

Christina Holm-Petersen, Sarah Wadmann og
Natascha Belén Vejen Andersen

Sammenfatning

Styringsreview på hospitalsområdet

Forslag til procedure- og regelforenklning

Sammenfatning, konklusioner og anbefalinger

Formålet med denne undersøgelse har været at undersøge, hvordan forskellige styringstiltag påvirker det daglige arbejde på hospitalsafdelinger. På baggrund heraf opstilles en række anbefalinger til konkrete områder, hvor det vurderes, at der vil kunne ske en mere optimal målopfyldelse gennem en enklere og mere fokuseret styring. Undersøgelsen har haft et særligt fokus på dokumentation og registreringsarbejde på hospitalerne.

Baggrunden for undersøgelsen er en enighed mellem regeringen og Danske Regioner om at nytænke og komme med konkrete forslag til afbureaukratisering for at sikre, at sundhedspersonalet får mere tid til pleje og behandling af patienterne.

Konklusionen på undersøgelsen er, at mængden af dokumentation i dag må anses for at være uhensigtsmæssig høj. Det er i særlig høj grad den nuværende udmøntning af kvalitetsstyring og it-understøttelse af såvel kvalitetsstyringen som andre områder, der giver anledning til megen dokumentation.

Der er forud for offentliggørelse af undersøgelsens resultater allerede taget politisk handling på dele af rapportens konklusioner og anbefalinger. For eksempel er regeringen og Danske Regioner blevet enige om at udfase Den Danske Kvalitetsmodel, og regeringen har lanceret et nyt nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2015).

Styring undersøgt bottom-up på fem hospitaler

Datagrundlaget er en bottom-up-undersøgelse blandt frontlinjemedarbejdere og deres ledere på alle ledelsesniveauer på fem danske hospitaler repræsenterende alle fem regioner og fem brede specialeområder. Der er som led i denne undersøgelse gennemført kvalitative interview (59 formelle samt 115 korte interview med deltagelse af samlet set 367 personer) og observationsstudier af det daglige arbejde med patientbehandling og -pleje samt dokumentationsopgaver udført af læger, sygeplejersker og administrativt personale (svarende til 20 arbejdsdage).

Fokus i bottom-up-undersøgelsen har været at afdække styringstiltag, der af medarbejdere og/eller ledere opleves som unødigt ressourcekrævende, samt at undersøge, hvilke institutionelle processer, der medvirker til at forme disse oplevelser. Der er altså ikke tale om en samlet vurdering af, hvor velfungerende arbejdet er på de medvirkende hospitaler, men en målrettet undersøgelse af, hvor hospitalsmedarbejderne og lederne ser muligheder for en mere hensigtsmæssig styring. Det er i dette lys, at rapporten skal læses.

For at opnå yderligere indsigt i de konkrete styringstiltag og udviklingen i kvalitetsstyringen er der gennemført interview med en række nationale og regionale nøglepersoner med særlig viden om kvalitetsstyringen på hospitalerne (10 interview med deltagelse af i alt 13 nøglepersoner).

Eftersom undersøgelsen viser, at der ofte er diskrepans mellem hospitalsmedarbejdernes *oplevelse* af styringsmæssige krav, og de krav, der er specificeret i nationale og regionale styringstiltag, er der for de konkrete styringstiltag herudover foretaget en sporing af retningslinjer for at kortlægge, hvor specifikke krav opstår. Sporingen er foretaget via søgning efter skriftlige retningslinjer på afdelings-, hospitals- og regionsniveau samt telefonsamtaler med kvalitetsansvarlige medarbejdere på regions- og hospitalsniveau.

Kvalitetsstyring og it-understøttelsen giver anledning til megen dokumentation

Bottom-up-undersøgelsen viser, at der på tværs af de undersøgte hospitaler og kliniske afdelinger er en meget høj grad af enighed om, at særligt tiltag inden for kvalitetsstyringen – sammen med it-understøttelsen heraf – fører til, at dokumentationspresset er blevet uhensigtsmæssigt stort på hospitalsområdet. Derfor fokuserer rapporten overvejende på kvalitetsstyring.

I rapporten forstår vi kvalitetsstyring bredt som de bestræbelser, beslutningstagere gør, og initiativer, de sætter i gang, for at forbedre kvaliteten af sundhedsydelser. Disse kan som led i kvalitetsstyring udmøntes i konkrete styringstiltag. Det vil sige, initiativer, der iværksættes for at regulere, herunder fremme eller forhindre, en bestemt adfærd (Andersen & Pedersen 2014). Kvalitetsstyring handler i rapporten bredt om tiltag i form af fx Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), den tværregionale implementering af Patientsikkert Sygehus, andre regionale tiltag på kvalitetsområdet samt behandlings- og udredningsgarantier. Styring i denne rapports optik kan både handle om at benytte forskellige styringsredskaber til at fremme udvikling og læring og til at fremme kontrol og dokumentation. Kvalitetsmålinger og monitorering ser vi som en del af styringen, som både kan anvendes styringsmæssigt til at fremme en bestemt udvikling/læring og/eller bruges i kontroløjemed.

På den positive side har de senere års arbejde med kvalitetsstyring på hospitalerne bidraget til at systematisere og professionalisere kvalitetsarbejdet. Det betyder også, at der er kommet mere ledelsesfokus på kvalitet.

Men kvalitetsstyringen afføder også en række udfordringer. Disse kan generelt henføres til, at gennemgående principper i den nuværende kvalitetsstyring medvirker til at producere en betydelig mængde generaliserede og standardiserede procedure- og monitoreringskrav. Det betyder, at de ansatte på hospitalerne anvender en hel del arbejdstid på opgaver, som mange ansatte og ledere på hospitalerne sætter spørgsmålstejn ved relevansen af. Det kan fx være krav om at screene oppegående patienter for tryksår eller at gennemføre livstilsamtaler med akut dårlige patienter. Som rapporten vil vise, er eksemplerne mange.

Det er dog ikke i sig selv det enkelte eksempel eller det enkelte monitoreringskrav, der udgør udfordringen. Det er derimod den samlede mængde og den samlede tendens. Eksemplerne deler en række fællestræk, som gør, at man kan tale om en mere generel tendens i den måde, kvalitetsstyringen foregår på. Typiske træk er således: Standardisering af procedurer, opstilling af kvalitetsmål, løbende kvalitetsmonitorering via lokal dataregistrering, offentliggørelse af resultater og decentralisering af ansvar for at handle på manglende målopfyldelse. Konkret genfindes flere af disse træk blandt andet i nationale styringstiltag såsom Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) og regionale indsatser såsom Patientsikkert Sygehus. Mere generelt kan styringen ses som led i en bevægelse mod, hvad der ofte betegnes som resultatbaseret styring i den offentlige sektor (Kristiansen 2014c).

Undersøgelsen viser, at der lokalt opstår et implementeringsoverload. Det vil altså sige, at det er den samlede mængde af tiltag, der skal implementeres og anvendes i dagligdagen, der kommer til at udgøre den egentlige udfordring. Hertil kommer en oplevelse af, at monitoreringskrav ikke afsluttes eller udfases, selvom målene er tilfredsstillende implementeret.

Undersøgelsen viser også, at den samlede tendens i kvalitetsstyringen fører til en oplevelse af, at *one-size-fits-all*-løsninger kommer til at fylde for meget, og at det er forbundet med arbejdsintensiv indsats eller civil ulydighed at afvige fra dem. Der opstår således en kultur om, at der er "skal-opgaver", der skal udføres, selvom de ikke fremstår som meningsfulde. Dette medfører en oplevelse af, at der kommer dokumentation for dokumentationens skyld. Hvilket igen opleves at føre til demotivation og en oplevelse af devaluering af faglighed. En

uheldig kulturpåvirkning er i tråd hermed den automatpilottænkning, som mange forbinder med flere af styringselementerne i DDKM.

Det er altså ikke standardisering *i sig selv*, der forekommer problematisk på hospitalsafdelingerne. Men den store *mængde* og høje *vægtning* af standarder i den nuværende kvalitetsstyring koblet med en *generalisering* af målgruppen for flere standarder, så de gælder for de fleste patientgrupper. Det fører til en oplevelse af manglende sortering og prioritering. Er patientkritiske standarder fx ikke mere vigtige end andre standarder? Er det ikke vigtigt at forholde sig til, hvad der er vigtigst for denne patient her og nu?

Den måde, it understøtter dokumentationsarbejdet på i dag, er i høj grad med til at øge oplevelsen af, at der er tale om en stor *registreringsbyrde*. Det er særligt de mange klik, dobbeltdokumentationer, fordi systemer ikke taler sammen, og den ventetid, der opstår, når it-systemerne fryser eller går ned, når man skal åbne flere programmer på en gang m.m., der er kilderne til frustration. Hertil kommer en oplevelse af, at det er svært at få rettet systemfejl, og at it-systemer implementeres, før de er klar til at virke i en klinisk hverdag.

Konsekvenser i den kliniske hverdag

En bekymring blandt mange medarbejdere og ledere på hospitalerne er, at kliniske procedurer standardiseres i en grad, så der ikke tages tilstrækkeligt hensyn til individuelle patientbehov og faglige prioriteringer i konkrete kliniske situationer.

På hospitalerne oplever særligt sygeplejersker, at de mange procedurekrav bevirker, at samtaler med patienter er så strukturerede på forhånd, at det er svært at få plads til patientens perspektiv på, hvad der er betydningsfuldt for dem. Dermed peger de på, at høj grad af standardisering kan bringe dem i konflikt med et hensyn til at sikre inddragelse af patienter og pårørende. At have mange eksternt definerede og standardiserede procedure- og dokumentationskrav kan på denne vis ses som indeholdende et paradoks: På den ene side skal standarden sikre, at patienter ikke bliver overset. På den anden side risikerer den enkelte patient netop at blive overset, når indholdet i interaktionen er fastlagt på forhånd.

Selvom hospitalsmedarbejderne principielt har mulighed for at afvige fra de standardiserede procedurekrav i situationer, hvor det ikke forekommer fagligt meningsfuldt, så udløser det endnu en registreringsopgave, idet medarbejderne skal argumentere for afvigelsen. På hospitalerne opleves det som unødigt ressourcekrævende. Endvidere giver medarbejderne udtryk for, at det kan være forbundet med en risiko for kritik eller klagesager ikke at følge standardprocedurer.

Samtidig er der en oplevelse af et stort arbejdspres og korte liggetider inden for mange specialer. Det medvirker til, at læger, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter og ledere på alle niveauer på hospitalerne i stigende grad er bekymrede for, at de mange procedurekrav i for høj grad kommer til at fortrænge fokus fra kerneopgaven. Frontlinjemedarbejderne ser kerneopgaven som det at diagnosticere, behandle, træne og pleje patienter.

Kvalitetsmonitoreringen er desuden implementeret på en måde, som ikke understøtter forløbstankegang. Procedurekrav er nemlig typisk knyttet til patientbesøg og ikke til patientforløb. Når de samme screeninger gentages ved hvert besøg – uanset intervallet og patienternes behov – kan de udvikle sig til et tidsrøvende kvalitetsritual. Så screeninger, som i udgangspunktet kunne være fagligt meningsfulde, mister mening i praksis. Mange sygeplejersker oplever desuden, at de via standardkravene pålægges at indhente og dokumentere patientinformation (eksempelvis via screeninger), som der ikke er reelle handlemuligheder koblet til.

Krav i forbindelse med kvalitetsstandarder i DDKM har bidraget til at drive en betydelig produktion af lokale retningslinjer på hospitals- og afdelingsniveau. En bivirkning heraf er, at antallet og længden af skriftlige retningslinjer er blevet uoverskuelig stor og svær at finde rundt i. Eftersom de skriftlige retningslinjer løbende skal opdateres, er ikke kun produktionen men også vedligeholdelsen ressourcekrævende. På trods af, at der er indført elektroniske dokumentstyringssystemer, oplever mange medarbejdere desuden, at overlappende retningslinjer gør det vanskeligt for dem at finde de retningslinjer, de har brug for. De retningslinjer, der skulle sikre forudsigelighed og systematik i hospitalsarbejdet, risikerer derfor i praksis at blive en kilde til usikkerhed, fordi den samlede volumen – og længden af retningslinjerne – ofte gør det vanskeligt for medarbejderne at overskue de retningslinjer, der er relevant for deres praksis.

Endnu en udfordring er, at kvalitetsmonitoreringen bidrager til at vanskeliggøre overblik over patientinformationer i den elektroniske patientjournal, fordi informationer om screeninger og lignende optager plads i patientjournalerne uanset, om der er klinisk relevante fund, og uanset om der er behov for opfølgning. Derved mister den elektroniske journal en del af sin funktionalitet. Både læger og sygeplejersker oplever udfordringer med at overskue patientforløb i den elektroniske journal. De mange screeningsresultater fylder særligt i sygeplejefjournalen. Det udfordrer den tværfaglige koordination, eftersom andre faggrupper har tendens til automatisk at frasortere sygeplejedokumentationen for at kunne få overblik over patientforløb. Dermed opstår der et modstridende hensyn i forhold til journalføringspligten, der lægger vægt på journalen som tværfagligt arbejdsredskab.

Frygten for ikke at opnå fuld akkreditering

Kvalitetsstyring er i dag i langt højere grad blevet en ledelsesopgave, end det tidligere har været på hospitalerne. Dermed er der også kommet et større ledelsespres for at løse "skal-opgaver", som den enkelte medarbejder og leder i varierende grad kan se meningsfuldheden af. Ledelsespresset hænger i høj grad sammen med, at der ifølge ledere og kvalitetsansvarlige er meget på spil for hospitalerne i forhold til at opnå akkreditering.

På afdelingsniveau giver ledelserne udtryk for, at de gerne vil tage ansvar for kvalitetsudviklingen. Men samtidig oplever de, at det lokale ledelsesrum er begrænset. Mens der i DDKM lægges op til brug af praksisnære metoder i implementeringen, er det typisk på forhånd defineret, hvilke kvalitetsproblematikker hospitalsafdelingerne skal arbejde med og ud fra hvilke metoder. Det er eksempelvis tilfældet, når afdelinger skal leve op til prædefinerede standarder, og når det i DDKM er ekspliciteret, at der for flere standarder skal udarbejdes lokale retningslinjer, opsættes kvalitetsmål og iværksættes monitorering. På den baggrund giver hospitals- og afdelingsledelser udtryk for, at en risiko ved udmøntningen af kvalitetsstyringen er, at ledelsesrollen lokalt på hospitalerne reduceres til primært at være et implementerende led.

Også den regionale implementering af Patientsikkert Sygehus, hvor ledelserne får tildelt en række 'pakker' fra Patientsikkert Sygehus, som de skal implementere, og hvor der er ekspliciteret kvalitetsmål og monitoreringskrav oplever de lokalt, at der mere er tale om en prædefineret implementeringsopgave end en egentlig kvalitetsudviklingsopgave.

Hvor kommer kravene fra?

Spørgsmålet om, hvor de mange krav kommer fra, er komplekst at besvare. På hospitalerne giver medarbejdere og ledere udtryk for, at de har vanskeligt ved at overskue, hvor hvilke krav kommer fra, og præcist hvilke krav der er gældende. Bottom-up-undersøgelsen tegner sammen med interviewene med nøglepersoner og sporingen af retningslinjer et billede af, at der er variation mellem konkrete styringstiltag i forhold til, på hvilke forvalt-

ningsniveauer specifikke krav opstår. Generelt er monitoreringskrav dog sjældent lovfæstet, men tilkommer typisk via Den Danske Kvalitetsmodel og politiske beslutninger på nationalt og regionalt niveau om monitorering af specifikke styringstiltag.

Derudover ses der eksempler på, at kvalitetsstyringen har en tendens til at tage til i omfang i implementeringen af konkrete tiltag. Det skyldes til dels frygten for ikke at opnå akkreditering. Men det skyldes også en række andre faktorer, som fx frygt for klagesager, frygt for ikke at leve op til sit ansvar, manglende mulighed for overblik samt en velmenende faglig grundighed, fx i forbindelse med udarbejdelsen af instrukser.

Monitorering og målemetoder

Der er en udbredt opfattelse af, at indholdet i det, der monitoreres på, fx i forbindelse med Den Danske Kvalitetsmodel, ikke handler om, hvad medarbejderne ofte betegner kerneopgaven eller kernekvaliteten. Der er derimod typisk tale om procesmål, hvoraf en betydelig del handler om andre ting end kliniske opgaver. For eksempel om ledere har dokumenteret, at de har gennemført MUS-samtaler.

Oplevelsen hos de interviewede medarbejdere og ledere på alle niveauer er, at de på hospitalerne primært bliver målt på, hvorvidt de har dokumenteret, at de har udført en given procedure; ikke om proceduren rent faktisk er udført, eller om udførelsen påvirkede kvaliteten i en positiv retning. Desuden oplever de på afdelingsniveau, at de ikke nødvendigvis får dataopgørelser tilbage, som de i praksis kan anvende til at forbedre kvaliteten. Derfor giver flere ledere og medarbejdere på hospitalerne udtryk for, at den faglige kvalitet ikke i tilstrækkeligt omfang indfanges – og dermed ikke forbedres – af de nuværende kvalitetsmålinger.

Generelt er det altså ikke kvalitetsmåling *i sig selv*, som hospitalsmedarbejdere og -ledere opponerer imod. Det er udformningen af de nuværende målesystemer og it-understøttelsen heraf. Når der ikke er overensstemmelse mellem kvalitetsmålingerne, og hvad der lokalt på hospitalsafdelingerne opfattes som god behandlingskvalitet, skaber det en oplevelse af, at de skal bruge betydelige ressourcer på målinger, som ikke nødvendigvis fremmer den sundhedsfaglige kvalitet. På afdelingerne kan det foranledige en række kreative forsøg på at minimere ressourceforbruget på styringstiltag, de ikke finder fagligt meningsfulde.

Undersøgelsen giver således eksempler på, at kvalitetsstyringen stimulerer ændringer i *registreringspraksisser*, men ikke nødvendigvis i *kliniske praksisser*. Endvidere er der eksempler på, at afdelingerne i nogle tilfælde har oplevet det nødvendigt at foretage ændringer i arbejdsorganiseringen, som har været til ulempe for patienterne for at opnå høj målopfyldelse. Det tyder paradoksalt nok på, at de krav, som er udformet for at komme patienterne til gavn, i nogle tilfælde kan få den modsatte effekt. Tilsammen tyder eksemplerne på, at kvalitetsmålingen har praktisk betydning på afdelingerne – men nogle gange på andre måder, end det var tiltænkt fra politisk-administrativt hold.

Lignende beskrivelser af, hvad der ofte betegnes som ikke-intenderede eller dysfunktionelle effekter af resultatmåling (Kristiansen 2014c, Smith 1995), ses i litteraturen om resultatbaseret styring og i undersøgelser af fx det engelske sundhedsvæsen (Dixon-Woods et al. 2014). Her er det velbeskrevet, at ledelsesfokus kan samles om kvalitetsmålingen i sig selv, mens underliggende problemer får mindre opmærksomhed; hvad der typisk betegnes *målfiksering* (Smith 1995, Perrin 1998). Fra at være et middel til at opnå indsigt i praksis, får høj målopfyldelse altså karakter af at være et mål i sig selv (se også Dahler-Larsen 2008, Knudsen 2011). Ligeledes er der adskillige eksempler på, at kvalitetsmåling kan føre til ændrede registreringspraksisser eller ligefrem datamanipulation (Bevan & Hood 2006,

Davies & Mannion 1999, Goddard, Mannion & Smith 2000, Mannion & Davies 2002, Mannion, Davies & Marshall 2005); hvad der typisk betegnes som *gaming* (Smith 1995).

Generelt kalder det på overvejelser om, hvornår kvalitetsmåling er anvendelig som styringsværktøj, og hvornår der skal andre metoder i spil; hvilke typer indikatorer der skal anvendes; og hvordan der sikres meningsfuld feedback på kvalitetsmålinger til dem, som udfører hospitalsarbejdet.

I litteraturen om resultatstyring i offentlige sektorer fremhæves det, at kvalitetsmåling kan tjene flere formål, herunder at skabe mulighed for ekstern kontrol, at øge gennemsigtigheden i den offentlige forvaltning (demokratisk legitimitet), at skabe konkurrence mellem sundhedsudbydere og at stimulere lokal læring og udvikling (Kristiansen 2014c). Eftersom formålene kan bygge på forskellige forestillinger om, hvem der skal bruge kvalitetsdata på hvilken måde, kan der dog opstå en intern konflikt mellem de enkelte formål. Derfor er det i udformningen af kvalitetsmålesystemer vigtigt at overveje, hvilke formål der skal tilgodeses – for forskellige formål kan kræve forskellige typer data. Beslutningstagere på nationalt eller regionalt niveau har ikke nødvendigvis samme databehov som afdelingsledelser og deres databehov kan igen adskille sig fra borgere og patienters (Wadmann et al. 2013). Det er derfor vigtigt at klargøre, hvem der skal bruge kvalitetsdata på forskellige organisationsniveauer, og hvad deres informationsbehov er.

Der er behov for nytænkning

Der er blandt de interviewede nøglepersoner og medarbejdere og ledere på hospitaler bred enighed om, at der er behov for nationale tiltag til at styre kvaliteten på hospitalerne til gavn for patienterne. Der er enighed om, at de seneste års kvalitetsstyring har haft en række positive effekter, såsom at få sat kvalitet på ledelsesdagsordenen og skabt struktur på en række områder. Der er dog også bred enighed om, at det er tid til at stoppe op og reflektere over den fremtidige kvalitetsstyring på hospitalerne.

Hvilken vej frem?

For mange ledere og medarbejdere på hospitalerne samt de interviewede nøglepersoner er det tydeligt, at det er tid til at revidere og ændre den måde, hvorpå kvalitetsstyring i dag praktiseres på hospitalerne. Men der er ikke et fælles svar på, hvad der præcist skal til.

Når vi spørger hospitalsmedarbejderne og deres ledere, er dele af svaret for hovedpartens vedkommende ret klart: Der skal skabes mere rum for klinisk faglige vurderinger. Det skal være muligt at vælge screeninger og lignende fra, når de ikke vurderes at være fagligt relevante eller etiske at gennemføre i konkrete situationer. Der skal ikke være omfattende dokumentation af negative fund. Samtidig peger de på, at der skal mere fokus på at udvikle den kliniske, faglige kvalitet. Mange medarbejdere og ledere kobler dette med, at det i højere grad skal være de lokale afdelingsledelser, der tager ansvar for at definere, hvad god kvalitet er på givne afdelinger, og løbende vurderer udviklingen heraf på en fagligt meningsfuld måde. Et stort ønske er også, at kvalitetsstyringen og it-understøttelsen af kvalitetsstyringen i højere grad samstemmes.

Det er for hospitalsmedarbejderne og -lederne ikke et spørgsmål om at frasige sig eksterne krav, men at disse bør afføde en mindre og efter deres opfattelse mere relevant registrering. Det vil eksempelvis sige kvalitetsstyring på færre og mere kliniske parametre. Og det vil sige en monitorering og eventuel akkreditering, der i højere grad adresserer det kliniske arbejde frem for et overvejende fokus på dokumentation. På hospitalerne giver de altså ikke udtryk for modstand mod ekstern kontrol som sådan. Men for at styrke fokus på kerneopgaverne og det lokale ejerskab i kvalitetsarbejdet efterspørger de dels større mulighed for at kunne prioritere, hvilke kvalitetsproblematikker der skal anvendes medarbejder- og

ledelsesressourcer på at arbejde med på hvilke afdelinger. Dels større indflydelse på, hvordan der arbejdes med og følges op på kvalitetsproblematikker.

Blandt hospitalsmedarbejderne, lederne og nøglepersonerne er der forskellige holdninger til de nuværende styringsmodeller, herunder akkreditering som metode. På de medvirkende hospitaler er der mange ledere og medarbejdere, herunder også kvalitetsmedarbejdere, der er fortalere for at ændre fokus fra kontrol til højere grad af lokal læring. Der er et ønske om tidstro feedback til klinikerne, så de kan lære af data. Men frem for alt skal omfanget af den nuværende monitorering og den afledte dokumentation reduceres.

Anbefalinger

Undersøgelsen viser, at der er behov for at udvikle den fremtidige kvalitetsstyring på hospitalerne, så der bliver taget fat på næste niveau af kvalitetsudfordringer. Det vil blandt andet sige et større fokus på patientforløb og mere fokus på kliniske kvalitetsmålepunkter. Nu er grundlaget via Den Danske Kvalitetsmodel lagt for at gøre kvalitet til en ledelsesopgave og for at arbejde systematisk med området. Der er via opbygningen af kvalitetsorganisationer på hospitalerne ressourcer til stede, der vil kunne anvendes til at løse næste niveau af kvalitetsudfordringer.

Samtidig er der på den ene side behov for en forenkling og reducere af kvalitetsmål, og på den anden side behov for en revitalisering af, hvilket ledelsesansvar der ligger i at kende og udvikle sin kvalitet. På denne vis vil styringen i højere grad kunne nærme sig de intentioner, der ligger i performance-management som styringsmodel. Forudsætningen er, at ledere har brug for ledelsesmæssig autonomi i forhold til opgaveløsning, og samtidig skal de holdes ansvarlige for deres resultater og præstationer, da det bidrager til, at lederne får indsigt i, hvad der forventes af dem. Det anbefales derfor, at man såvel nationalt, regionalt og lokalt kigger på to komponenter – ledelsesmæssig autonomi og ansvarliggørelse i forhold til præstationer – i forhold til at finde den rette balance mellem dem.

Som det fremgår af undersøgelsen, er der tale om komplekse problemstillinger. De opstillede anbefalinger skal på den baggrund ses som et bidrag til videre diskussion af, hvordan kvalitetsstyringen fremadrettet kan gentænkes.

På baggrund af undersøgelsen anbefaler KORA:

Anbefaling 1: At den nuværende kvalitetsstyring på hospitalerne revideres. Herunder at der udarbejdes en ny form for national kvalitetsstyring, der er designet til at understøtte indfrielse af politiske forventninger gennem større lokalt ansvar for at drive kvalitetsforbedringer. KORA anbefaler, at den fremtidige kvalitetsstyring bliver todelt, således at den består af eksempelvis følgende to dele:

1) **National monitorering på få udvalgte kvalitetsmål**

Del 1 kan bestå af monitorering og kontrol af *få udvalgte* primært kliniske kvalitetsmål. Det kan fx dreje sig om overlevelse, infektioner, antal indlæggelsesdage, re-operationer og lignende kvalitetsmål. Det bør A) ekspliciteres, hvilke styringsmæssige forventninger der knytter sig til målene, B) målene bør udvikles og tydeliggøres i relation til eksisterende mål, herunder koordineres hermed. Frem for alt er det centralt, at der er tale om få mål, der skal monitoreres på.

2) **En national model for ledelse af kvalitetsudvikling**

Del 2 handler om at udvikle og tydeliggøre det lokale ledelsesmæssige ansvar i forhold til at kende og udvikle højst mulig kvalitet i patientforløbene. Del 2 kan bestå af understøttelse og kontrol af, at der på afdelingsniveau arbejdes med at udvikle

og kende kvaliteten i arbejdet. Det er centralt, at afdelingsledelserne har metodefrihed, så de kan tage udgangspunkt i konkrete kliniske problemstillinger på de forskellige kliniske områder, herunder også potentielle samarbejdsområder relateret til patientforløb. Det kan fx handle om at udvikle kvaliteten i tværsektorielle patientforløb, hvor der er kendte kvalitetsudfordringer. Eller at arbejde med at minimere interne ventetider på hospitalerne, fx ved parakliniske undersøgelser.

Det er også centralt, at afdelingsledelserne understøttes ledelsesmæssigt på hospitalsniveau og regionalt niveau i dette arbejde. Det er dog vigtigt, at afdelingsledelserne ikke skal føre automatisk dokumentation på eksternt definerede krav. Formålet med denne del er at fremme ansvar og læring på afdelingsniveau.

Det er væsentligt, at en revideret national kvalitetsmodel ikke bliver et *supplement*, men at den erstatter det nuværende akkrediteringsprogram.

Det er også væsentligt at klargøre, hvem der skal bruge kvalitetsdata på forskellige organisationsniveauer, og hvad deres informationsbehov er.

Anbefaling 2: At den samlede mængde af eksterne procedure- og dokumentationskrav nedbringes. Herunder at koordinationen mellem forskellige styringstiltag generelt styrkes, således at der er blik for den samlede mængde og overlap.

Anbefaling 3: At fremtidige styringstiltag fra starten tænkes ind i, hvad det er muligt it-mæssigt at understøtte, og at de ikke lanceres, før det er teknisk muligt på en måde, der fx ikke hæmmer den elektroniske patientjournal som arbejdsredskab eller besværliggør kliniske arbejdsgange. Der kan eksempelvis arbejdes med *small scale* pilotafprøvninger.

KORA har derudover følgende konkrete anbefalinger relateret til den nuværende kvalitetsstyring:

Anbefaling 4: At det arbejde, der flere steder er igangsat, med oprydning i antallet af retningslinjer og reducere af længden, fortsættes og udbredes, således at en højere grad af praktisk anvendelighed sikres.

Anbefaling 5: At der nationalt (via DDKM eller lignende) ikke længere stilles krav om *screening for livsstilsbetinget risiko* (KRAM) og *ernæringsrisiko* samt monitorering heraf. På hospitalsafdelingerne kan det i stedet identificeres lokalt, hvilke patientgrupper det er relevant at tale med om alkohol, rygning, motion, stofmisbrug og kost i relation til deres sygdom og behandling, og hvilke patientgrupper det er relevant at screene for ernæringsudfordringer.

Anbefaling 6: At der nationalt (via DDKM eller lignende) ikke længere monitoreres på opfyldelse af krav om tildeling af kontaktperson. Det bør i øvrigt genovervejes, hvordan intentionen med tildeling af kontaktperson bedre kan opfyldes, end det er tilfældet i dag.

Anbefaling 7: At der nationalt (via DDKM eller lignende) ikke længere stilles krav om at dokumentere, hvordan der arbejdes med resultaterne i Landsdækkende Undersøgelser af Patienttilfredshed (LUP).

Anbefaling 8: At der nationalt (via DDKM eller lignende) ikke længere stilles krav om at monitorere afholdelse af MUS-samtaler.

Anbefaling 9: At der fremadrettet ikke stilles krav om kvantitativ monitorering af informeret samtykke og lignende. Der bør i stedet anvendes andre metoder til at sikre samtykke og patient- og pårørendeinddragelse.

Anbefaling 10: Det bør overvejes, om patientidentifikation med fuldt cpr-nummer bør være obligatorisk forud for "enhver sundhedsaktivitet" – uagtet om der er kontinuitet i relationer og aktiviteter eller ej.

Anbefaling 11: At der arbejdes med at skabe andre måder end de nuværende til at monitorere, om der udarbejdes genoptræningsplaner, hvor dette er relevant.

Anbefaling 12: At den nuværende monitoreringsmodel i relation til behandlings- og udredningsgarantier genovervejes med henblik på, dels at øge dokumentationsmæssig simplicitet, dels at sikre, at monitoreringen i højere grad understøtter de politiske intentioner.

Anbefaling 13: At den nuværende regionale monitoreringsmodel i relation til tryksårs-screening genovervejes med henblik på at fremme læring og klinisk relevans frem for kontrol.

Hvad angår drivkræfter, der har en tendens til at øge omfanget af dokumentation, anbefaler KORA derudover:

Anbefaling 14: At journalen som arbejdsredskab (og ikke redskab til andre ting) prioriteres, således at det bliver nemmere at få overblik over patienters sygdomme og forløb. Og at det bliver mere entydigt, hvor der skal dokumenteres, og hvordan viden bedre kan deles inden for og på tværs af faggrupper.

Anbefaling 15: At brugen af makroer i journaler ikke må gå ud over funktionaliteten. At der i stedet arbejdes for at skabe en mere systematisk og præcis tilgang til sygeplejedokumentation, som i højere grad er fokuseret på at beskrive problemer og handlinger relateret hertil.

Anbefaling 16: At dialogen mellem besluttende og udførende led generelt styrkes, således at løsninger, der ender med at være "dokumentation for dokumentationens skyld", løbende kan gentænkes.

Litteratur fra rapporten

Styringsreview på hospitalsområdet – Forslag til procedure- og regelforenkling

Almdal, T., Viggers, L., Beck, A.M. & Jensen, K. 2003, "Food production and wastage in relation to nutritional intake in a general district hospital - wastage is not reduced by training the staff", *Clinical Nutrition*, vol. 22, no. 1, pp. 47-51.

Andersen, C. 2006, "Sammenhæng nu", *Ugeskrift for læger*, vol. 168, no. 14, pp. 1408-1411.

Andersen, L.B. & Pedersen, L.H. 2014, *Styring og motivation i den offentlige sektor*, Jurist- og Økonomforbundet, København.

Andersen, S.E., Christensen, H.R. & Hilsted, J.C. 2001, "Medicineringsproblemer og risikostyring", *Ugeskrift for læger*, vol. 163, no. 39, pp. 5361-5364.

Atkinson, P. & Coffey, A. 2002, "Revisiting the Relationship Between Participant Observation and Interviewing" in *Handbook of interview research: context & method*, eds. J.F. Gubrium & J.A. Holstein, Sage Publications, Thousand Oaks, pp. 801-814.

Barat, I., Andreasen, F. & Damsgaard, E.M.S. 2001, "Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do", *British Pharmacological Society*, vol. 51, no. 6, pp. 615-622.

Beck, A.M., Rasmussen, A.W. & Ovesen, L.F. 2000, "Ernæringstilstanden hos yngre og ældre patienter indlagt på hospital", *Ugeskrift for læger*, vol. 162, no. 22, pp. 3193-3196.

Bevan, G. & Hood, C. 2006, "What's measured is what matters: targets and Gaming in the English public health care system", *Public Administration*, vol. 84, no. 3, pp. 517-538.

Bjørnsson, K. 2007, "Sådan lykkes kontaktsygeplejen", *Sygeplejersken*, vol. 107, no. 4, pp. 20-22.

Bogason, P. & Sørensen, E. 1998, "Bottom-up analyser – en introduktion" i: *Samfundsforskning bottom-up: teori og metode*, eds. P. Bogason & E. Sørensen, Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg, pp. 7-18.

Bonnevie, B. & Jensen, B.A. 2002, "Medicinordinationssystemer og medicindispensering i Danmark", *Ugeskrift for læger*, vol. 164, no. 40, pp. 4656-4659.

Borum, F. 1995, *Strategier for organisationsændring*, Handelshøjskolens Forlag, København.

Bourke, J.L., Bjeldbak-Olsen, I., Nielsen, P.M. & Munck, L.K. 2001, "Enstrengt medicin håndtering", *Ugeskrift for læger*, vol. 163, no. 39, pp. 5356-5360.

Dahler-Larsen, P. 2011, "Om evalueringsbølgens samfundsmæssige dynamik og begrænsninger i nogle af de aktuelle evalueringssystemer", *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, vol. 15, pp. 149-163.

Dahler-Larsen, P. 2008, *Kvalitetens beskaffenhed*, Syddansk universitetsforlag, Odense.

Danske Regioner 2015, *Fakta om aktivitet*, Danske Regioner, København.

Danske Regioner 2013, *Forebyggelse af tryksår – En fællesregional kvalitetsindsats*, Danske Regioner, København.

Databasernes Fællessekretariat 2012, *Rammebeskrivelse vedrørende anvendelse af kvalitetsdata fra de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser. (Version 1.1)*, Kompetencecenter Vest, Aarhus.

Davies, H.T.O. & Mannion, R. 1999, *Clinical governance: striking a balance between checking and trusting. Working Papers*, Centre for Health Economics, University of York, York.

- De Bruijn, H. (ed) 2002, *Managing Performance in the Public Sector*, 1st edn, Routledge, London & New York.
- De Vault, M.L. & McCoy, L. 2002, "Institutional Ethnography: Using Interviews to Investigate Ruling Relations" in *Handbook of interview research : context & method*, eds. J.F. Gubrium & J.A. Holstein, Sage Publications, Thousand Oaks, pp. 751-776.
- DiMaggio, P.J. & Powell, W. 1983, "The iron cage revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields", *American Sociological Review*, vol. 48, no. 2, pp. 147-160.
- Dixon-Woods, M., Baker, R., Charles, K., Dawson, J., Jerzembek, G., Martin, G., McCarthy, I., McKee, L., Minion, J., Ozieranski, P., Willars, J., Wilkie, P. & West, M. 2014, "Culture and behaviour in the English National Health Service: overview of lessons from a large multimethod study", *BMJ Quality & Safety*, vol. 23, no. 2, pp. 106-115.
- Donabedian, A. 1980, *Explorations in Quality Assessment and Monitoring Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*, Health Administration Press, Ann Arbor.
- Dorsche, K.M. & Fremmelevholm, A. 2010, "Forekomst af decubitus på hospital", *Ugeskrift for læger*, vol. 172, no. 8, pp. 601-606.
- Elmore, R.F. 1979-1980, "Backward Mapping: Implementation Research and Policy Decisions", *Political Science Quarterly*, vol. 94, no. 4, pp. 601-616.
- Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse 2015, *Faktarapport LUP 2014 – uddybende information om koncept og metode*, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden, Frederiksberg.
- Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse 2014, *Fakta om patienter og spørgeskemaer for Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser 2013*, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden, Frederiksberg.
- Esmann, K. 2004, *Det syge system: Maria Esmann*, Morgenavisen Jyllandsposten, Viby.
- Fagan, C. & Vámosi, M. 2013, "Kontaktpersonordningen – Hvordan fungerer den? Undersøgelse af en børneafdeling", *Klinisk Sygepleje*, vol. 27, no. 1, pp. 52-63.
- Finansministeriet og Amtsrådsforeningen 1999, *Aftale om amternes økonomi i 2000. (Version 1.0)*, Finansministeriet, København.
- Foss, S., Schmidt, J.R., Andersen, T., Rasmussen, J.J., Damsgaard, J., Schaefer, K. & Munck, L.K. 2004, "Congruence on medication between patients and physicians involved in patient course", *European Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 59, no. 11, pp. 841-847.
- Friis, I. 2014, "Kvalitetsstyring" in *Klassisk og moderne organisationsteori*, ed. S.: Vikkelsø P., 1st edn, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 543-566.
- Fuhrmann, L., Hesselfeldt, R., Lippert, A., Perner, A. & Østergaard, D. 2009, "Observation af kritisk syge patienter", *Ugeskrift for læger*, vol. 171, no. 7, pp. 502-505.
- Fuhrmann, L., Lippert, A., Perner, A., Østergaard, D., Fuhrmann, L., Lippert, A., Perner, A. & Østergaard, D. 2008, "Incidence, staff awareness and mortality of patients at risk on general wards.", *Resuscitation*, vol. 77, no. 3, pp. 325-330.
- Fuhrmann, L., Perner, A., Klausen, T.W., Østergaard, D. & Lippert, A. 2009, "The effect of multi-professional education on the recognition and outcome of patients at risk on general wards", *Resuscitation*, vol. 80, no. 12, pp. 1357-1360.
- Geertz, C. 1973, *The interpretation of cultures*, Basic Books, New York.
- Goddard, M., Mannion, R. & Smith, P. 2000, "Enhancing performance in health care: a theoretical perspective on agency and the role of information", *Health Economics*, vol. 9, no. 2, pp. 95-107.

Goldhill, D.R., Worthington, L., Mulcahy, A., Tarling, M. & Sumner, A. 1999, "The patient-at-risk team: identifying and managing seriously ill ward patients", *Anaesthesia*, vol. 54, no. 9, pp. 853-860.

Gubrium, J.F. & Holstein, J.A. (eds) 2002, *Handbook of interview research: context & method*, Sage Publications, Thousand Oaks.

Hjern, B. & Porter, D.O. 1981, "Implementation Structures: A New Unit of Administrative Analysis", *Organization Studies*, vol. 2, no. 3, pp. 211-227.

Holm-Petersen, C., Asmussen, M. & Willemann, M. 2006, *Sygeplejerskers fagidentitet og arbejdsopgaver på medicinske afdelinger*, DSI Institut for sundhedsvæsen, København.

Hood, C. & Peters, G. 2004, "The Middle Aging of New Public Management: Into the Age of Paradox?", *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 14, no. 3, pp. 267-282.

IKAS 2014, *IKAS.dk* [Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS], [Online]. Tilgængelig på: <http://www.ikas.dk/> [2014, 22. maj].

IKAS 2013, *Akkrediteringsstandarder for sygehuse*, 2nd edn, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, Aarhus.

Implement 2009a, *Afbureaukratisering på det regionale sundhedsområde. Forenklingsforslag kortlagt i projekt vedrørende scanning af barrierer for effektiv opgavevaretagelse*, Implement A/S, Hørsholm.

Implement 2009b, *Bedre dokumentation. Resultater af kortlægningen på sygehusområdet*, Implement A/S, Hørsholm.

Implement 2009c, *Kortlægning og måling af administrative opgaver. Resultater af målingen på sygehusområdet*, Implement A/S, Hørsholm.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011, *Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. LBK nr 877 af 04/08/2011*, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006, *Bekendtgørelse om indberetning af oplysninger til kliniske kvalitetsdatabaser m.v. BEK nr 1725 af 21/12/2006*, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

Juel, K., Sørensen, J. & Brønnum-Hansen, H. 2006, *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*, Statens Institut for Folkesundhed, København.

Kjærgaard, J., Knudsen, J.L. & Frølich, A. 2008, "Virkemidler til regulering af faglig adfærd" i: *Regulering af kvalitet i det danske sundhedsvæsen*, eds. J.L. Knudsen, M.E. Christensen & B. Hansen, 1st edn, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København, pp. 63-92.

Knudsen, J.L. & Hansen, B. 2008, "Historien om kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet" i: *Regulering af kvalitet i det danske sundhedsvæsen*, eds. L.J. Knudsen, M.E. Christensen & B. Hansen, 1st edn, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København, pp. 47-62.

Knudsen, M. 2011, "Om grænser for kvalitetsteknologier – og om hvorfor det er vigtigt for kvalitetseksperter at reflektere over dem", *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, vol. 15, pp. 121-148.

Koch, C., *Redegørelse af 28/10 99 om regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008 (Redegørelse nr. R 4). (Sidst opdateret 1999)*. Tilgængelig på: http://webarkiv.ft.dk/?/Samling/19991/redegoerelser_oversigtsformat/R4.htm.

Kondrup, J., Johansen, H., Plum, L.M., Bak, L., Larsen, I.H., Martinsen, A., Andersen, J.R., Bærnthsen, H., Bunch, E. & Lauesen, N. 2002, "Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals", *Clinical Nutrition*, vol. 21, no. 6, pp. 461-468.

- Kondrup, J., Rasmussen, H.H., Hamberg, O. & Stanga, Z. 2003, "Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials", *Clinical Nutrition*, vol. 22, no. 3, pp. 321-336.
- Kristiansen, M.B. 2014a, "Introduktion til resultatstyring" in *Resultatstyring i den offentlige sektor*, ed. M.B. Kristiansen, 1st edn, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København, pp. 13-34.
- Kristiansen, M.B. 2014b, "Resultatmåling: Opbygning, modeller og udfordringer" i: *Resultatstyring i den offentlige sektor*, ed. M.B. Kristiansen, 1st edn, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København, pp. 35-60.
- Kristiansen, M.B. (ed) 2014c, *Resultatstyring i den offentlige sektor*, 1st edn, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København.
- Lægeforeningen 2013, *Medlemsundersøgelse af tidsforbrug til dokumentation og registrering*, Lægeforeningen, København.
- Lægemiddelstyrelsen 2005, *Bekendtgørelse om håndtering af lægemidler på sygehusafdelinger og andre behandlende institutioner*. BEK nr. 1222 af 07/12/2005, Lægemiddelstyrelsen, København.
- Lassen, K.Ø. 2001, *Medicinske patienters ernæring – et interventionsstudie*. Ph.d.-afhandling, Det Sundhedsvidenskabelige fakultet, Århus Universitet, Århus.
- Lassen, K.Ø., Olsen, J., Grinderslev, E., Melchiorsen, H., Kruse, F. & Bjerrum, M. 2005, *Medicinske patienters ernæringspleje – en medicinsk teknologivurdering - Medicinsk Teknologivurdering – pulje-projekter 2005; 5(4)*, Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, København.
- Levnedsmiddelstyrelsen 1997, *Offentlig kostforplejning i Danmark. Betænkning fra udvalget om offentlig kostforplejning*. Betænkning nr. 1334, SI - Statens Publikationer, København.
- Lindgaard, B.R. & Qvist, P. 2010, "Kontaktpersonordningen - fra navn til gavn?", *Ugeskrift for læger*, vol. 172, no. 16, pp. 1197-1200.
- Lisby, M., Nielsen, L.P. & Mainz, J. 2005, "Errors in the medication process: frequency, type, and potential", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 17, no. 1, pp. 15-22.
- Madsen, M.H. Kommende, *Organizing quality. An empirical analysis of the organization of quality work in a Danish Hospital*. Ph.d.-afhandling, Copenhagen Business School, Frederiksberg.
- Madsen, M.H. & Christensen, I.E. 2013, *Den Danske Kvalitetsmodel i praksis. Et pilotstudie af implementeringen på tre nordjyske hospitalsafdelinger*, KORA, København.
- Mannion, R., Davies, H. & Marshall, M. 2005, "Impact of star performance ratings in English acute hospital trusts", *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 10, no. 1, pp. 18-24.
- Mannion, R. & Davies, H.T.O. 2002, "Reporting health care performance: learning from the past, prospects for the future", *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 8, no. 2, pp. 215-228.
- McGaughey, J., Alderdice, F., Fowler, R., Kapila, A., Mayhew, A. & Moutray, M. 2007, "Outreach and Early Warning Systems (EWS) for the prevention of intensive care admission and death of critically ill adult patients on general hospital wards", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 18, no. 3.
- McQuillan, P., Pilkington, S., Allan, A., Taylor, T., Short, A., Morgan, G., Nielsen, M., Barret, D. & Smith, G. 1988, "Confidential inquiry into quality of care before admission to intensive care", *BMJ*, vol. 316, pp. 1853-1858.
- Meyer, J.W. & Rowan, B. 1977, "Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony", *American Journal of Sociology*, vol. 83, no. 2, pp. 340-363.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2015, *Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-2018*, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014a, *Bekendtgørelse af sundhedsloven. LBK nr 1202 af 14/11/2014* Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014b, *Bekendtgørelse om adgang til og registrering m.v. af lægemiddel- og vaccinationsoplysninger. BEK nr 460 af 08/05/2014*, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014c, *Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus. BEK nr 1088 af 06/10/2014*, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2012a, *L 30 Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (Ret til hurtig udredning i sygehusvæsenet og differentieret ret til udvidet frit sygehusvalg m.v.) fremsat d.10.10. 2012* [Homepage of Folketinget], [Online]. Tilgængelig på: <http://www.ft.dk/samling/20121/lovforslag/l30/beh1-10/forhandling.htm?startItem=-1>.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2012b, *Sundhedsministeren: Ny patientrettighed er en markant forbedring* [Homepage of Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse], [Online]. Tilgængelig på: http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Patienters_retstilling/2012/Oktober/Ny-patientrettighed-er-en%20markant-forbedring.aspx.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse & Indenrigs- og Socialministeriet 2009, *Vejledning om træning i kommuner og regioner*, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Indenrigs- og Socialministeriet, København.

Morgan, D.L. 2002, "Focus Group Interviewing" in *Handbook of interview research : context & method*, eds. J.F. Gubrium & J.A. Holstein, Sage Publications, Thousand Oaks, pp. 141-159.

Nielsen, E.S., Uhre, S.T., Kastbjerg, R., Larsen, K., Rohde, C.V., Sestoft, B., Mousten, R., Zøylner, A., Jakobsen, A., Koustrup, P. & Drejer, P.S. 2009, *Projekt Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom hos voksne indlagte patienter på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Udvikling og implementering af behovsgraderet observation og monitorering af indlagte patienter*. Region Midtjylland og Århus Universitetshospital, Århus Sygehus.

Patientombuddet 2013, *Temarapport om tryksår*, Patientombuddet, Frederiksberg.

Patientsikkert Sygehus 2014, *Om Patientsikkert Sygehus*. Tilgængelig på: <http://www.patientsikkertsygehus.dk/om.aspx>.

Patientsikkert Sygehus 2012, *Tryksårpakken (Version 12)*, Danske Regioner, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Trygfonden, København.

Patientsikkert Sygehus 2010, *Medicinfstemning (Version 1)*, Danske Regioner, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Trygfonden, København.

Pedersen, A.N. & Ovesen, L. (eds) 2009, *Anbefalinger for den danske institutionskost*, 4th edn, Fødevarestyrelsen, København.

Perrin, B. 1998, "Effective use and misuse of performance measurement", *American Journal of Evaluation*, vol. 19, no. 3, pp. 376-380.

Rabøl, R., Arrøe, G.R., Folke, F., Madsen, K.R., Langergaard, M.T., Larsen, A.H., Budek, T. & Andersen, J.R. 2006, "Uoverensstemmelser mellem medicinoplysninger fra patienter og egen læge", *Ugeskrift for læger*, vol. 168, no. 13, pp. 1307-1310.

Regeringen 2014, *Sundere liv for alle – Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år*, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København.

- Regeringen 2011, *Et Danmark, der står sammen. Regeringsgrundlag*, Regeringen, København.
- Regeringen 2002, *Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010*, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.
- Regeringen og Danske Regioner 2012, *Aftale om regionernes økonomi for 2013*, Regeringen og Danske Regioner, København.
- Region Midtjylland 2007, *Kontaktpersonordningen og organisering af patientforløb - Muligheder og barrierer for innovativ udvikling af brugernes sundhedsvæsen*, Region Midtjylland, Viborg.
- Region Midtjylland og de 19 kommuner 2011, *Sundhedsaftalerne for 2011-2014 - Det somatiske område - Lomme håndbog for personale på hospitaler, i kommuner og praksissektoren*, Region Midtjylland og de 19 kommuner.
- Region Sjælland & KKR Sjælland [U.å], *Et sammenhængende sundhedsvæsen med borgeren i centrum - Sundhed en fælles opgave - Sundhedsaftalen 2010-2014*, Region Sjælland, KKR Sjælland, [U.st.].
- Region Syddanmark 2013, *Udrednings og behandlingsgaranti i Region Syddanmark. (Version August 2013)*, Region Syddanmark, [U.st.].
- Region Syddanmark og de 22 kommuner 2011, *Grundaftale for sundhedsaftalerne 2011-2014 - Vision om Fælles Sundhed*, Region Syddanmark og de 22 kommuner, [U.st.].
- Rigsrevisionen 2012, *Beretning til Statsrevisorerne om kvalitetsindsatser på sygehusene*, Rigsrevisionen, København.
- Risskjær, E., Scheel, L.S. & Burau, V. 2014, "Akkreditering i sundhedsorganisationer - effekter på struktur, proces og outcome", *Nordiske Organisasjonsstudier*, vol. 16, no. 1, pp. 51-79.
- Scott, W.R. 1992, *Organizations: rational, natural, and open systems*, 3rd edn, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.
- Smith, P. 1995, "On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector", *International Journal of Public Administration*, vol. 18, no. 2, pp. 277-310.
- Sørensen, L.K. 2014, *Dokumentationsarbejde blandt sygeplejersker på hospitaler, 2014*, DSR Analyse, København.
- Statens Serum Institut 2014a, *Metodebeskrivelse - monitorering af udredningsretten*, Statens Serum Institut, København.
- Statens Serum Institut 2014b, *Fælles Medicinkort*, [Online]. Tilgængelig på: www.ssi.dk/fmk.
- Stellfeld, M. & Gyldendorf, B. 1988, "Kostundersøgelse på en intern medicinsk afdeling: seksoghalvtreds patienters energi-, proteinog zinkindtagelse under hospitalsindlæggelsen", *Ugeskrift for læger*, vol. 150, no. 25, pp. 1537-1540.
- Stratton, R.J., Green, C.J. & Marinos, E. 2003, *Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment*, CABI Publishing, Wallingford.
- Sundhedsstyrelsen 2013a, *Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.)*. BEK nr 3 af 02/01/2013, Sundhedsstyrelsen, København.
- Sundhedsstyrelsen 2013b, *Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet*. VEJ nr 9808 af 13/12/2013 Sundhedsstyrelsen, København.
- Sundhedsstyrelsen 2012a, *Forslag til implementering af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for operation og brug af alkohol og tobak*, Sundhedsstyrelsen, Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud, København.

Sundhedsstyrelsen 2012b, *Information om Sundhedsstyrelsens anbefalinger for operation og brug af alkohol og tobak*, Sundhedsstyrelsen, Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud, København.

Sundhedsstyrelsen 2011, *Systematisk forebyggelse til patienter – Evaluering af pilotprojekt på Aalborg Sygehus, Aarhus Universitetshospital og Psykiatrien i Region Nordjylland*, Center for Kvalitetsudvikling, Sundhedsstyrelsen, København.

Sundhedsstyrelsen 2009, *Inddragelse af fysisk inaktivitet og uhensigtsmæssig kost samt rygning og alkohol som risikofaktorer i patientregistreringen - Procesrapport for Sundhedsstyrelsens projekt PRIK*, Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, København.

Sundhedsstyrelsen 2008, *Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister: Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko*, Sundhedsstyrelsen, København.

Sundhedsstyrelsen 2006, *Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler*, Sundhedsstyrelsen, København.

Sundhedsstyrelsen 1998a, *Bekendtgørelse om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. BEK nr 665 af 14/09/1998*, Sundhedsstyrelsen, København.

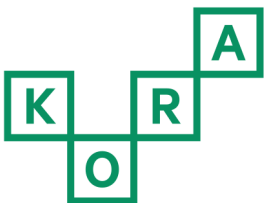
Sundhedsstyrelsen 1998b, *Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. (Til landets læger og andet sundhedspersonale). VEJ nr 161 af 16/09/1998*, Sundhedsstyrelsen, København.

Timmermans, S., Bowker, G.C. & Star, S.L. 1998, "The Architecture of Difference: Visibility, Control, and Comparability in Building a Nursing Interventions Classification" in *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*, eds. M. Berg & A. Mol, Duke University Press, Durham, NC, pp. 202-2026.

Wadmann, S., Johansen, S., Lind, A., Okkels Birk, H. & Hoeyer, K. 2013, "Analytical perspectives on performance-based management: an outline of theoretical assumptions in the existing literature", *Health economics, policy, and law*, vol. 8, no. 4, pp. 511-527.

Waldau, T.E., Christrup, L., Gommesen, K., Jørgensen, L., Skov, B. & Christensen, M. 2002, "Hvordan gik det med medicineringsfejlene efter kvalitetssikring på en intensivafdeling?", *Ugeskrift for læger*, vol. 164, no. 38, pp. 4446-4448.

Weiss, B., *Redegørelse af 13/1 98 om forebyggelse (Redegørelse nr. R 9). (Sidst opdateret 1998)*. Tilgængelig på: <http://webarkiv.ft.dk/Samling/19971/redegoerelse/R9.htm>; [2015, 14. april].



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00