinisk fag udviklingsprojekt. Delta-

gerne blev præsenteret for grundlæggende søgeværktøjer og søgestrategier af hospitalets bibliotekar. Dernæst blev kursets faglige opbygning præsenteret, med begrundelse for hvorfor de fem udvalgte forskere var valgt. Fælles for de undervisende forskere var, at de hver især har opbygget et specifikt klinisk rettet forskningsprogram som de er ledere af.

Dag to handlede om et forskningsprogram om Rehabilitering der foregår på Århus Universitetshospital, Skejby sygehus.

Seniorforsker Sussie Laustsen gav en dybdegående indsigt i betydningen af den kliniske kontekst for

sundhedsforskning og for at den kan føre til betydningsfulde ændringer for patienter og deres pårørende. Der blev inviteret til netværksdannelse.

På dag tre var udgangspunktet hvordan man kommer i gang med at skrive protokoller og får præ- ph.d. studerende i gang. Regner Birkelund er p.t. tilknyttet Forskningsenheden på Hospitalsenheden Horsens som hovedvejleder for to ph.d. studerende. På den baggrund og med eksempler fra egen forskning illustrerede han undervisningen med mange pointer fra den kliniske praksis.

På dag fire var perspektivet hentet fra Center for kliniske retningslin-

jer, hvor centerleder Preben Ulrich Pedersen satte nye perspektiver på evidensbaseret praksis, set i forhold til ledelse af forskning og udvikling.

På kursets sidste dag medvirkede hospitalets forskningskyndige cheflæge Jørgen Schøler Kristensen Han leder det interne forskningsråd, opbygningen af forskningsstrategien og satte på vegne af hospitalsledelsen forventningerne til hospitalets afdelingsledelser på forsknings og udviklingsområdet.

Cheflægens oplæg satte forskning ind i både en lokal, regional, universitets og international sammenhæng. Det var kursets første tiltag til at reflektere over de øvrige dages indhold i et anvendelsesmæssigt perspektiv. Det gav samtidig deltagerne mulighed for at dele ideer og erfaringer i forhold til de kommende lokale udfordringer.

Coaching intervention

Kurset blev afsluttet med en fælles coaching session, samt et tilbud til alle deltagere om en personlig coaching samtale.

Baggrunden for dette tiltag var, at søge at skabe de mest optimale

betingelser for at deltagerne kunne omsætte ny viden, nye erkendelser og erfaringer til daglig praksis, hvilket fordrer en personlig refleksion, hvor det man har lært vurderes i forhold til egne værdier, mål og behov. Samtidig giver det mulighed for at sætte den nyerhvervede viden i forhold til både eksterne og interne ressourcer og begrænsninger. Det var baggrunden for at kurset blev afsluttet med et tilbud til alle deltagere om en personlig coaching session.

Den fælles coaching session tog udgangspunkt i en indledende øvelse, hvor deltagerne efter at have rystet de mange ord af sig i en fælles dans, blev guidet igennem en

fantasirejse. Her skulle de forestille sig selv i deres afdeling fem år frem i tiden. Det var på et tidspunkt, hvor de havde opnået de ting de ønskede for sig selv og deres afdeling.

På rejsen fik de fik mulighed for at stille spørgsmål til deres fremtidige jeg og de fik lejlighed til at reflektere over den rejse, deres fremtidige jeg havde været på.

Efter fantasirejsen delte de deres oplevelser først med en af deres kollegaer og derefter med hele gruppen.

Otte af de ni deltagere sagde ja tak til den efterfølgende personlige coaching session på Hospitalsenheden Horsens.

Coachingen havde til formål at

! ID lifecoaching

ID lifecoaching er en metode, hvor der arbejdes med alle aspekter af livet og hvor det enkelte menneske hjælpes til at finde indre svar og opdage nye muligheder. ID'et står dels for Integrativ og Dynamisk, som udtryk for at der arbejdes dynamisk med en syntese af forskellige metoder indenfor personlig udvikling. Samtidig er det en coaching, der har speciel fokus på den betydning som menneskers selvfølelse og dybere oplevelse af identitet har for livskvalitet og for den personlige udvikling.

støtte den enkelte oversygeplejerske i at få sat nye perspektiver på sine opgaver og udfordringer, samt at synliggøre, hvad der skulle til, for at opnå de ønskede mål.

Coachingen varede mellem 1 og 1½ time og tog udgangspunkt i det som den enkelte oversygeplejerske ønskede at tale med coachen om.

Oversygeplejerskernes udbytte

Oversygeplejerskerne deltog i to interviews, et der foregik umiddelbart efter den sidste kursusdag og et der fandt sted efter den individuelle coaching.

De gav udtryk for at kursets form, netop den dialogbaserede form som underviserne havde anvendt, havde gjort en stor forskel for at aktivere deltagerne i de forskellige emner. Alle dages indhold havde høj anvendelighed, dog var undervisningen i litteratursøgning af mindre værdi, da oversygeplejerskerne ikke havde prioriteret at deltage i et konkret udviklingsprojekt undervejs i kurset.

Coachingen blev fremhævet som en særlig betydningsfuld oplevelse i forbindelse med kurset. I en travl

hverdag kan det være et problem at anvende kursets indhold dagen efter, når driftsopgaverne allerede står i kø grundet eget fravær.

Coachingen blev af alle deltagere vurderet til, at være en positiv personlig oplevelse som gav dem muligheden for, at planlægge næste skridt i egen ledelsesstrategi, på baggrund af kurset.

Oversygeplejerskerne besvarede et spørgeskema før og efter kurset, og efter at have gennemgået de 35 kursustimer gav de udtryk for, at de i forhold til tidligere lagde mere vægt på at udvikle ny viden indenfor eget fagområde og at de nu følte sig bedre klædt på til opgaven.

Tilsvarende var et af de mål, der blev prioriteret højest, at implementere ny viden og nye resultater, der kan bidrage til at evidensbasere klinisk sygepleje. Det var samtidig et af de områder, hvor de specielt oplevede at kurset havde givet dem ny viden og nye redskaber.

Deres egen deltagelse i udvikling og gennemførelse af projekter blev prioriteret relativt lavt og efter kurset følte de sig ikke bedre rustet til denne opgave.

Succes'en gentages og udbygges

Kurset må vurderes som en succes på baggrund af deltagerne evaluering af deres udbytte.

Vi lærte samtidigt, at vores mål om »At kvalificere sygeplejersker til at bedrive forskning gennem bevidst faglig ledelse« samt »At udvikle både hospitalets evidens i sygepleje og den samlede formidling og dialog om forsknings- og udviklingsarbejde« skabte nye ambitioner blandt flere oversygeplejersker.

På den baggrund er det næste undervisningsforløb planlagt til foråret 2013, denne gang med en større grad af egen indsats og tildeling af ECTS points i kraft af kursets opgaver, endvidere er deltagerkredsen udvidet til nu at omfatte afdelings-sygeplejersker.

Det næste kursus bygger videre på samarbejdet med centerleder Preben Ulrik Pedersen fra Center for Kliniske retningslinjer – www.kliniskeretningslinjer.dk

Kommentér artiklen på DSSnets forum 



Om forfatterne



Lisbeth Uhrenfeldt

Klinisk forsker og adjunkt ved Sektion for Sygepleje, Afdeling for Folkesundhed, Aarhus Universitet. Gennem en årrække haft fokus på faglig ledelse, klinisk ledelse og professionsudvikling, herunder etik,

dømme-og handlekraft. Underviser på valgfaget Sundhedsfaglig ledelse på kandidatuddannelsen i Sygepleje, Aarhus Universitet og i Sygeplejeeksportise på Masteruddannelsen i Klinisk sygepleje.

lisbeth.uhrenfeldt@horsens.rm.dk



Marie-Louise Ulsø

Oversygeplejerske i anæstesiologisk afdeling på Hospitalsenheden Horsens. Leder siden 2000 og de sidste 4 år som oversygeplejerske, hvor hun har arbejdet målrettet med etablering af en struktur indenfor kva-

litet og udvikling i egen afdeling samt fremme af den lægefaglige og sygeplejefaglige udvikling og forskning. Har de sidste 3 år desuden arbejdet med nærværende kommunikation på hospitalet.



Jette Ammentorp

Forskningsleder og lektor i Enhed for Sundhedstjenesteforskning på Sygehus Lillebælt/ Institut for Regional Sundhedsforskning, Det Sundhedsfaglige Fakultet, SDU. Uddannet på Ole Vadum Dahls 2 årige ID-

lifecoach Uddannelse. Gennem flere år arbejdet med metoder til optimering af kommunikationen i sundhedsvæsenet, derunder med coaching som en metode til at styrke både patienters og de sundhedsprofessionelles ressourcer.

Tænk **STORT**



Intensivambulance, Region Nordjylland

...det gør vi!

- Udvikling og afprøvning af teknologiske og telemedicinske løsninger
- Udvikling af præhospitale kompetencer
- Køretøjer/indretning opbygges i tæt samarbejde med kunden



Falck