Sundhedsstyrelsen

STUEGANG
- EN MEDICINSK TEKNOLOGIVURDERING MED FOKUS PÅ VIDENSPRODUKTION

2006

Medicinsk Teknologivurdering - puljeprojekter 2006; 6 (1)

DSI Rapport 2006.02

Sundhedsstyrelsen

Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering/DSI Institut for Sundhedsvæsen

STUEGANG - EN MEDICINSK TEKNOLOGIVURDERING MED FOKUS PÅ VIDENSPRODUKTION

Marlene Willemann[1], Mette Nordahl Svendsen[1], Anni Ankjær-Jensen[1],
Palle Gerry Petersen[1], Majbritt Christensen[1]

1. DSI – Institut for Sundhedsvæsen

Medicinsk Teknologivurdering - puljeprojekter 2006; 6 (1)

Stuegang – en medicinsk teknologivurdering med fokus på vidensproduktion

© DSI Institut for Sundhedsvæsen

URL: http://www.sst.dk

Emneord: Medicinsk teknologivurdering, MTV, stuegang, elektronisk patientjournal, EPJ

Sprog: Dansk med engelsk resume

Format: pdf
Version: 1,0
Versionsdato: 21. december 2005

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen og DSI Institut for Sundhedsvæsen, januar 2006

Design: Sundhedsstyrelsen og 1508 A/S
Layout: P.J. Schmidt Grafisk produktion

Elektronisk ISBN: 87-7676-254-8 (Sundhedsstyrelsen)
Elektronisk ISBN: 87-7488-411-5 (DSI Institut for Sundhedsvæsen)
Elektronisk ISSN: 1601-586X (Sundhedsstyrelsen)
Elektronisk ISSN: 0904-1737 (DSI Institut for Sundhedsvæsen)

Denne rapport citeres således:
Willemann M, Svendsen MN, Ankjær-Jensen A, Petersen PG, Christensen M
Stuegang – en medicinsk teknologivurdering med fokus på vidensproduktion
Medicinsk Teknologivurdering – puljeprojekter 2006; 6(1)/DSI Rapport 2006.02
København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2006

Serietitel (Sundhedsstyrelsen): Medicinsk Teknologivurdering – puljeprojekter
Serieredaktion: Finn Børlum Kristensen, Mogens Hørder, Leiv Bakketeig
Serieredaktionssekretær: Stig Ejdrup Andersen
Serietitel (DSI): DSI Rapport

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til

Sundhedsstyrelsen
Center for Evaluering og MTV
Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf. 72 22 74 00
E-mail: cemtv@sst.dk
Hjemmeside: www.cemtv.dk

Rapporten kan downloades fra www.cemtv.dk eller fra www.dsi.dk under publikationer

Forord

Stuegang, som er en arbejdsform med en lang historie, praktiseres i et sundhedsvæsen, som er præget af høj grad af specialisering, stadig udvikling af ny teknologi og krav om rationalisering. Da patienterne i dag har meget kortere liggetider end tidligere, stilles der store krav til de sundhedsprofessionelles evne til effektiv planlægning, koordinering og informationsudveksling. Dermed stilles i dag også større krav til stuegangen som den funktion, der samler trådene i patientforløbet.

Stuegang kan ses som en medicinsk teknologi, fordi den har til hensigt at styre det centrale diagnostiske og behandlingsmæssige arbejde omkring patienten. Stuegangsteknologien skabes i relationer mellem patienter, sundhedsprofessionelle og journaler – og derfor anskues stuegang i denne MTV som en social praksis, hvor produktion af viden om patientens medicinske problem og den behandlingsmæssige løsning er hovedformålet.

Der eksisterer imidlertid et begrænset forskningsbaseret vidensgrundlag om stuegang som social praksis, og om hvilke betydninger og implikationer stuegang har for de forskellige aktører, ligesom det kun er sparsomt belyst, hvorledes stuegang kan organiseres mest hensigtsmæssigt.

På den baggrund har DSI Institut for Sundhedsvæsen iværksat en MTV med henblik på at tilvejebringe en bred og nuanceret forståelse af stuegang som social praksis, der forhåbentlig kan bidrage til en diskussion om optimal organisering af stuegang i det nutidige, moderne sundhedsvæsen. Med empirisk udgangspunkt i observationer samt i kvalitative interviews om de forskellige aktørers oplevelser og forståelser af stuegang, sætter rapporten fokus på stuegang som en kontinuerlig vidensproduktion og analyserer de konkrete relationer, i hvilke denne udfolder sig. På baggrund af et mindre tidsregistreringsstudie i forbindelse med stuegang analyseres desuden sundhedspersonalets ressourceforbrug.

Projektet, hvis resultater formidles i denne rapport, blev finansieret med puljemidler fra Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering samt med midler fra DSI Institut for Sundhedsvæsen. Rapporten har gennemgået eksternt peer-review og udgives som fællespublikation i CEMTVs puljeserie og som DSI-rapport.

Vi vil gerne her sige tak til det sundhedspersonale og de patienter, som har stillet sig til rådighed i forbindelse med observationer og interviews, samt tak til de eksterne reviewere for konstruktive og værdifulde kommentarer.

Målgruppen for rapporten er beslutningstagere og planlæggere på afdelingsniveau, sygehusniveau og regionalt niveau samt andre med interesse i emnet.

Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering/
DSI Institut for Sundhedsvæsen

Januar 2006

Finn Børlum Kristensen
Centerchef

Jes Søgaard
Direktør

Indhold

Sammenfatning 7

Summary 10

1 Indledning og formål 13
Afgrænsninger 14
Rapportens opbygning 14

2 Teori og metode 16
2.1 Undersøgelsens teoretiske ramme 16
2.2 Undersøgelsens metode og datagrundlag 17
2.2.1 Litteraturstudium 17
2.2.2 Feltstudier 18
Observationsstudier 18
Fokusgruppeinterviews med læger og sygeplejersker 18
Individuelle interviews med patienter 19
Tidsregistreringsstudie 19
Faktuelle data om afdelinger 20
2.3 Analyse og fortolkning af data 20
2.3.1 Beskrivelse af teknologien stuegang 20
2.3.2 Analyse af patient og organisation 20
2.3.3 Økonomisk analyse 20

3 Litteraturstudium 21
3.1 Stuegang i et historisk perspektiv 21
3.1.1 Fra antikken til 1700-tallet 21
3.1.2 Fra 1800-tallet til 1900-tallet 22
3.1.3 Udviklingen fra 1900 og frem 22
3.1.4 Sammenfatning 23
3.2 Stuegang i et aktuelt perspektiv 24
3.2.1 Forsøg med alternative stuegangsformer 24
3.2.2 Aktørernes forskellige oplevelser af stuegang 27
3.2.3 Sammenfatning 30
3.3 Litteratur om EPJ i stuegang 30
3.3.1 EPJ 30
3.3.2 Gennemgang af litteratur om EPJ i stuegang 31
3.3.3 Sammenfatning 33

4 Teknologi – tre forskellige stuegangsformer 34
4.1 Afdelingerne og deres patienter 34
4.2 Stuegang: Fællestræk ved de tre stuegangsformer 35
4.3 Traditionel stuegang 35
4.3.1 Før-stuegang 36
4.3.2 Stuegangsrunde 36
4.3.3 Efter-stuegang 36
4.4 Personlig rådgivning 36
4.4.1 Før-stuegang 37
4.4.2 Personlig rådgivning (stuegangsrunde) 37
4.4.3 Efter-stuegang 38
4.5 EPJ-understøttet stuegang 38
4.5.1 Før-stuegang 38
4.5.2 Stuegangsrunden 39
4.5.3 Efter-stuegang 39
4.6 Sammenfatning af de tre stuegangsformer 39

5 Analyse af patient og organisation 41
5.1 Organisatoriske rammer for vidensproduktion 41
5.1.1 Aktørernes forskellige positioner 41
Lægers position 41
Sygeplejerskers position 42
Patienters position 43
5.1.2 Tidslige rammer 43
Tidslige rammer for patienters stuegangsaktiviteter 44
Tidslige rammer for sygeplejerskers stuegangsaktiviteter 44
Tidslige rammer for lægers stuegangsaktiviteter 45

5.1.3 Journalisering 46
Elektroniske patientjournaler 47
5.2 Produktion af viden 49
5.2.1 Før-stuegang 49
Udveksling af forskellige former for viden 50
Ønsket om overblik 51
5.2.2 Stuegangsrunden 51
Relationen mellem læge og patient 52
At skabe og formidle diagnoser 52
Relationen mellem sygeplejerske og patient 54
Håb og angst 55
Ønsket om viden 57
Transformation af medicinsk viden til hverdagsliv 58
5.3 Delkonklusion – patient og organisation 60
5.3.1 Stuegang som vidensproduktion 60

6 Økonomisk analyse af stuegang 62
6.1 Eksisterende undersøgelser af tidsforbruget i forbindelse med stuegang 62
6.2 Tidsforbruget på de tre afdelinger 62
6.2.1 Afdeling M21, Glostrup Amtssygehus 62
6.2.2 Afdeling M3, Kalundborg Sygehus 64
6.2.3 Afdeling B1/B2, Kolding Sygehus 65
6.2.4 Sammenligning af de tre afdelinger 66
6.3 Sammenfatning 68

7 Undersøgelsens metodiske begrænsninger 70
7.1 Begrænsninger ved interview- og observationsmetoden 70
7.2 Begrænsninger ved den økonomiske analyse 71

8 Syntese og diskussion 73
8.1 Hvad er den historiske baggrund for stuegang i dag? 73
8.2 Hvordan anvendes stuegang til styring af det centrale diagnostiske og behandlingsmæssige arbejde, herunder hvilken betydning har EPJ for stuegang? 73
8.3 Hvilke sociale forståelser af formålet med stuegang har de forskellige aktører i stuegang? 75
8.4 Hvad er de økonomiske konsekvenser af forskellige stuegangsformer? 76
8.5 Diskussion af undersøgelsens hovedresultater 77
8.5.1 Klinisk forløb og patientkommunikation 77
8.5.2 Medinddragelse og beslutningskompetence 78
8.5.3 Stuegang som en samfundsøkonomisk optimal teknologi 79
8.5.4 Stuegang – en hensigtsmæssig arbejdsform? 79

9 Referencer 82

10 Bilag 85
Bilag 1 Søgestrategi 84
Bilag 2 Observationsguide 87
Bilag 3 Interviewguides – fokusgruppeinterviews med læger og sygeplejersker 89
Bilag 4 Interviewguide – individuelle interviews med patienter 94
Bilag 5 Tidsregistreringsskemaer 95
Bilag 6 Skabelon til beskrivelse af afdelingers faktuelle data 105
Bilag 7 Oversigt over afdelingernes fysiske rammer og personalesammensætning 107
Bilag 8 Afdelingernes aktivitetstal 109
Bilag 9 Stuegangsrelaterede aktiviteter – traditionel stuegang (Glostrup) 110
Bilag 10 Beskrivelse af konceptet »personlig rådgivning« 111
Bilag 11 Stuegangsrelaterede aktiviteter – personlig rådgivning (Kalundborg) 114
Bilag 12 Stuegangsrelaterede aktiviteter – EPJ stuegang (Kolding) 115
Bilag 13 Sammenligning af de registrerede aktiviteter på de tre afdelinger 116

Sammenfatning

Der eksisterer et begrænset forskningsbaseret vidensgrundlag om stuegang som social praksis, og om hvilke betydninger og implikationer stuegang har for de forskellige aktører, ligesom det kun er sparsomt belyst, hvorledes man mest hensigtsmæssigt kan organisere stuegang. Denne sparsomme viden om stuegang har inspireret DSI til at gennemføre en MTV af stuegang med henblik på at tilvejebringe en bred og nuanceret forståelse af stuegang. Det overordnede sigte er at en sådan analyse kan bidrage til en diskussion om, hvordan stuegang kan organiseres og gennemføres mest optimalt i det nutidige, moderne sundhedsvæsen.

Formål

Formålet med denne MTV er at anskueliggøre stuegang som en vidensproduktion, der sigter mod at styre det diagnostiske og behandlingsmæssige arbejde. Stuegang anskues således som en vidensproduktion, der kontinuerligt skabes i relationer mellem læger, sygeplejersker, patienter og journaler.

Rapporten sigter dels på at opnå en forståelse af de komplekse relationer, som konstituerer stuegang – og dermed synliggøre de selvfølgelige praksisser, der er indlejret i aktørernes måde at praktisere stuegang på. Dels på at diskutere nogle af de praktiske problemstillinger (fx patientkommunikation, koordinering af behandlingsarbejdet, tidsforbrug, brug af elektronisk patientjournal og uddannelse af yngre læger), som knytter sig til organiseringen af stuegang i et moderne sundhedsvæsen.

Teori og metode

Der er indsamlet data på tre intern medicinske afdelinger, som har organiseret deres måde at gå stuegang på forskellige måder. På hver afdeling er der blevet gennemført observationsstudier, fokusgruppeinterview, individuelle interviews og tidsregistrering. Desuden er der blevet indsamlet skriftligt materiale, som indeholder faktuelle data om de respektive afdelinger. Endelig anvendes litteraturstudier til at belyse stuegangens historiske kontekst samt den eksisterende viden om stuegangspraksisser.

Rapporten anlægger et relationelt teoretisk perspektiv i tolkningen af de empiriske data. Datagrundlaget er tre afdelingers måde at gå stuegang. Dette kan betegnes som en casemetode, hvor formålet er at opnå en nuanceret og dybdegående forståelse af det undersøgte fænomen frem for at opnå en bred og generaliserbar viden.

Resultater

Litteraturstudiet viser for det første, at stuegang har udviklet sig fra overvejende at have et undervisningsorienteret formål til at have multiple formål så som koordinering, styring af diagnose og behandling, skabelse af overblik, tilsyn af patienter og undervisning. Selve det grundlæggende princip, hvor læge og sygeplejerske går fra seng til seng og tilser patienterne, er imidlertid ikke ændret væsentligt i en periode på flere hundrede år. For det andet viser litteraturstudiet, at det er muligt at skabe en mere rationel arbejdstilrettelæggelse og større kontinuitet i patientforløb ved at indføre alternative stuegangsformer. Flere studier viser, at det er essentielt at have et tværfagligt forum førstuegang/tavlemøde) inden selve stuegangsrunden, hvor de forskellige aktørers viden udveksles. For det tredje viser litteraturen om elektronisk patientjournal (EPJ) i stuegang, at EPJ kun i begrænset omfang har givet anledning til nye stuegangsformer. EPJ medfører et større tidsforbrug til forberedelsen af stuegangsrunden, fordi det er svært at få overblik over de mange informationer om patienten, som er samlet i EPJ. Studiernes forskellige konklusioner peger på, at EPJ-teknologien i sig selv ikke har bestemte konsekvenser indbygget. I stedet skal konsekvenserne findes i de relationer og sociale praksisser, som teknologien indgår i. Overordnet set peger litteraturstudiet på, at stuegang er et komplekst fænomen, idet mange forskellige aktører med forskellige interesser og positioner i stuegangspraksissen er involveret. Litteraturen synliggør dermed, at stuegang erfares forskelligt alt afhængigt af, om man er læge, sygeplejerske eller patient.

Den deskriptive analyse af selve teknologien, som udgøres af tre forskellige stuegangsformer, viser, at den overordnede struktur i de tre forskellige stuegangsformer er ens, idet de er alle organiseret omkring:

- en før-stuegang, hvor patienterne gennemgås ved hjælp af journal og sygeplejerskernes viden om patienterne, og hvor hovedparten af de medicinske beslutninger træffes
- en stuegangsrunde, hvor lægen og sygeplejersken ser patienten
- en efter-stuegang, hvor de medicinske beslutninger dokumenteres og effektueres.

Forskellene mellem de tre stuegangsformer består dels i, hvorvidt stuegangsformen opererer med et dagligt tilsyn af alle patienter, eller om der gås stuegang efter behov, dels i om stuegangen benytter EPJ eller papirjournal. Den traditionelle stuegang (Glostrup) og den EPJ-understøttede (Kolding) ligner hinanden meget, idet alle patienter modtager et dagligt tilsyn af lægen og sygeplejersken, som foregår på sengestuen. Forskellen mellem de to stuegangsformer er, at lægerne i den EPJ-understøttede stuegang udfører flere dokumentationsopgaver i forbindelse med før-stuegangen på grund af EPJ'ens tilstedeværelse, hvilket betyder mindre tid til selve patientkontakten. Den personlige rådgivning (Kalundborg) adskiller sig væsentligt fra de to andre stuegangsformer, idet sygeplejerskerne hver morgen udvælger de patienter, der har behov for at se lægen – et møde der, til forskel fra de to andre stuegangsformer, foregår i enrum med lægen og sygeplejersken.

Analysen af patient og organisation viser, at stuegangens vidensproduktion ikke er en lineær proces fra problem til løsning, men en kontinuerlig vidensudveksling mellem de forskellige aktører i stuegangen. Disse aktører har forskellige positioner i stuegangens vidensproduktion og udtrykker derfor forskellige sociale forståelser af, hvad der er formålet med stuegang, og hvordan dette mål nås. Deres perspektiver på stuegang er nært knyttet til de positioner, som de indtager i vidensproduktionen. Lægernes position er præget af en bio-medicinsk forståelse, hvorfor det vigtigste formål med stuegang er at skabe overblik over patientens anamnese og symptomer med henblik på at træffe de rette medicinske beslutninger. Sygeplejerskernes position er kendetegnet ved deres socio-medicinske viden om patienterne. Deres formål med stuegangen er at formidle denne viden om patienterne til lægerne og samtidig søge at inddrage patienterne i stuegangen. Patienternes position er karakteriseret ved at have fokus på sygdomserfaring, på hvordan deres sygdom og behandling får betydning for deres liv uden for sygehuset og på at skabe håb om at blive rask. Samlet set udtrykker de forskellige stuegangsaktører en lang række af sociale forståelser af formålet med stuegang – formål det kan være vanskeligt at tilgodese i én og samme stuegangsform.

Den økonomiske analyse af stuegang viser, at det samlede daglige tidsforbrug til stuegangsaktiviteter på de tre afdelinger for læger og sygeplejersker i gennemsnit udgør mellem 40 og 55 minutter pr. patient, svarende til en lønudgift på mellem 192 kr. og 267 kr. pr. patient. Tidsforbruget varierer dog betydeligt fra dag til dag. Analysens resultater peger i retning af, at det samlede tidsforbrug er størst på afdelingen med traditionel stuegang og mindst på afdelingen med EPJ-understøttet stuegang – en forskel der hovedsagelig kan tilskrives forskelle i lægernes tidsforbrug. Derudover varierer tidsforbruget til stuegang med hensyn til, hvordan det fordeles på aktiviteter, fx hvor stor andel der bruges på før-stuegangen, og hvor stor andel der bruges på selve patientkontakten (stuegangsrunden).

Konklusion

Samlet set viser rapporten, at stuegangsaktørerne i deres daglige praksis forsøger at integrere idealer om både klinisk effektivitet, patientinddragelse og uddannelse. Stuegangsaktørerne afvejer således løbende adskillige hensyn og formål, der trækker i forskellige retninger. I diskussionen af analysens hovedresultater påpeges, at der med mange forskellige aktører og flere forskellige interesser repræsenteret i stuegangspraksissen ikke er én indlysende måde at praktisere stuegang på. Men med baggrund i både rapportens begrænsede datagrundlag og karakteristika ved det moderne sundhedsvæsen foreslås det, at det kan være hensigtsmæssigt at reorganisere den traditionelle stuegang på intern medicinske afdelinger ved:

- At tilse patienterne efter behov.
- At stuegangens patientkontakt (stuegangsrunden) foregår i enrum.
- At anvende EPJ som redskab til den administrative del af stuegang som fx ordination af medicin og samarbejde mellem afdelinger.
- At en overlæge altid er til stede under før-stuegang for at varetage de yngre lægers uddannelse og for at sikre kvalitet og effektivitet i de medicinske beslutninger.
- At formalisere før-stuegang (yderligere), således at både lægers og sygeplejerskers forskellige former for viden om patienternes sygdomssituation udveksles i en dialog.

Summary

The knowledge basis is limited of ward rounds as a social practice and of the significance and implications of the ward round for the different players. Also, how most appropriately to organize a ward round is only sparsely elucidated. This sparse knowledge has inspired DSI to carry out an HTA with a view to providing a broad and varied understanding of the ward round. The overall aim is that such an analysis may contribute to a discussion of how best to organize and carry out a ward round within the present modern health service.

Objective

The objective of this HTA is to illustrate the ward round as a production of knowledge aimed at managing the diagnostic and therapeutic work. Thus, the ward round should be seen as a production of knowledge created continuously in relations between physicians, nurses, patients and case notes.

The report is aimed at achieving an understanding of the complex relations constituting a ward round – and thus illustrate the obvious practices embedded in the players' way of employing the ward round. Also, the report should discuss some of the practical problems (e.g. patient communication, coordination of treatment, time consumption, use of electronic patient records and training of junior doctors) in connection with the organization of the ward round in a modern health service.

Theory and method

Data have been collected in three internal medicine wards that have organized their way of doing ward rounds differently. In each ward observational studies, focus group interviews, individual interviews and time registration have been carried out. Written material comprising factual data on the wards in question has been collected. Literature studies have also been used to illustrate the historic context of the ward round as well as existing knowledge on ward round practice.

The report outlines a relational theoretical perspective of the interpretation of the empirical data. The way of doing ward rounds in three wards forms the data basis. This may be characterized as a case method where the objective is to achieve a varied and in-depth understanding of the examined phenomenon rather than achieving broad and generalized knowledge.

Results

Firstly, the literature study shows that the ward round has developed from being primarily educational to having multiple objectives as coordination, management of diagnosis and therapy, creating overview, monitoring of patients and training. However, the actual fundamental principle where the physician and the nurse walk from bed to bed and attend to the patients has not changed significantly during a period of several hundred years. Secondly, the literature study shows that it is possible to create a more rational work routine and more continuity in care pathways by introducing alternative formats of ward round. Several studies show that it is essential to have an interdisciplinary forum (pre ward round/whiteboard meeting) before the actual ward round where the different players exchange knowledge. Thirdly, literature on electronic patient records (EPR) at ward rounds shows that EPR only to a limited extent have resulted in new formats of the ward round. EPR involve a larger time consumption for the preparation of the ward round because it is hard to get an overview of the amount of information about the patient comprised in the EPR. The different conclusions of the studies suggest that the EPR technology as such does not encompass definite consequences. Rather, the consequences should be found in the relations and social practices of which the technology is part. In general, the literature study suggests that the ward round is a complex phenomenon as a number of different players with different interests and positions in the ward round practice are involved. Thus, literature render visible that the ward round is experienced differently depending on whether you are the physician, the nurse or the patient.

The descriptive analysis of the actual technology comprising three different formats of ward round shows that the overall structure of the three different formats is identical as they are all organized around:

- a pre ward round where the patients are reviewed using the record and the nurses' knowledge about the patients, and where the main part of the medical decisions is made;
- a ward round where the physician and the nurse attend to the patient;
- a post ward round where the medical decisions are documented and carried out.

The differences between the three formats of ward round comprise partly whether the format of the ward round functions with daily monitoring of all patients or whether the ward round is according to requirement and partly whether the ward round uses EPR or paper record. The traditional ward round (Glostrup) and the EPR supported ward round (Kolding) are very similar as the physician and the nurse attend to all the patients on the ward. The difference between the two formats of ward round is that the physicians on the EPR supported ward round carry out several documentation tasks in connection with the pre ward round due to the presence of the EPR which means less time for the actual patient contact. The personal counselling (Kalundborg) differs significantly from the other two formats of ward round as the nurses each morning select the patients that need to be attended to by the physician – a meeting which in contrast to the two other formats of ward round takes place in a separate room where the patient is alone withs the physician and the nurse.

The analysis of patient and organization shows that the production of knowledge during the ward round is not a linear process from problem to solution but a continuous exchange of knowledge between the different players of the ward round. These players have different positions in the knowledge production of the ward round and thus express different social understandings of the objective of the ward round and how to achieve this objective. Their perspectives on the ward round are closely connected to the positions they hold in the production of knowledge. The physicians' position is characterized by a biomedical understanding and thus the most important objective of a ward round is to create an overview of the patient history and symptoms with a view to making the correct medical decisions. The position of the nurses is characterized by their sociomedical knowledge about the patients. Their objective of the ward round is to communicate this knowledge about the patients to the physicians and at the same time seek to involve the patients in the ward round. The patients' position is characterized by having focus on the disease experience, on how their disease and the treatment influence their life outside the hospital and on creating hope for recovery. All in all the different ward round players express several different social understandings of the objective of the ward round – objectives which it may be difficult to consider in one and the same format of ward round.

The economic analysis of the ward round shows that the total daily time consumption for ward round activities in the three wards for physicians and nurses on average amounts to between 40 and 55 minutes per patient corresponding to payroll costs of between DKK 192 and 267 per patient. However, the time consumption varies significantly from day to day. The results of the analysis suggest that the total time consumption is largest on the ward with the traditional ward round and smallest on the ward with the EPR supported ward round – a difference that is mainly attributed to differences in the time consumption of the physicians. Furthermore, the time consumption of the ward round varies with respect to how it is distributed on activities, e.g. how large a part is used on the pre ward round and how large a part is used on the actual patient contact (the ward round).

Conclusion

All in all the report shows that the ward round players in their daily practice attempt to integrate ideals of clinical efficiency, patient involvement and training. Thus, on an ongoing basis, the ward round players weigh several considerations and objectives pulling in different directions. In the

discussion of the main analysis results it is pointed out that with many different players and several different interests represented in the ward round practice one obvious way of practising the ward round does not exist. However, based on both the limited data basis of the report and the characteristics of the modern health service it is proposed that it may be appropriate to reorganize the traditional ward round on internal medical wards by:

- attending to the patients according to requirement;
- letting the ward round patient contact take place in private;
- using EPR as a tool for the administrative part of the ward round, e.g. prescription of medicine and cooperation between wards;
- always having a consultant present during the pre ward round to take care of the training of the junior doctors and to ensure quality and efficiency of medical decisions;
- formalizing the pre ward round (even more) in order that physicians' and nurses' different forms of knowledge about the patients' condition are exchanged in a dialogue.

1 Indledning og formål

Stuegang kan ses som en medicinsk teknologi, fordi den har til hensigt at styre det centrale diagnostiske og behandlingsmæssige arbejde omkring patienterne. Stuegangsteknologien skabes i relationer mellem patienter, sundhedsprofessionelle og journaler – og derfor anskues stuegang i denne MTV som en social praksis, hvor produktion af viden om det medicinske problem og den behandlingsmæssige løsning er hovedformålet.

Stuegang praktiseres aktuelt i et sundhedsvæsen, som er præget af høj grad af specialisering, stadig udvikling af ny teknologi og krav om rationalisering. Da patienterne i dag har liggetider, der er meget kortere end tidligere, stilles der store krav til de sundhedsprofessionelles evne til effektiv planlægning, koordinering og informationsudveksling. Dermed stilles i dag også større krav til stuegangen som den funktion, der samler trådene i patientforløbet.

Journalen har altid været en central medspiller i stuegangens styring og koordinering af patientforløb. Sundhedsministeriets og Sundhedsstyrelsens vedtagelse af en national strategi for anvendelse af IT i sygehusvæsenet foreskriver indførelse af den elektroniske patientjournal (EPJ) i sygehusvæsenet inden udgangen af 2005. Anvendelse af det elektroniske medie som bærer af klinisk information kan potentielt ændre arbejdsrelationer og patientkommunikation, herunder ikke mindst stuegangen, der netop er karakteriseret ved en høj grad af informationsudveksling og -bearbejdning, men litteraturstudiet viser, at EPJ's betydning for stuegang endnu kun er sparsomt belyst.

Eksisterende litteratur om stuegang handler overvejende om kommunikationen mellem patient og sundhedspersonale samt forsøg med alternative stuegangsformer (1-27). Denne litteratur har kun i begrænset omfang et eksplicit fokus på de gensidige relationer mellem de organisatoriske rutiner, som afspejles i sundhedspersonalets handlinger og patienters perspektiver samt positioner i hospitalsverdenen, ligesom ressourceforbruget i forbindelse med stuegang er utilstrækkeligt belyst.

Der eksisterer således et begrænset forskningsbaseret vidensgrundlag om stuegang som social praksis, og om hvilke betydninger og implikationer stuegang har for de forskellige aktører, ligesom litteraturen kun sparsomt belyser, hvorledes man mest hensigtsmæssigt kan organisere stuegang. Derfor har DSI ønsket at gennemføre en MTV af stuegang med henblik på at tilvejebringe en bred og nuanceret forståelse af stuegang, som forhåbentlig kan bidrage til en diskussion om, hvordan stuegang kan organiseres og gennemføres mest optimalt i det nutidige, moderne sundhedsvæsen.

Formålet med denne MTV er at anskueliggøre stuegang som en vidensproduktion, der sigter mod at styre det diagnostiske og behandlingsmæssige arbejde. Stuegang anskues således som en vidensproduktion, der kontinuerligt skabes i relationer mellem læger, sygeplejersker, patienter og journaler.

Med empirisk udgangspunkt i observationer af stuegang samt de forskellige aktørers oplevelser og forståelser af stuegang sætter rapporten fokus på stuegang som en kontinuerlig vidensproduktion og analyserer de konkrete relationer, i hvilke denne udfolder sig. På baggrund af et mindre tidsregistreringsstudie af aktørernes tidsforbrug i forbindelse med stuegang analyseres desuden sundhedspersonalets ressourceforbrug. Da stuegang netop handler om at diagnosticere og koordinere patientbehandling, har vi valgt ikke at fokusere snævert på stuegang som selve mødet mellem patient og sundhedspersonale, men også at inkludere andre stuegangsrelaterede handlinger og aktiviteter (i rapporten benævnt før-stuegang og efter-stuegang), hvor arbejdsrelationer udtrykkes, og behandlingsmæssige beslutninger træffes. Dermed sigter rapporten på en samlet analyse af, hvordan stuegang praktiseres i den kliniske hverdag på danske medicinske afdelinger.

Rapporten sigter for det første på at opnå en forståelse af de komplekse relationer, som konstituerer stuegang, og dermed synliggøre de selvfølgelige praksisser, der er indlejret i aktørernes måde at

praktisere stuegang på. Stuegang er indlejret i en historisk kontekst, idet den op gennem historien har været en central organisatorisk rutine i sundhedsvæsenet. Den historiske baggrund for stuegang kan derfor være med til at give en forståelse af, hvorfor stuegang praktiseres, som den gør i dag.

For det andet sigter rapporten på at diskutere nogle af de praktiske problemstillinger (fx patientkommunikation, koordinering af behandlingsarbejdet, uddannelse af yngre læger, tidsforbrug og indførelse af EPJ), som knytter sig til organiseringen af stuegang i et moderne sundhedsvæsen.

Dermed søger rapporten ud fra et samfundsvidenskabeligt perspektiv både at belyse stuegang som en central organisatorisk rutine i sundhedsvæsenet og at bidrage til diskussionen om, hvordan denne rutine bedst organiseres.

Følgende problemstillinger søges besvaret:

- Hvad er den historiske baggrund for stuegang i dag?
- Hvordan anvendes stuegang til styring af det centrale diagnostiske og behandlingsmæssige arbejde, herunder hvilken betydning indførelse af elektronisk patientjournal har for stuegang?
- Hvilke sociale forståelser af formålet med stuegang har de forskellige aktører (læge, sygeplejerske, patienter) i stuegangen?
- Hvad er de økonomiske konsekvenser af forskellige stuegangsformer?

Afgrænsninger

For at indsnævre fokus og dermed muliggøre en mere dybdegående analyse undersøges stuegang, som den udspiller sig på tre *medicinske afdelinger*. Af flere årsager faldt valget på medicinske afdelinger frem for kirurgiske. Dels fordi der på det pågældende tidspunkt var meget fokus på kirurgiske afdelinger på grund af »Løkke-posen«, dels fordi flere sundhedsprofessionelle pegede på, at det var på de medicinske afdelinger med mange ældre patienter og store andel af akutte forløb, der var problemer med at få stuegang til at fungere optimalt.

Undersøgelsen har sit fokus på selve stuegangspraksissen og organiseringen af denne. Rapporten inddrager ikke kliniske data,[1] ligesom resultater af behandlingen ('health outcomes') sat i forhold til de forskellige stuegangsformer heller ikke undersøges. Vi forsøger dermed ikke at analysere konsekvenserne af forskellige stuegangsformer på længere sigt, fx i form af komplikationer og behandlingsresultat. Ligeledes er det ikke intentionen at nå frem til en entydig vurdering af 'den bedste stuegang'. Men afslutningsvis diskuterer vi – med baggrund i både rapportens analyser og karakteristika ved det danske sundhedsvæsen – hvordan forskellige stuegangsformer hver især bidrager til at opfylde nogle af de mange formål, som stuegang ideelt set skal tilgodese.

Rapportens opbygning

I det følgende skildres først undersøgelsens teoretiske ramme og metode (kapitel 2). Dernæst præsenteres et litteraturstudium af stuegang (kapitel 3), hvor stuegang belyses i et historisk og aktuelt perspektiv. Formålet med litteraturstudiet er dels at belyse den historiske baggrund for stuegang i dag, dels at redegøre for den eksisterende viden om stuegang. Herefter følger rapportens egentlige analysedel. Første afsnit i analysedelen (kapitel 4) indeholder en redegørelse for tre forskellige stuegangsformer med henblik på at beskrive arbejdsgangene detaljeret og sammenligne dem. Gennem denne analyse beskrives, hvordan stuegang anvendes til styring og koordinering af det diagnostiske og behandlingsmæssige arbejde. Andet afsnit i analysedelen (kapitel 5) omhandler organisation og patient med fokus på, hvordan stuegang udfolder sig i relationer mellem læger, sygeplejersker,

1 Vi foretager fx ikke en systematisk analyse af journaler og andre kliniske data.

patienter og journaler. Via denne analyse anskueliggøres aktørernes sociale forståelser af formålet med stuegang og EPJ's betydning for stuegang. Tredje afsnit i analysedelen (kapitel 6) omfatter en økonomisk analyse, som her indebærer en omkostningsanalyse af det direkte ressourceforbrug i forbindelse med stuegang. Den økonomiske analyse indeholder en vurdering af de økonomiske konsekvenser af de tre forskellige stuegangsformer samt af EPJ's betydning for stuegang. Dernæst følger en diskussion af undersøgelsens metodiske begrænsninger (kapitel 7). I kapitel 8 besvares rapportens problemstillinger. Herefter diskuteres med afsæt i rapportens empiriske data, hvorvidt de forskellige former for stuegang kan tilgodese sundhedspolitiske idealer som effektive kliniske forløb, patientinddragelse og effektiv ressourceudnyttelse. Endelig diskuteres det, hvordan stuegang mest hensigtsmæssigt kan organiseres i det nutidige sundhedsvæsen.

2 Teori og metode

2.1 Undersøgelsens teoretiske ramme

En traditionel MTV er struktureret omkring fire delelementer – teknologi, patient, organisation og økonomi – som ofte analyseres separat for først i syntesen at sættes i relation til hinanden. Dette undersøgelsesdesign indebærer ofte, at teknologi, organisation, patient og økonomi behandles som separate enheder frem for som relationelt forbundne. Designet synes fx at lægge op til, at man kan anskue teknologien som en enhed i sig selv og vurdere dens »effekt« på fx organisation og patient.

Denne rapport anskuer teknologi i et lidt andet perspektiv. Med baggrund i nyere samfundsvidenskabelige teorier om teknologi og vidensproduktion anlægges det perspektiv, at medicinske teknologier bliver til *i relationer* mellem sundhedsprofessionelle, patienter, specifikke objekter, sociale forståelser og organisatoriske rammer (15, s. 12). Ud fra dette perspektiv kan teknologi ikke anskues uafhængigt af de mennesker, der realiserer den, hvad enten de er patienter eller behandlere, eller uafhængigt af aktørernes sociale forståelser af teknologien. Teknologien stuegang kan således ikke isoleres til journalskrivning eller til informering af patienter. Stuegang udfolder sig intersubjektivt, det vil sige i relationer mellem specifikke aktører (læger, sygeplejersker, patienter), konkrete objekter (journaler, diktafoner, tavler), organisatoriske rammer og specifikke sociale forståelser af, hvad formålet med denne praksis er. Stuegang kan derfor ikke anskues isoleret fra fx afdelingens organisation, de enkelte læger eller patienter.

Ved at anlægge et sådan relationelt perspektiv analyserer vi i denne rapport stuegang som en social proces, i hvilken forskellige aktører skaber viden om, hvad det er, der skal gøres med den enkelte patient og hvorfor. Det vil sige, at vi analyserer teknologien stuegang som en *vidensproduktion*, der sigter på at nå en forståelse af det medicinske problem og den behandlingsmæssige løsning.

Når vi i rapporten refererer til *viden*, handler det ikke kun om medicinsk viden (dvs. viden genereret inden for et biomedicinsk paradigme). Med viden forstås dette at vide noget og dermed have en forståelse af et bestemt forhold, fx en forståelse af at have ondt i knæet, eller en forståelse af at Hr. Jensen har demens. Det anvendte vidensbegreb antager derfor, at det ikke kun er de professionelle, som har en viden, men at der eksisterer mange forskellige måder at vide på, som opstår i menneskers praktiske engagement i verden (16), hvad enten dette engagement udspiller sig i et professionelt medicinsk miljø eller i en hverdagspraksis. Viden om stuegang er forskellig afhængig af, om stuegang ses gennem lægers, sygeplejerskers eller patienters optik. Disse stuegangsaktører har overordnet set samme formål med stuegang: at skabe medicinsk viden, så patienten kan blive rask eller stabiliseret med henblik på udskrivelse. Men ser man mere specifikt på de forskellige stuegangsaktører bliver det tydeligt, at de har forskellige forståelser af (viden om) stuegang, ligesom de har forskellige opgaver og forpligtelser i forbindelse hermed.

Inden for den ovenfor skitserede teoretiske ramme er viden således altid viden fra en bestemt position (fx lægens position) og er derfor formet af en særlig opmærksomhed på verden (fx at kortlægge det medicinske problem eller forstå og lindre egne smerter). I den forstand er viden intentionel (rettet mod et bestemt mål) (17) og skabt i specifikke relationer (18), fx mellem læger, journaler, et medicinsk videnskorpus og patienternes kroppe. Viden er et socialt forhold snarere end en substans (16). Det vil sige, at »dette at vide« ikke blot skal anskues som en kognitiv aktivitet, der foregår i hjernen, men at viden er en social praksis (19, s.82), gennem hvilken særlige måder at forstå og handle i verden på skabes. I den følgende analyse af stuegang som vidensproduktion undersøger vi, hvordan forskellige vidensformer (måder at forstå på) både er udgangspunkt for aktørernes handlinger i forbindelse med stuegang og samtidig forhandles og (gen)skabes i konkrete dialoger mellem dem under stuegangen.

Analysen er ikke opdelt i separate afsnit om henholdsvis patient og organisation. Ved netop at have

fokus på, hvordan vidensproduktionen udfolder sig i relationerne mellem sundhedsprofessionelle, patienter og journaler, forsøger analysen at integrere patient- og organisationsdelen i ét afsnit (kapitel 5).

2.2 Undersøgelsens metode og datagrundlag

De anvendte metoder er:

- Litteraturstudium
- Feltstudier (observationsstudier, fokusgruppeinterview og individuelle interview samt tidsregistrering)
- Indsamling af faktuelle data om afdelingerne.

Den empiriske del af projektet er udformet som en tværsnitsundersøgelse, hvor der er indsamlet data om tre forskellige eksisterende stuegangsformer. De tre stuegangsformer er:

- Traditionel stuegang
- »Personlig rådgivning«
- EPJ-understøttet stuegang.

Disse tre stuegangsformer er valgt med henblik på at analysere forskellige stuegangsformer med henblik på at opnå en nuanceret viden om stuegangspraksisser på medicinske afdelinger i Danmark. Vi stillede som krav, at afdelingerne skulle være sammenlignelige med hensyn til størrelse, patientsammensætning og personalebemanding. Udvælgelsen af de konkrete afdelinger er sket i forbindelse med en workshop om stuegang,[2] som DSI afholdt i foråret 2003. På workshoppen viste forskellige afdelinger interesse for at deltage i undersøgelsen. På baggrund af disse interessetilkendegivelser samt de enkelte afdelingers karakteristika udvalgte vi tre afdelinger, som på den ene side praktiserede forskellige stuegangsformer, og på den anden side var sammenlignelige. Disse tre stuegangsformer – og afdelinger – er således dels valgt på baggrund af, hvilke afdelinger der gerne ville deltage i undersøgelsen, dels på baggrund af et ønske om sammenlignelige afdelinger, men forskellige stuegangsformer.

Rapportens datagrundlag er de tre afdelingers stuegangsformer anvendt som cases, der giver en nuanceret og dybdegående indsigt i lige præcis de tre stuegangspraksisser. Rapportens resultater er derfor ikke nødvendigvis gældende generelt for stuegangspraksisser, fx kan stuegang på kirurgiske afdelinger adskille sig væsentligt fra de undersøgte stuegangsformer. Det er derfor vores hensigt at være forsigtige i forhold til at drage generaliserbare og markante konklusioner på baggrund af undersøgelsens datagrundlag og design. På trods af det spinkle datagrundlag og ikke helt optimale design (jf. kapitel 7) mener vi, at det er lykkedes os at frembringe en meningsfuld analyse, som forhåbentlig kan inspirere planlæggere og sundhedsprofessionelle til at tænke stuegang på en ny måde.

2.2.1 Litteraturstudium

Søgning efter relevant litteratur er foretaget i samarbejde med dokumentalister i DSI's bibliotek. Der er blevet søgt på litteratur (se Bilag 1 for søgestrategi) om stuegang i forhold til:

- et historisk perspektiv
- et aktuelt perspektiv
- anvendelse af EPJ i stuegangen.

2 Til workshoppen blev der inviteret deltagere fra en række medicinske afdelinger (fra sygehuse svarende til centralsygehuse). I alt deltog 24 læger og sygeplejersker fra 14 afdelinger. Arbejdet foregik i 4 grupper ud fra et løst struktureret oplæg vekslende med sammenfatning i plenum. Der er taget referat fra de enkelte arbejdsgrupper og foretaget et ekstrakt på tværs af de 4 selvstændige afrapporteringer. Ud over at danne udgangspunkt for udvælgelsen af afdelinger er materialet fra workshoppen brugt til at kvalificere feltstudierne ved at give projektgruppen indsigt i forskellige stuegangsformer og typiske problemstillinger forbundet med stuegang.

Vi har valgt kun at søge på den danske litteratur om stuegang i den del af litteraturstudiet, der fokuserer på *stuegang i et aktuelt perspektiv*. Dette skyldes, at udvikling og forsøg med stuegangsformer i det danske sundhedsvæsen har størst relevans i forhold til undersøgelsens formål og problemstillinger.[3]

2.2.2 Feltstudier

Der blev gennemført feltstudier på:

- Medicinsk afdeling M, Københavns Amts Sygehus i Glostrup – traditionel stuegang (forår 2003)
- Medicinsk afdeling M, Sygehus Vestsjælland, Medicinsk Center, Kalundborg Sygehus – personlig rådgivning (efterår 2003)
- Medicinsk afdeling B 1-2, Kolding Sygehus – EPJ-understøttet stuegang (vinter 2003-2004).

Feltstudierne bestod af observation, fokusgruppeinterviews med henholdsvis læger og sygeplejersker, individuelle patientinterviews og registrering af lægers, sygeplejerskers og sekretærers tidsforbrug i forbindelse med stuegang.

Observationsstudier

På hver afdeling fulgte to projektmedarbejdere henholdsvis en læge og en sygeplejerske, som skulle gå stuegang, gennem det meste af en dagvagt. Observationerne blev foretaget to forskellige dage, dvs. der i alt blev foretaget fire selvstændige observationer af dagvagter med henholdsvis to læger og to sygeplejersker. På Kalundborg Sygehus blev der imidlertid foretaget tre observationer af lægerne, idet de første to dagvagter var bemandet af yngre læger, hvorfor der var et ønske om også at observere stuegang, når den blev varetaget af en overlæge. Ligeledes blev der på Glostrup Amtssygehus foretaget en ekstra dags observation, idet en ny projektmedarbejder skulle sættes ind i feltet.

Observationerne blev foretaget ved hjælp af en observationsguide (se Bilag 2), og observationerne blev nedfældet løbende på en blok. Notaterne blev efterfølgende bearbejdet til en sammenhængende beretning om, hvordan stuegang havde fundet sted på de pågældende observationsdage. Al data fra observationsstudierne blev herefter kategoriseret og kondenseret både lodret (for hver enkelt afdeling) og horisontalt (på tværs af afdelinger).

Fokusgruppeinterviews med læger og sygeplejersker

På hver afdeling blev der foretaget fokusgruppeinterviews med henholdsvis en gruppe læger og en gruppe sygeplejersker. Fokusgrupperne bestod af 4-7 personer, som den lægelige kontaktperson på afdelingen og afdelingssygeplejersken havde udvalgt på baggrund af vores ønsker om, at deltagerne skulle være forskellige med hensyn til anciennitet.

Fokusgruppeinterviewene fungerede godt, idet en reel diskussion mellem de forskellige deltagere blev etableret. Intervieweren styrede denne diskussion, således at de relevante emner blev diskuteret, og alle deltagere kom til orde.

Fokusgruppeinterviewene blev gennemført af en interviewer ved hjælp af semi-strukturerede interviewguides (se Bilag 3), og varede to timer. En referent noterede interviewpersonernes udsagn, og derudover blev interviewene optaget på mini-disc. Fokusgruppeinterviewene blev efterfølgende transskriberet af referenten på baggrund af dennes notater suppleret med aflytning af det optagede interview. De fleste fokusgruppeinterviews blev transskriberet som referater (dvs. som kondenserede meningsudsagn), mens et enkelt af praktiske årsager blev transskriberet ordret.

3 Følgende supplerende udenlandske litteratur, bl.a. identificeret via fritekstsøgning i Medline, anvendes i rapportens analysedel: (20-23).

Individuelle interviews med patienter

Der blev gennemført individuelle interviews med 6-9 patienter på alle tre afdelinger. De fleste patientinterviews blev gennemført i forlængelse af, at intervieweren havde observeret dagens stuegang på afdelingen, således at intervieweren havde overværet den stuegang, som den interviewede patient deltog i. Dette var dog ikke praktisk muligt at gennemføre med samtlige af de interviewede patienter. De respektive afdelingssygeplejersker udvalgte patienter til interview. Af etiske og kommunikationsmæssige hensyn udelukkede vi svært syge patienter fra undersøgelsen.[4]

Sygeplejerskerne fik mundtligt tilsagn fra relevante patienter og udleverede derefter et brev om informeret samtykke, som patienterne underskrev. Brevene blev lagt i patienternes journal.

I alt blev 17 kvinder og 5 mænd interviewet. Gennemsnitsalderen var 67 år. Interviewene blev gennemført ved hjælp af en struktureret interviewguide (se Bilag 4), blev optaget på mini-disc og efterfølgende transskriberet ordret. Alle patienter blev lovet anonymitet ved hjælp af tilsløring af personlige data som navn og alder.

Tidsregistreringsstudie

Den økonomiske del af MTV'en omfatter en opgørelse og – i det omfang det er muligt – sammenligning af det direkte ressourceforbrug målt ved tidsforbruget for forskellige personalegrupper for hver af de tre stuegangsformer, der er repræsenteret i analysen.

For hver stuegangsform er der foretaget en registrering af tidsforbruget til henholdsvis forberedelse af stuegang, gennemførelse af stuegang og opfølgning på stuegangen. Registreringen omfatter tidsforbruget for læger, sygeplejersker og sekretærer. Tidsforbruget er opgjort ved, at det personale, der har været involveret i stuegangen, hver dag selv har registreret start- og sluttidspunktet for en række definerede stuegangsaktiviteter.

Afgrænsningen og definitionen af, hvilke aktiviteter der skulle indgå i tidsregistreringen, er foretaget i samarbejde med de involverede personalegrupper på afdelingerne. En del af aktiviteterne er fælles for læger og sygeplejersker, fx »før-stuegang« og selve stuegangsrunden, mens andre aktiviteter udføres af de to personalegrupper hver for sig, fx læsning af journal/sygeplejekardex samt opfølgning på stuegang.

Da det kan være vanskeligt at indpasse tidsregistrering i en travl hverdag, er det forsøgt at tilrettelægge tidsregistreringen så enkelt som muligt. Det har således været en forudsætning, at de stuegangsaktiviteter, der indgik i tidsregistreringen, var velafgrænsede og tidsmæssigt sammenhængende.

Som følge af forskelle i organiseringen af stuegangen samt andre forskelle i arbejdstilrettelæggelsen på de tre afdelinger er aktiviteterne inkluderet i tidsregistreringen forskellig fra afdeling til afdeling.

Der er for hver afdeling udarbejdet et registreringsskema pr. personalegruppe med angivelse af de stuegangsrelaterede aktiviteter for den pågældende personalegruppe. Udover tidsforbruget er indhentet oplysninger om antal indlagte patienter i afdelingen. De anvendte registreringsskemaer med tilhørende definition af aktiviteter og vejledninger er vist i Bilag 5.

Registreringen er foretaget alle hverdage over en periode på 14 dage. Skemaet er enten udfyldt løbende over dagen eller sidst på dagen, efter alle aktiviteter tilknyttet dagens stuegang er afsluttet.

Der er ikke medregnet omkostninger til materialeforbrug, da dette udgør en begrænset udgift sammenlignet med lønudgiften. Der er heller ikke medregnet omkostninger til edb-udstyr på den afdeling, der anvender EPJ, idet EPJ ikke primært er anskaffet af hensyn til afholdelse af stuegang.

4 Vi valgte at ekskludere følgende patienter: patienter med cancer i sent stadium, patienter i terminalstadium, patienter med manglende taleevne (fx afasi), patienter med stærk hørenedsættelse, patienter med demens og patienter, som er »dårlige« og ikke i stand til at lade sig interviewe.

Faktuelle data om afdelinger
Der blev udarbejdet en standard skabelon til overordnet beskrivelse af afdelingerne, som alle afdelinger har udfyldt. Af skabelonerne fremgår karakteristika ved patienterne, aktivitet, personale og fysiske rammer (se Bilag 6).

2.3 Analyse og fortolkning af data

2.3.1 Beskrivelse af teknologien stuegang
Arbejdsgange og arbejdsopgaver i forbindelse med stuegang (kapitel 4) er analyseret på baggrund af observationsstudierne, faktuelle data om afdelingerne og fokusgruppeinterview med læger og plejepersonale. Redegørelsen er deskriptiv og sigter på at introducere både stuegang som generelt fænomen og de respektive stuegangsformer inkluderet i undersøgelsen. Redegørelsen har dermed fokus på de opgaver, der udføres i forbindelse med stuegang frem for på de enkelte aktørers handlinger og perspektiver.

2.3.2 Analyse af patient og organisation
I den første analysefase af organisation og patient (kapitel 5) blev data fra observationer, fokusgruppeinterviews og patientinterviews genstand for en åben kodning foretaget på tværs af afdelingerne. Gennem den åbne kodning gives data kodenavne, der beskriver den pågældende hændelse eller udsagns idé eller betydning, og på den måde opnås et overblik over temaer i det empiriske materiale. I denne fase tolkes data i forhold til en selvforståelses kontekst, hvor tolkningen munder ud i en omformuleret opsummering af meningen med informanternes udsagn, sådan som fortolkeren har forstået dem (24). I anden analysefase sammenlignes de forskellige koder for at se, om de siger noget om det samme tema eller andre temaer. På den måde nuanceres kodningerne, som derefter samles i analysekategorier, der beskriver kategoriens indhold. I denne fase tolkes data i forhold til en kritisk common sense-forståelse, hvor fortolkeren forholder sig kritisk til informanternes udsagn. Almindelig viden inddrages for at forstærke og berige fortolkningen af et udsagn. I tredje analysefase tolkes data i forhold til undersøgelsens teoretiske ramme. Denne tolkning overskrider ofte informanternes selvforståelse og går videre end den kritiske common sense-forståelse (24).

2.3.3 Økonomisk analyse
Data fra tidsregistreringsskemaerne er analyseret i Excel regneark. Der er foretaget en beregning af det samlede gennemsnitlige tidsforbrug pr. dag og det gennemsnitlige tidsforbrug målt pr. indlagt pr. dag. I det omfang der ikke er udfyldt skemaer for alle dage i registreringsperioden, eller tidsregistreringen ikke er komplet i de udfyldte skemaer, er det gennemsnitlige tidsforbrug beregnet på grundlag af det antal dage, hvor der foreligger en registrering.

Der er foretaget en vægtning af tidsforbruget med gennemsnitlige lønninger[5] på landsplan for de involverede personalegrupper.

Der er herefter gennemført en sammenligning af tidsforbruget på de tre afdelinger. Som baggrund for vurderingen af forskelle i tidsforbrug diskuteres, hvorvidt tidsregistreringen på de tre afdelinger er sammenlignelig og dækker de samme opgaver.

For at undersøge om de beregnede forskelle i tidsforbrug imellem de tre afdelinger er statistisk signifikante, er anvendt Wilcoxon Signed Rank test.[6]

5 Kilde: www.sygehusansatte.dk
6 Denne non-parametriske test anvendes, når der er tale om forholdsvis få observationer, og når det ikke kan antages, at data er normalfordelte.

3 Litteraturstudium

Formålet med dette kapitel er at analysere den historiske baggrund for den måde, hvorpå stuegang praktiseres i dag, samt give indblik i aktuelle problemstillinger ved stuegang i det danske sundhedsvæsen. Først anskues stuegang fra et historisk perspektiv, men da den historiske litteratur ikke direkte beskriver stuegangen som fænomen, tolkes stuegangsperspektivet ind i den historiske kontekst. Dernæst belyses stuegangen i et aktuelt perspektiv, hvor litteratur med relevans for rapportens problemstillinger beskrives og tematiseres.

3.1 Stuegang i et historisk perspektiv

Litteratursøgningen har som nævnt ikke identificeret litteratur, der direkte beskriver den historiske baggrund for stuegang. Udviklingen i sundhedsvæsenet over tid kan imidlertid give anledning til overvejelser vedrørende stuegangens funktion og formål set i et historisk perspektiv.

3.1.1 Fra antikken til 1700-tallet

I antikkens medicin manglede vore tiders anatomiske og fysiologiske ekspertise, og i mangel af kirurgiske færdigheder og andre helbredelsesmetoder blev diagnoser og prognoser til i samarbejde mellem læge og patient. Lægekunsten bestemtes således af tre faktorer: sygdommen, lægen og patienten. På Hippokrates' tid kunne den teknologi, der lå i lægekunsten, derfor beskrives som relationen mellem læge og patient. På dette tidspunkt havde lægen større held med at lindre kroniske lidelser og mindre plager end at helbrede livstruende tilstande. Denne form for sengelejemedicin, hvor lægen tilså patienten i denne hjem, vedblev at være gængs praksis langt op i 1800-tallet (25).

Som noget særligt for Danmark blev staten tidligt involveret i omsorgen for de syge, idet medicinerne fik statslig autorisation i 1670'erne. Der blev oprettet distriktskirurgikater, og uddannelsen for læger og jordemødre blev organiseret. Staten bidrog betydeligt til finansiering af sundhedstjenesten fra midten af 1700-tallet; først og fremmest i form af finansiering af behandling af smitsomme sygdomme (26).

De første hospitaler i Europa ses i middelalderen som små religiøse stiftelser beregnet til pilgrimme. Antallet af hospitaler og deres størrelse tiltog i de efterfølgende år, men de fungerede stadig med henblik på pilgrimme, spedalske, gamle og fattige. I samme periode blomstrede universiteterne i de store byer i Europa. Og i 1700-tallet åbnedes de britiske hospitaler for de medicinstuderende, og kontakten mellem læge og patient fik tilføjet et nyt aspekt: læring ved sygesengen. En engelsk studerende skriver i 1770'erne, at et antal tilfælde, der ansås for instruktive, anbragtes i særlige værelser på sygehuset og tilsås af kollegiets professorer. Studenten gik hver dag rundt til de syge med professoren og førte noter over patientens tilstand samt om den medicin, der blev ordineret (25).

I middelalderen fandtes enkelte institutioner i Danmark: St. Jørgensgårde for spedalske og Helliggåndshuse for de fattige. I 1757 åbnede Frederiks Hospital, og hermed fik de studerende mulighed for klinisk undervisning. Det foregik ved, at professoren gik rundt til undervisningsegnede patienter ledsaget af de studerende. Disse første stuegange havde således et rent undervisningsmæssigt formål. Hospitalet havde fra begyndelsen en medicinsk og en kirurgisk afdeling. Det modtog kun fattige patienter, der ikke kunne klare sig selv eller blive passet af familie eller arbejdsgiver under sygdom. Det var desuden en forudsætning, at patienterne kunne blive helbredt og vende tilbage til arbejdsstyrken. På den tid var patienterne typisk mellem 24 og 44 år. Mange af de fattige levede under forhold, der umuliggjorde, at de kunne blive raske, og en del (tjenestefolk) havde ikke noget sted at være, hvis de var syge og ikke kunne arbejde. Sygehusenes hovedopgave var således på det tidspunkt at give de syge mad og husly, idet den medicinske og kirurgiske behandling, der blev praktiseret, lige så vel kunne foregå i hjemmene (26).

I 1600-tallet, hvor den nye videnskab holdt sit indtog, ændredes den kliniske praksis kun lidt. Lægen besøgte stadig patienten ved sygesengen i hjemmet, optog sygehistorie, følte på pulsen, lugtede efter råddenskab, smagte på urinen, lyttede til uregelmæssigheder i åndedrættet, iagttog hudens og øjnenes farve og behandlede fortrinsvis med urter eller åreladning. Denne »no touch« politik, som fortsatte gennem 1700-tallet, skyldtes til dels etikette, men også den diagnostiske tradition, der ikke inviterede til objektiv undersøgelse, men tolkning på baggrund af sygehistorien (25).

3.1.2 Fra 1800-tallet til 1900-tallet

I takt med fremskridtene inden for den medicinske videnskab[7] fik lægerne flere kort på hånden. Relationen mellem læge og patient var ikke længere den eneste »teknologi« til diagnosticering og behandling af sygdomme.

Op igennem 1800-tallet var størstedelen af lægerne i Europa stadig privat praktiserende. Omkostningerne til lokaler og udstyr var for denne gruppe læger beskedne, og de tjente til dagen og vejen ved at tilse syge i eget hjem og sælge forskellige former for medicin. Efterspørgslen var konstant, og patienterne havde ikke store forventninger til udfaldet af lægekontakten. Aktørerne med relevans for stuegang var frem til sidste halvdel af 1800-tallet læger og medicinstuderende, idet patienterne i det daglige frem til denne tid blev passet af koner. Med uddannelse af sygeplejersker og en tiltagende lægelig specialisering fik stuegangen en ny mulig funktion fra sidst i 1800-tallet, idet dette krævede en øget koordinering (26).

I Danmark blev der i løbet af første halvdel af 1800-tallet bygget 67 nye sygehuse, men de, der havde råd, lod sig stadig behandle i hjemmet af privat praktiserende læger. Omkring 1880 havde næsten alle danske købstæder et sygehus, men deres størrelser var meget varierende (26). I sidste halvdel af 1800-tallet fik sygehusene i takt med den medicinske udviklings øgede specialisering en anden rolle end blot pleje af fattige syge. Sygehusene skulle foruden behandling forestå undervisning og forskning. Etableringen af offentlige sygekasser medførte, at også de fattige kunne behandles uden for sygehusene i poliklinikker, idet patienterne fik midler til mad og husleje gennem sygekassen og derfor ikke behøvede at ligge på sygehus. De fattige, der fortsat lå på sygehusene, blev behandlet med meget lidt empati. Lægerne anskuede primært patienterne som materiale til undervisning og forskning. Den øgede specialisering inden for medicinen forstærkede denne objektivisering af patienterne, der ikke længere blev set som enkeltstående individer, men enkeltstående organer svarende til lægens speciale (26).

3.1.3 Udviklingen fra 1900 og frem

I 1900-tallet tilkom stadig flere diagnose- og behandlingsmuligheder. Den lægelige specialisering øgedes, stadig flere tværgående afdelinger blev oprettet, og den gennemsnitlige patient fik foretaget stadig flere undersøgelser. Alle disse elementer stillede større krav til koordinering, og stuegangens funktion som koordinerende element var oplagt. Samtidig blev fokus for sygehusopholdet flyttet fra pleje til behandling, hvilket krævede hyppigere lægetilsyn (27). I 1930'erne indførtes turnusordningen for de nyuddannede læger. Sygehusenes rolle i udformning af lægernes faglige identitet blev herved styrket, og det nye undervisningskrav, der lå i den ordning, kunne opfyldes under stuegang.

I denne periode øgedes efterspørgslen efter uddannede sygeplejersker, og for at kompensere for manglen af sygeplejersker forsøgte man forskellige organisatoriske ændringer (rationaliseringer). Et af forsøgene var, at sygeplejerskerne skulle arbejde i »runder«, dvs. én sygeplejerske tog puls, én redte senge osv. ud fra devisen, at jo mere man arbejder i runder, jo kortere tid tager arbejdet pr. patient. Denne organisationsform stillede store krav til koordinering af de fragmenterede indsatser fx under stuegang. For patienterne betød denne opdeling af arbejdet uro og et evigt rend af sygeple-

7 Fx dissektionsteknikker i 1400-tallet, brug af mikroskoper og laboratorier i 1800-tallet, brug af antiseptiske midler på operationsstuerne i midten af 1800-tallet og det farmakologiske gennembrud i 1900-tallet.

jersker (27). Arbejdsdelingen i 1950'erne blev desuden forstærket gennem ansættelse af nye stillingskategorier: Sygehjælperne, der skulle overtage en del af sygeplejerskernes arbejde.

I 1960'erne øgedes væksten i antal indlæggelser og udgifter. Der blev flere og flere ansatte i sygehusvæsenet, og der blev i tiltagende grad oprettet specialafdelinger. Denne vækst fortsatte frem til midt i 1970'erne, hvor en kraftig opbremsning af væksten satte ind, hvad angik både indlæggelser, liggetid, udgifter og antallet af ansatte. Den øgede specialisering og stigningen i indlæggelserne kombineret med den kortere liggetid medførte, at arbejdet på sygehusafdelingerne voksede og ændrede sig i disse år. Desuden voksede antallet af undersøgelser pr. patient, og der blev gennemført flere operationer, hvilket stillede yderligere krav om koordinering (27).

Fra 1970'erne og frem steg antallet af ansatte. Antallet af læger voksede mest – til dels på grund af nye arbejdstidsregler. Sygeplejerskerne blev også flere. Fra 1975 til slutningen af 1980'erne voksede deres antal med 40% (27). På samme tid øgedes centraliseringen,[8] og vægten i det daglige arbejde med patienterne blev forskudt fra pleje til undersøgelse og behandling. I samme tidsperiode blev der oprettet stadig flere specialafdelinger, og der var stadig flere daglige aktører involveret i behandling og pleje. Stuegangen blev anskuet som en hensigtsmæssig arbejdsform til at koordinere de mange indsatser fra forskellige faggrupper og specialer. Samtidig krævede den stadig mere avancerede teknologi i undersøgelse og behandling sammenholdt med de kortere liggetider, at patienterne blev observeret, og behandlingsforløbet nøjere fulgt og justeret (27).

Med omlægningen af arbejdstilrettelæggelsen i forbindelse med de faglige overenskomster i begyndelsen af 1980'erne blev det daglige arbejde varetaget af flere læger. Den ændrede arbejdstilrettelæggelse medførte, at færre læger var gennemgående i det enkelte patientforløb, og at færre læger havde det fulde overblik. Stuegangen havde under denne arbejdstilrettelæggelse en funktion i, at læge og sygeplejerske i fællesskab kunne skabe sig overblik over patienternes tilstand og justere deres undersøgelses- og behandlingsprogrammer (27).

3.1.4 Sammenfatning

Stuegangen optræder først i 1700-tallet og indføres overvejende som et redskab til *undervisning* af studenter og unge læger. I disse første stuegange var patienterne hovedsageligt undervisningsobjekter i kraft af deres sygelige tilstand. Lægerne har altid været hovedpersoner i stuegangen – og er det stadig i dag, om end fokus i høj grad har rykket sig fra lægeundervisning til håndtering af patientforløb. I dag er stuegang fortsat et vigtigt element i lægernes videreuddannelse på trods af, som vi senere vil vise, at undervisningselementet prioriteres i varierende omfang.

Med uddannelse af *sygeplejersker* i slutningen af 1800-tallet kom en ny aktør, der fungerede som lægens hjælper, ind i stuegangen. Som vi senere vil vise, har sygeplejerskerne i dag en ret fremtrædende rolle i stuegangen, idet de formidler deres viden om patienterne til lægen i forbindelse med førstuegang. Hermed er sygeplejerskerne aktive medskabere af den produktion af viden, som foregår i forbindelse med stuegangsaktiviteterne.

Stuegang er gået fra overvejende at have et undervisningsorienteret formål til at have multiple formål: a) koordinering, b) styring af diagnose og behandling, c) skabelse af overblik, d) tilsyn af patienter og e) undervisning af yngre læger og studenter. Specialiseringen inden for lægefaget har betydet, at en læge ikke længere kan være ekspert på alle de forskellige undersøgelser, medicineringer og behandlinger, som et patientforløb kan bestå af. Stuegang i dag sammenlignet med for 100 år siden ligger således langt fra hinanden, fordi lægefaget har gennemgået en omfattende specialisering og på grund af den teknologiske udvikling. Men selve det grundlæggende princip for stuegang, at en læge og evt. en sygeplejerske går rundt fra seng til seng og tilser patienterne, er ikke ændret væsentligt de sidste mange år. Dette på trods af, at stuegang nu skal honorere væsentligt flere krav (jf. de multiple formål) end tidligere.

8 I forbindelse med kommunalreformen i 1970 kom også en ny sygehuslov, der medførte, at sygehusene med nogle få undtagelser skulle overføres til de 14 amter, København og Frederiksberg (H:S).

3.2 Stuegang i et aktuelt perspektiv

I det følgende beskrives nogle af de danske studier af stuegang, som har relevans for denne rapports problemstillinger. Litteraturen er delt op i to kategorier:

- Forsøg med alternative stuegangsformer[9]
- Aktørernes forskellige oplevelser af stuegang.

3.2.1 Forsøg med alternative stuegangsformer

Astrup beskriver et forsøg på en almen medicinsk afdeling med 2 afsnit (2). Formålet med undersøgelsen var gennem enesamtaler at øge patientens viden om dennes sygdomssituation. På det ene afsnit (undersøgelsesafsnittet) blev der indført patientsamtaler. Her foregik journalgennemgangen på kontoret. Under denne blev de patienter udvalgt (3-5 dagligt), som man fandt det nødvendigt at tilse. Tilsynene fandt sted på sygestuen efter journalgennemgangen. Efter tilsynene fulgte patientsamtaler, idet hver patient havde sin faste samtaledag: dagen efter ankomsten, ved udskrivningen og ellers en gang ugentligt. Samtalerne foregik i enerum. Patienterne fik ved ankomsten en trykt vejledning om arbejdsgangen i forbindelse med stuegangen, blev orienteret om samtaledagen og opfordret til at stille spørgsmål til lægen.

På det andet afsnit, der fungerede som kontrolafsnit, var der daglig stuegang med vekslende læger i fast skema, og al patientinformation foregik på stuegangen. Fra 2-5 måneder efter udskrivelsen fik de to patientgrupper tilsendt et spørgeskema. Den ændrede arbejdstilrettelæggelse (med patientsamtaler) gjorde det lægelige arbejde med patienterne mere rationelt, og ved stuelægens daglige deltagelse i afdelingens arbejde og interne konferencer forbedrede lægen kontakten med det øvrige personale. Men patienternes subjektive indtryk af indlæggelsen stemte dårligt overens med det faktiske hændelsesforløb. *Undersøgelsesafsnittets* patienter fik gennemsnitligt 3 samtaler i enerum med lægen, men kun 59% angav at have haft enesamtale. 70% af patienterne i *begge grupper* mente at have haft en grundig personlig samtale med lægen. Antallet af samtaler og informationens tilstrækkelighed blev vurderet ens: ca. 2/3 af patienterne i hver gruppe var tilfredse. Forfatterne konkluderer, at det kun i ringe grad lykkedes at ændre patientrollen med den gennemførte intervention.

Undersøgelsen viser, at man ved at indføre behovsstuegang i form af patientsamtaler i enerum kan opnå positive effekter i forhold til arbejdstilrettelæggelsen blandt læger. Undersøgelsen viser også, at den ændrede stuegangsform ikke har formået at gøre patienterne mere aktive, fx i form af at stille spørgsmål til lægen under stuegang.

I 1991 beskrives en medicinsk afdeling på Fåborg Sygehus, der helt afskaffede stuegangen (13). Årsagen var, at lægerne ikke mente, de havde nok tid sammen med patienterne. Principperne for den ny arbejdstilrettelæggelse var:

- Alt lægearbejde skulle deles op i »opgaver« relateret til den enkelte patient
- Opgaverne skulle dagligt tildeles de læger, der bedst kunne løse dem
- Lægen skulle planlægge fremtidige opgaver.

For at lette arbejdet brugte lægerne en planlægningsbog med en række til hver patient og en kolonne til hver dato. Når lægen havde arbejdet med en patient, anførte han den fremtidige plan i de relevante dagsfelter. Arbejdsdagen blev opdelt, så der fra kl. 8.15-8.50 foregik planlægning på det enkelte afsnit, hvor lægeteamet gennemgik planlægningsbogen og fordelte arbejdet til hver læge. Herefter gik resten af dagen med »lægearbejde« afbrudt af middagskonference.

9 Med alternative stuegangsformer menes, at stuegangen udføres forskelligt fra den traditionelle stuegang, hvor en læge og en sygeplejerske på stuegangsrunden går fra patient til patient ude på sengestuerne.

Den ændrede arbejdstilrettelæggelse blev løbende evalueret. Den væsentligste ulempe var en mere besværlig kommunikation med sygeplejerskerne, mens de positive virkninger bestod i:

- Bedre patientbehandling, patientkontakt og -kontinuitet (patienten så 2-3 forskellige læger under indlæggelsen)
- Mere tid sammen med patienten
- Bedre uddannelse af læger og studenter
- Kortere indlæggelsestid.

Undersøgelsen viser, at der kan opnås positive effekter ved at afskaffe begrebet stuegang, idet stuegang ofte forbindes med et fast tidsinterval. Afskaffelsen af begrebet bevirker, at stuegang ikke skal udføres i ét bestemt afgrænset tidsrum, men i stedet løbende gennem hele dagen. Samtidig viser undersøgelsen, at når man afskaffer stuegang, er det vigtigt at bibeholde et forum (der har samme funktion som før-stuegang), hvor læger og sygeplejersker mødes for at udveksle viden om patienterne, skabe overblik over dagens patientgruppe og lægge planer for pleje og behandling.

På gastrokirurgisk afdeling på Bispebjerg Hospital (BBH) blev der gennemført forsøg med *fast* tilknytning af *speciallæge* til to sengeafsnit for at øge patient/personalekontinuiteten. Afsnitslægen varetog i dagtiden alle lægelige opgaver, herunder formiddags- og eftermiddags-stuegang i 4 uger. Resultatet var, at patienterne i forsøgsafsnittet i gennemsnit mødte 1,1 speciallæge mod 3,3 i kontrolafsnittet, der fungerede efter vanlig praksis. 7% var utilfredse med behandling og pleje i *forsøgsafsnittet* mod 11% i *kontrolafsnittet*. Den gennemsnitlige liggetid faldt med 20% i *forsøgsafsnittet*, og vagttimeforbruget (for læger) faldt (11, 12). Undersøgelsen viser, at der er fordele forbundet med den øgede lægekontinuitet i form af kortere liggetid og mindre vagttimeforbrug.

På Gentofte thoraxkirurgiske afdeling blev der gennemført en strukturomlægning, så patienterne blev inddelt efter deres diagnoser i 4 grupper med hver en ansvarlig overlæge. 1. reservelæger og reservelæger roterede herefter mellem grupperne hver 3. måned. *Omlægningen* havde den konsekvens, at overlægerne kendte deres patienter godt, ofte gik stuegang og lagde specifikke, langsigtede planer. 1. reservelægerne var glade for at have overlægerne som gruppeformænd og fik gode muligheder for læring. Reservelægerne fik problemer med deres tilhørsforhold i afdelingen. Sygeplejerskerne beholdt deres små grupper og brugte meget tid på at koordinere med lægegruppen. Patienterne var glade for at blive tilset af overlægen (1). Undersøgelsen viser, at fordeling af patienter på overlæger giver bedre kontinuitet og giver de yngre læger god mulighed for læring.

En evalueringsrapport fra Københavns Amt (1994) beskriver et forsøg med stuegang på dermatologisk afdeling og en evaluering 2 år efter implementeringen (8). Forsøget med stuegang blev gennemført, fordi indførelse af »tildelt patientpleje«, hvor stuegangen blev afviklet med mange forskellige sygeplejersker, gav meget ventetid for den enkelte sygeplejerske. Da stuegangen tillige blev gået af vekslende læger, var svigtende kontinuitet også et problem. I forbindelse med indførelse af den ny stuegang blev der udarbejdet bookinglister/aftalelister, og der blev indrettet et stuegangslokale. Hver patient blev tilknyttet én af de tre overlæger, som patienten så en gang ugentlig. Hvis der i mellemtiden var problemer, trådte stuelægen til. Stuegangen startede kl. 9, og patienterne var i forvejen orienteret om stuegangstidspunktet. Der blev afsat 10 minutter til hver patient.

To år efter implementeringen blev ordningen evalueret ved en spørgeskemaundersøgelse blandt patienter, læger og sygeplejersker.

- Overlægerne og sygeplejerskerne angav, at deres samarbejde var blevet bedre.
- Overlægerne angav bedre patientkommunikation, bedre tid, ligeværdighed og diskretion, men at den ny stuegang gav mindre overblik over den samlede patientmasse.
- Sygeplejerskerne angav større kontinuitet, ro, tillid, tryghed, ligeværdighed, privathed, og at ordningen var ressourcebesparende.
- De yngre læger fandt generelt, at kendskabet til de indlagte patienter blev forringet

- Patienterne oplevede større grad af tryghed, når de var knyttet til samme person, og tillidsforholdet til overlæge og sygeplejerske var tilfredsstillende. Desuden angav patienterne, at stuegang i konsultationsrum gav større diskretion.

Overordnet konkluderes det, at den ny stuegangsform, hvor patienterne tilknyttes hver deres overlæge, som taler med dem i enerum, giver en højere grad af kontinuitet i patientens behandlingsplan og en bedre ressourceudnyttelse. Ulemperne ved den nye stuegangsform er, at det er vanskeligere at skabe sig et overblik over patienterne, og at lægernes kendskab til patienterne forringes.

Som led i implementeringen af konceptet »det patientfokuserede sygehus« i RHIMA[10] centret på Rigshospitalet (1995) blev der foretaget følgende ændringer af stuegangsformen (14):

- Stuegangen blev brudt op, så den blev udført af flere personer, dvs. kontaktlæge og -sygeplejerske gik stuegang på egne patienter
- Stuegangen kom til at strække sig fra kl. 8.30 til 14.00 og kom til at omfatte alt lægeligt arbejde med patienten
- Stuegangen blev *behovsorienteret*
- Der blev indført »*privat princip*«, dvs. patienterne var i enerum med stuegangsteamet.

Undersøgelsen viser, at der var tydelige resultater i *modelafsnittet,* bl.a. bedre kontinuitet i patientbehandlingen, øget patientservice og frigjort tid for personalet. Også i dette forsøg med stuegang brydes det konventionelle tidsrum for udførelsen af stuegang.

Et eksempel på *tværfaglige behandlingsteams* beskrives som led i »Det patientfokuserede sygehus« (Århus Amtssygehus) (3). Det overordnede formål var, at al væsentlig information om undersøgelse og behandling så vidt muligt blev givet af samme læge og sygeplejerske, samt at alle patienter under indlæggelse var i kontakt med så få læger og sygeplejersker som muligt. Der blev oprettet i alt 4 teams – 2 pr. afdeling, og det enkelte team fungerede selvstændigt. Et team bestod af en overlæge, en 1. reservelæge, 2-3 reservelæger, en medicinstuderende, 4-5 sygeplejersker, sygeplejestuderende, social- og sundhedsassistenter samt elever, sygehjælpere og en teamsekretær. Ergo- og fysioterapeuter deltog i møder 1-2 gange ugentligt. Teamets opgaver var at:

- tilrettelægge pleje- og behandlingsplan
- vurdere nye patienter på teamkonference
- aftale hvilke kontaktlæger, der taler med deres patienter og hvornår
- tilrettelægge arbejdet, så teamet er orienteret om, hvem der gør hvad og hvornår
- tilstræbe at enhver mulig situation udnyttes til læring
- diskutere og bestille prøver og undersøgelser
- gennemføre *behovs-stuegang*
- sikre, at stuegang hos den enkelte patient så vidt muligt udføres i *enerum*.

På hver afdeling blev der indrettet to teamkontorer. Den daglige teamkonference fandt sted kl. 8.30-9.00, hvor planlægning af undersøgelses- og behandlingsforløb foregik, og hvor den daglige behovsstuegang blev forberedt. Den person fra teamet, der kendte patienten bedst, fremlagde status for den givne patient. Overlægen og afdelingssygeplejersken fungerede som ledere for teamet. Teamkonferencen varede 30 minutter og foregik støttet af en stor tavle, hvor alle patienterne var opført. Herefter gennemføres patientsamtaler.

Dette forsøg viser, at stuegang varede lige så lang tid som tidligere, men programmet kunne efter interventionen afsluttes helt i løbet af formiddagen. Indførelse af teamfunktion medførte udtalte forbedringer i personaletilfredshed. Patienterne var i forvejen tilfredse med afdelingen, men fandt efter indførelse af teamfunktionen, at kvaliteten af informationen var bedre og oplevede stuegangen

10 RHIMA dækker over en forkortelse af: Rheumatologi, Hudsygdomme, Infektionssygdomme, Medicinske sygdomme og Allergologiske sygdomme.

som klart forbedret. Endvidere var der en fordobling i antallet af patienter, der udelukkende blev informeret af en læge. Journalgennemgangen viste forbedring af patientforløbet, men i mindre grad end forventet. Afdelingens gennemsnitlige liggetid faldt med 0,8-1,8 dage. Antallet af laboratorietests og mere omfattende specialundersøgelser faldt pr. indlæggelse, ligesom antallet af udskrivelser med sovemedicin faldt. Genindlæggelser inden for 4 uger steg fra 7-19%, hvilket blev tilskrevet, at antallet af meget syge patienter var højere i de journaler, der blev gennemgået efter interventionen. Undervisningen blev klart forbedret, og flere personalegrupper angav, at de havde fået et løft.

Tavlemøder forekommer i forskellige former for stuegang. Moe et al. (7) beskriver forholdene på medicinsk afdeling, Amtssygehuset i Gentofte, hvor der gennemføres daglige tavlemøder af 15-20 minutters varighed umiddelbart før den egentlige runde. På tavlen er anført navne på de indlagte patienter og fx oplysninger om placering, planlagte undersøgelser, kommunekode, tilsyn m.m. Så vidt muligt deltager pleje- og behandlerpersonale fra det pågældende afsnit – dog minimum stuegangsgående læger og sygeplejersker. Stuegangsgående sygeplejerske fremlægger kort hver enkelt patient: indlæggelsesårsag, tentative diagnoser, foreløbig plan og aktuelle problemstilling. Oplægget kommenteres og suppleres, og så vidt muligt lægges en videre plan, der senere konfirmeres på selve stuegangen.

Afdelingen gjorde efter to år status og konstaterede gode resultater:

- Samarbejdet mellem læger og sygeplejersker blev bedre
- Dagens arbejde blev struktureret
- Personalet blev opdateret om patienterne
- Stuegangsgående personale fik et bedre beslutningsgrundlag
- Planlægning af udredning og udskrivelse blev koordineret bedre
- Yngre personale blev undervist løbende
- Der blev skabet mulighed for at udvikle mere rationelle arbejdsgange
- Personalet var samlet mindst en gang om dagen, hvor der kunne gives orientering om emner af general karakter.

3.2.2 Aktørernes forskellige oplevelser af stuegang

Den anvendte litteratur fokuserer dels på patienternes oplevelse af stuegangsrunden, dels på læger og sygeplejerskers oplevelse af hele stuegangsforløbet.

I 1978 blev Svendsen-Tunes eksamensopgave fra Danmarks Sygeplejehøjskole publiceret i Sygeplejersken (10). Opgaven undersøger stuegangens funktioner på 4 parenkymkirurgiske afsnit på et hospital i hovedstadsområdet. Undersøgelsen fokuserer bl.a. på, hvordan patienterne opfatter, og hvilket udbytte patienterne mener, de har af stuegang sammenholdt med personalets opfattelse. For at belyse denne problematik er der i 1978 gennemført spørgeskemaundersøgelser rettet mod patienter og sygeplejepersonale.

Ca. 75% af patienterne mener, at de får de nødvendige oplysninger vedrørende deres sygdom, behandling og undersøgelser. Blandt plejepersonalet er der væsentligt færre, der mener, at patienterne får tilstrækkelig oplysning vedrørende samme emner. Med hensyn til den tid, der bruges på patienterne under stuegangsrunden, er patienterne også mere tilfredse end plejepersonalet. Plejepersonalet mener desuden, at stuegangen ville blive bedre, hvis den foregik i enrum, og hvis patienterne stillede flere spørgsmål (10). Der synes således at eksistere et modsætningsforhold mellem plejepersonalets og patienternes opfattelse af, hvorvidt patienterne modtager tilstrækkelig oplysning fra de sundhedsprofessionelle vedrørende deres behandling, undersøgelser og sygdom. Langt de fleste patienter er tilfredse med informationsniveauet, hvorimod store dele af plejepersonalet opfatter dette som utilstrækkeligt. Desuden ønsker plejepersonalet, at patienterne mere aktivt tager del i deres forløb på afdelingen ved at stille flere spørgsmål.

En undersøgelse fra 1997-98 handler om kvaliteten af patientinformation i medicinske afdelinger

(6). Undersøgelsen foregår på 3 medicinske afdelinger i form af interview med i alt 18 patienter og den læge og sygeplejerske, som havde mest kontakt med disse patienter.

Undersøgelsen viser, at patienterne ønsker større kontinuitet i forhold til det personale, som varetager deres stuegang, idet stuegang med skiftende personale opleves som spild af tid og giver anledning til forvirring, fordi lægerne giver forskellig information. Patienterne lægger vægt på, at der i forbindelse med stuegangsrunden udspilles en dialog mellem patient, sygeplejerske og læge. Patienterne giver udtryk for, at når lægen og sygeplejersken ikke kender patienten godt, har de tendens til ikke at inddrage patienten i en dialog, men i stedet tale hen over hovedet på denne. Således lægger patienterne vægt på, at personalet har interesse for og kendskab til patienterne og deres sygdomsforløb. Patienterne vil gerne have mere information, og de synes, det er svært at spørge lægen om noget, fordi de ved for lidt. De sundhedsprofessionelle synes, at patienterne spørger for lidt, at patienterne har behov for, at informationen bliver gentaget, at patienterne efterspørger skriftlig information, og at patienterne ikke tør spørge, om de havde kræft. Der konkluderes bl.a., at informationen lykkes særlig godt i de tilfælde, hvor personalet har kendskab til patientens situation og dennes opfattelse af situationen, dvs. erfaringer, forestillinger og bekymringer i forhold til patientens sygdom (6).

En rapport fra 2000 beskriver et feltstudie, der havde til formål at afdække, hvordan kommunikationen og samarbejdet forløb i diverse *beslutningssituationer,* der fandt sted under geriatriske patienters hospitalsforløb, og her var stuegang et centralt element (5). Der indgik 16 patientforløb med indlæggelsestid fra 1-46 dage. Patienterne var indlagt på geriatrisk afdeling, medicinsk afdeling A og B eller kardiologisk afdeling. Der blev gennemført observation af *før-stuegang* på geriatrisk afdeling og akut kardiologisk afsnit. Der blev ikke afholdt formel før-stuegang på de almenmedicinske afdelinger A og B.

Begge steder varede før-stuegangen fra kl. 8.30-9.00, men udformede sig ellers forskelligt. På *kardiologisk afdeling* deltog stuegangsgående læge og en sygeplejerske. Formålet var, at sygeplejerskerne skulle videregive deres information til lægen. Informationen var helt centreret om patienternes kardielle situation. Formålet med før-stuegang på den *geriatriske afdeling* var at udveksle oplysninger om patienterne i et tværfagligt forum bestående af læge, sygeplejerske, fysioterapeut og ergoterapeut. Mødet var styret af lægen, som resumerede patienterne også ud fra en socialmedicinsk indfaldsvinkel. Det var også lægen, der konkluderede og traf beslutninger om patienten. Den holistiske sygeplejefaglige indfaldsvinkel kom slet ikke til syne i afdækningen af patientens situation. Der blev gennemført observation af 52 stuegangsrunder på geriatrisk og på de almenmedicinske afdelinger. Stuegangen foregik i det store hele på samme måde på alle afdelingerne: på patienternes stue med tilstedeværelse af medpatienter. Øvrige tilstedeværende var lægen og sygeplejersken og til tider en sygehjælper. Når patienterne lå på gangen, foregik stuegangen her. Og når patienterne skulle undersøges, blev der trukket et gardin for sengen – dog langtfra i alle tilfælde.

Den interpersonelle kontakt mellem læge og patient var i udstrakt grad afhængig af, hvilken læge der gik stuegang. Stuegangsforløbet var næsten udelukkende lægernes forum. Der var ingen dialog mellem lægen, patienten og sygeplejersken om patientens situation. Det var lægen, der vurderede og besluttede alt vedrørende patienten og meddelte patienten planen fremover, men lagde ikke op til diskussion af denne. Kommunikationen blev brugt instrumentelt og reduceredes derfor til en strategisk objektiverende dimension, hvor resultatet, var at patienten blev gjort til et objekt for lægens behandlingsstrategi. Sygeplejerskerne indtog en meget passiv rolle og kendte ofte ikke patienterne godt nok til at svare på lægens spørgsmål; ofte stod hun og skrev i sygeplejekardex. Patientens rolle var også meget passiv – han svarede oftest på lægens spørgsmål, men kom han ind på andre forhold, end lægen havde spurgt om, blev han afbrudt. Patienten gav ved flere lejligheder udtryk for utryghed/angst i forhold til sin nuværende og fremtidige situation, men det blev yderst sjældent kommenteret/diskuteret af fagpersonerne (5).

Undersøgelsen konkluderer på baggrund af patientinterviewene, at der er store individuelle forskelle hos patienterne med hensyn til hvilke ting, de lægger vægt på, men at et gennemgående ønske er,

at lægen skal være flink og dygtig i nævnte rækkefølge. På baggrund af lægeinterviewene konkluderes det, at lægernes syn på deres egen rolle spænder fra en ren naturvidenskabelig indfaldsvinkel til en mere socialmedicinsk vinkel. Kommunikationen mellem læge og patient er således forskellig afhængig af lægens vinkel. På baggrund af interviews med sygeplejersker konkluderes det, at det var personafhængigt, hvordan de definerede deres rolle, men i mange tilfælde stod idealet ikke mål med praksis (5).

Et etnografisk studie på et onkologisk sengeafsnit giver et delvist andet billede af relationerne mellem læge, sygeplejerske og patient. Ud fra et kommunikationsteoretisk perspektiv analyserer studiet betydningen af sygeplejersker, læger og patienters handlinger, herunder også sygeplejerskernes tilsyneladende passive rolle i stuegangsaktiviteterne. Observationerne af konkrete stuegange demonstrerer som i ovennævnte rapport (5), at lægen fører ordet i alle stuegangsaktiviteterne, men viser samtidig, at sygeplejerskerne i tilsyneladende små handlinger – at pege på bestemte sider i journalen, bemærke at lægen ikke fik fortalt om et diagnosesvar, kommentere indholdet af journal-dikteringen – sætter dagsordenen for de beslutninger, der træffes under stuegang (4). På trods af sin tilsyneladende passive rolle i stuegang er sygeplejersken altså på ingen måde magtesløs. Gennem kommunikationsanalysen viser studiet yderligere, at stuegang er en begivenhed, hvor læge, sygeplejerske og patient søger at opnå kontrol over henholdsvis patientens fysiske krop (læge), patientens lidende krop (sygeplejerske), og patientens oplevede krop (4). Stuegang er med andre ord en begivenhed, hvor læge, sygeplejerske og patient forhandler om magten til at bestemme, hvordan patientens krop skal forstås, og hvordan der skal handles med den.

En artikel anskuer stuegang som en central organisatorisk rutine, der er med at til at forme arbejdsrelationerne mellem læger, sygeplejersker og patienter (9). Artiklen beskriver bl.a., hvordan stuegangen praktiseres på sygehuse ved at fokusere på personalets og patienternes oplevelser med stuegang, ligesom den analyserer journalens rolle i stuegangen. Stuegangen defineres som selve mødet mellem læge, sygeplejerske og patient.

Lægerne i studiet opfatter sig som dem, der har ansvar for at kortlægge patienternes problemer gennem udredning, diagnosticering og behandling. I den diagnostiske udredning har lægerne brug for sygeplejerskernes observationer af patienterne. Disse observationer fungerer som meddelere for patientens sygdom, og på den måde har sygeplejerskerne en hjælpefunktion i forhold til at diagnosticere og behandle. Sygeplejerskerne i studiet giver udtryk for, at deres rolle under stuegangen er at videreformidle deres observationer af patienterne til lægen og stille spørgsmål til denne, hvis de ikke er enige i lægens beslutninger. De ser det som deres opgave at fremlægge patientens problemer og efter endt stuegang få patienterne til at forstå det, som de ikke forstod under stuegangsrunden (9).

Artiklen fremhæver, at lægevidenskabens fokus på det somatiske er en af grundpillerne i den moderne lægevidenskab. Via mødet med patienten kan lægen undersøge sygdommens natur. I dette møde med patienten anvender lægen sit »kliniske blik«, idet lægen via observationer af patienten gengiver sygdommens nøjagtige træk, hvilket betragtes som centralt for at forstå sygdommen. Lægen modtager også observationer om patienten fra sygeplejersken og inddrager disse i sin samlede vurdering af patienten. Diagnostikken og behandlingsplanerne er alene lægens ansvar og opgave, hvorved stuegangen primært er lægens arbejdskammer, mens sygeplejersker og patienter fungerer som lægens hjælpere under stuegangen (9).

Under stuegangen fører lægen en kontinuerlig samtale med journalen, idet han læser i den og dikterer den. Journalen optræder dermed som en aktør på lige fod med de øvrige deltagere i stuegangen. Artiklen konkluderer, at stuegang kan betragtes som et socialt rum, hvor sygdom konstrueres i et medicinsk betydningsunivers. Derfor er stuegangen et centralt element i sygehusverdenen – og er primært lægens arbejdskammer. Stuegangen domineres ikke kun af de mennesker, der deltager i den, men også lægens interaktion med journalen spiller en væsentlig rolle (9).

3.2.3 Sammenfatning

Litteraturen viser, at der i Danmark er flere forskellige forsøg med at indføre alternative stuegangsformer som fx behovsstuegang kombineret med patientsamtaler i enerum, hvor patienten taler med sin kontaktlæge. Et sted har man helt afskaffet stuegang, og i stedet benævnes de aktiviteter, som før blev varetaget under stuegang, for lægeopgaver, der kan udføres løbende gennem hele dagen. Generelt viser litteraturen, at der kan opnås positive effekter ved at indføre alternative stuegangsformer, fx større personaletilfredshed, mere rationel arbejdstilrettelæggelse og bedre kontinuitet i patientbehandlingen, men at det er svært at ændre patientrollen til at blive mere aktiv. Desuden påpeger litteraturen, at uanset hvilken stuegangsform, der praktiseres, er det vigtigt med et tværfagligt forum, som udfylder de samme funktioner som før-stuegang (tavlemøde).

Den anvendte litteratur beskriver aktørernes forskellige oplevelser af stuegang. I et studie giver patienterne udtryk for at få tilstrækkelig information om behandling, undersøgelser og sygdom, mens en del af plejepersonalet mener det modsatte. Et andet studie viser imidlertid, at patienterne gerne vil have mere information om deres behandling og sygdom. Desuden lægger patienterne vægt på, at der under stuegangsrunden er kontinuitet i forhold til personalet, at personalet udviser kendskab til og interesse for dem, og at det er muligt at indgå i dialog med det stuegangsgående personale.

To studier viser, at sygeplejerskerne oplever patienterne som passive, og at de gerne vil have dem til at være mere aktive, fx ved at stille flere spørgsmål under stuegangsrunden. Ifølge sygeplejerskerne kan en større aktivitet blandt patienterne opnås ved at gennemføre stuegangsrunden som samtaler i enrum og ved at informere patienterne tilstrækkeligt om deres behandling og sygdom.

Tre studier beskæftiger sig med lægers og sygeplejerskers positioner i stuegangsaktiviteterne. De påpeger alle, at lægen har hovedrollen under stuegangsrunden. Lægens rolle består hovedsagelig i at træffe medicinske beslutninger, og lægen har primært fokus på patientens fysiske krop. Hvor det ene studie fremhæver sygeplejerskerne som passive med begrænset indflydelse på stuegangens forløb, viser det andet studie, hvordan sygeplejerskernes tilsyneladende passive rolle rummer mulighed for stor indflydelse på behandlingsmæssige beslutninger. Det tredje studie fremhæver lægens afhængighed af sygeplejerskernes observationer i sit diagnostiske og behandlingsmæssige arbejde. Ligeledes fremhæver dette studie journalens centrale og aktive rolle som lægens samtalepartner i stuegangen.

3.3 Litteratur om EPJ i stuegang

I det følgende gennemgås litteratur, der omhandler EPJ og stuegang. I litteraturgennemgangen anvendes litteratur om danske forhold, som omtaler og behandler: 1) EPJ og stuegang, 2) EPJ's indflydelse på patient, organisation, arbejdsgang/patientforløb/effekt, og 3) EPJ og økonomi/ressourceforbrug/effekt. Konkret refereres til videnskabelig litteratur samt EPJ-evalueringsrapporter fra forskellige amter. Indledningsvis gives en meget kort introduktion til, hvad EPJ er.

3.3.1 EPJ

Vedtagelsen af den Nationale IT-strategi for sundhedsvæsenet 2003-2007 (28) indebærer, at elektroniske patientjournaler (EPJ) skal udvikles og indføres over en bred kam i det danske sundhedsvæsen. Der er fuld enighed herom mellem regeringen, de centrale sundhedsmyndigheder og kredsen af sygehusejere. Det er yderligere anført i økonomiaftalen 2003 mellem regeringen og amterne, at alle sygehuse inden udgangen af 2005 skal have indført elektroniske patientjournaler baseret på fælles standarder.

Der findes ikke en entydig definition, som er dækkende og alment accepteret af, hvad EPJ præcist er. Men forventningen til et EPJ-system er, at det er en »*allestedsnærværende informationscontainer med patientens data, der sikrer adgang for alle interessenter i og omkring patientens situation*« (29). For de daglige arbejdsgange på hospitaler er ideen med EPJ, at:

- patientens journal altid er til stede ved nærmeste »skærm«
- information og data kun skal inddateres én gang
- opsætning og præsentation af data er filtreret og sat i kontekst, således at det giver overblik og støtte til beslutninger
- resultater fra »fødesystemer« automatisk er overført elektronisk til journalen.

3.3.2 Gennemgang af litteratur om EPJ i stuegang

Signe Svenningsen (30) tager i sin ph.d.-afhandling udgangspunkt i, at den store offentlige investering i EPJ bør følges af viden og ikke blot antagelser om, hvordan EPJ påvirker medicinsk praksis. Afhandlingen er resultatet af et flerårigt forskningsprojekt om betydningen af indførelsen af EPJ for udøvelsen af medicinsk praksis. Undersøgelsesfeltet er Medicinsk Storafsnit på Svendborg Sygehus, hvor en tværfaglig EPJ har været en del af dagligdagen siden 1999. Læger, sygeplejersker og sekretærer er fulgt i det daglige arbejde og efterfølgende blevet interviewet om, hvordan EPJ optræder som en del af arbejdet, og hvordan den medicinske praksis har ændret sig fra tidligere. To spørgsmål er gennemgående i afhandlingens kapitler: »Hvordan udføres medicinsk praksis med EPJ?« og »hvilke konsekvenser har EPJ for de forskellige aktører?«.

Blandt initiativtagerne til EPJ på Svendborg Sygehus var forventningen, at den ny teknologi ville bidrage til at fremme samarbejde og kommunikation mellem faggrupper, mindske antallet af »fejl« og skabe bedre dokumentation af især sygeplejen. Feltstudierne på Svendborg Sygehus viser imidlertid, at EPJ ikke har ført til radikale og tydelige forandringer. Snarere har introduktionen af EPJ medført en omorganisering af små, ofte upåagtede arbejdsopgaver og samarbejdsrelationer, hvilket på længere sigt dog kan vise sig at have større konsekvenser for de faglige roller og relationer – og for sundhedsfaglig praksis. Forskningsprojektet peger bl.a. på at:

- EPJ forstærker skriftlig interaktion mellem personalet (formulering og læsning af skriftlige informationer) på bekostning af mundtlig interaktion.
- EPJ forstærker det medicinske perspektiv på patienten på bekostning af andre perspektiver såsom et psykosocialt perspektiv.
- EPJ fjerner visse typiske kilder til »fejl« (eksempelvis medicineringsfejl og journalfejl), men introducerer nye typer af risici (fx problemer med overblik over journalen) og dilemmaer (fx mellem at sikre flow i arbejdet versus at sikre dokumentation af praksis).

I afhandlingen vises, hvordan menneskelige og ikke-menneskelige aktører spiller sammen og medfører en stærkere koordinering af hospitalsafdelingens aktiviteter. Imidlertid skaber denne øgede koordinering et mere snævert syn på patienten, nemlig som en *bureaukratisk* og *medicinsk sag*. Afhandlingen konkluderer, at det nye organisatoriske netværk omkring EPJ ikke kan garantere en »sikker organisering« eller en fejlfri »medicinsk praksis«, fordi der er modstridende hensyn og indbyggede dilemmaer i forbindelse med håndtering af patientdata og koordinering på tværs af vagter.

Evalueringsrapporter fra forskellige amter redegør for konkrete erfaringer med EPJ i forbindelse med stuegang. I den 5. evalueringsrapport (31) af SHIFT-EPJ projektet i Sygehus Fyn beskrives, hvordan der med indførelsen af EPJ blev »eksperimenteret« med forskellige stuegangsformer. Først og fremmest skete der en ændring fra dagligt tilsyn af patienter hen imod behovsstuegang. Dette har skabt to nye stuegangsformer:

- Konsultationsstuegang, hvor patienten kommer til en samtale med lægen og sygeplejersken i enrum
- Kontorstuegang, hvor lægen »tilser« patienten via journalen på skærmen og vurderer, om der er behov for en samtale med patienten

Den mest udbredte stuegangsform er dog stadig den traditionelle, hvor lægen kommer til patienten på stuen. Forskellen fra tidligere er, at lægen ikke har en journal med. Lægerne vurderer, at de med EPJ skal bruge mere tid til forberedelse, inden de går ind til patienterne. Nogle angiver, at de ser

det som en fordel, at de ikke har journalerne med rundt på stuerne, da de får en bedre og mere direkte kontakt med patienterne. Andre læger ser det som en klar forringelse af patientkontakten, at de ikke har mulighed for at søge informationer i journalen under stuegang og dermed »forberede sig« hos patienten. Hvis de eksempelvis ikke kan huske alle detaljer i hovedet eller ikke kender en patient godt, er EPJ et dårligt arbejdsredskab under stuegang. Generelt anvender lægerne EPJ som et *hukommelsesredskab*, der sikrer, at de rette informationer er til stede ved stuegang i forbindelse med fx diagnosticering og medicinering. Læger og sygeplejersker på Sygehus Fyn Svendborg mener, at der med EPJ er mindre tid til patienten ved stuegang. De peger på risikoen for, at patienten glemmes, og at stuegangen for ofte sker på kontoret, hvor patientinformationerne kan ses på skærmen. Sygeplejerskerne fremhæver dog, at EPJ giver et bedre overblik over patienten i forbindelse med stuegang.

En evalueringsrapport fra Horsens Sygehus (32) påpeger, at:

- EPJ indbyder til, at personalet ikke tænker nok selv og glemmer at forholde sig kritisk til data
- EPJ gør det vanskeligere at gå stuegang, idet data, som kunne besvare uventede spørgsmål fra patienten, ikke er ved hånden
- EPJ kan resultere i »spøgelsesstuegang«, hvor personkontakt til patienter minimeres.

Evalueringsrapporten om indførelse og effekt af EPJ på afdelingen giver et delvist andet billede af stuegang med EPJ (32). Den fremhæver, at forberedelsen af stuegang med EPJ er en problemorienteret drøftelse af den enkelte patient, og at personale/patient-situationen er præget af »menneskesnak« frem for fagtermer. Det forhold, at journalen ikke længere er med på stuegangen, betyder, at man kan give patienten mere opmærksomhed.

En evalueringsrapport fra Medicinsk afdeling B på Give Sygehus (33) beskriver, hvordan EPJ-projektet gav anledning til ændring af den traditionelle stuegang med sigte på at sikre patienternes integritet. Med ønske om at få stuegangen ud af stuerne ved at lade patienten komme til lægen blev oprettet to stuegangsrum. Yderligere blev der anskaffet to stuegangsvogne med en topplade til bærbar pc for på den måde at sikre tilgængelighed til information i forbindelse med stuegangen hos sengeliggende patienter. Blandt lægerne er der enighed om, at det kræver disciplin at få stuegangen afviklet inden for en rimelig tidsperiode, når den foregår i enrum. Det kræver en særlig teknik at få afsluttet stuegangen, når man ikke fysisk kan bevæge sig væk. Tiden inden næste patient benyttes af lægen til diktat og bestilling af diverse prøver via EPJ. Ved sengeliggende patienter orienterer lægen og sygeplejersken sig sammen i journalen, inden patienten tilses. Derefter vender personalet tilbage til stuegangsrummet og afslutter. For lægerne har EPJ bidraget til et svækket overblik over den enkelte patient. Det er svært at »læse baglæns« i EPJ, da man kan søge oplysninger mange steder, og læsevenligheden er betydeligt ringere på skærm end på papir. Overskueligheden i medicinmodulet er ringe, specielt er det svært at overskue ændringer (33).

Endelig skal nævnes en evalueringsrapport fra Medicinsk og Intensiv afdeling på Kolding Sygehus (34). Rapporten beskriver ikke specifikt stuegang og EPJ, men resultaterne er medtaget i det følgende, fordi afdelingen er en af tre afdelinger, som er blevet analyseret i forbindelse med MTV af Medicinsk Stuegang. En overvejende del af personalet på Medicinsk afdeling i Kolding vurderer, at EPJ har gjort det lettere at finde den nødvendige information i journalen. 41% mener imidlertid, at EPJ har givet mindre overblik over selve patientforløbet, mens 29% mener, at overblikket er forøget. Blandt plejepersonalet vurderer 57%, at de har fået større overblik over patientforløbet. Der er enighed om, at EPJ ikke har ændret patientkontakten i forbindelse med stuegang. I relation til den specifikke sygeplejedel af EPJ mener 63% af plejepersonalet, at det er blevet lettere at få overblik over patientens behov og problemer. 41% af plejepersonalet mener, at der skrives mindre. Halvdelen af plejepersonalet vurderer, at den faglige kvalitet er øget, og den øvrige halvdel mener, at kvaliteten er uændret. Dette kunne tyde på, at kvaliteten af den skriftlige dokumentation generelt er blevet bedre. Generelt vurderer en overvejende del af plejepersonalet, at det er blevet lettere at dokumentere patientens pleje og behandling.

Samlet set peger de forskellige brugere (læge, sygeplejersker, sekretærer) på flere af de velkendte rationaliseringsgevinster som væsentlige *fordele* ved EPJ: Journalen er altid til stede, flere kan bruge EPJ på samme tid, EPJ er et fælles arbejdsredskab, hvor alle har adgang til hinandens oplysninger, samt at data er læsbare og samlet ét sted. Som de største *ulemper* ved EPJ nævner brugerne opbygningen af EPJ, der gør det vanskeligere at skabe sig et overblik og medfører et større tidsforbrug ved EPJ, samt problemer når systemet er »nede« (34).

3.3.3 Sammenfatning

EPJ i forbindelse med stuegangen har i et begrænset omfang afstedkommet nye stuegangsformer. Det skyldes bl.a., at lægerne flere steder har besluttet ikke at ville have EPJ-systemet med på stuegangsrunden. Dels har de tekniske muligheder herfor ikke været til stede, dels har de følt, at det ville tage for meget opmærksomhed fra patienten. Der er blevet eksperimenteret med konsultationsstuegang, hvor patienten kommer til lægen, og kontorstuegang hvor lægen forbereder stuegangen inden mødet med patienten. Generelt udtaler lægerne, at de er nødt til anvende mere tid på forberedelsen inden selve stuegangsrunden. Når journalen ikke er med på stuegangsrunden, opstår der situationer, hvor spørgsmål fra patienten ikke kan besvares uden adgang til EPJ.

En af gevinsterne ved EPJ skulle være, at alle informationer vedrørende en given patient er samlet et sted. Det stiller til gengæld krav om, at der kan skabes overblik over disse mange informationer. Her er der et stort forbedringspotentiale for de kommende generationer af EPJ-systemer, da mange brugere ikke er tilfredse med de eksisterende 1. generationssystemers muligheder for at give klinikerne dette altafgørende overblik over patientinformationerne. Der bruges generelt for megen tid på at manøvrere rundt i EPJ for at være sikker på, at der ikke er overset noget.

Med hensyn til patientkontakt i forbindelse med stuegang synes der at tegne sig et samlet billede af, at EPJ ikke medfører mere tid hos patienterne. Nogle studier peger på, at EPJ skaber risiko for, at patienten betragtes som en medicinsk og bureaukratisk sag. Andre undersøgelser fremhæver, at fraværet af journal i kommunikationen mellem sundhedsprofessionel og patient fremmer den menneskelige kontakt. Dette kunne indikere, at teknologien ikke i sig selv har bestemte konsekvenser indbygget, men at teknologiens konsekvenser skal findes i de relationer og allerede eksisterende sociale praksisser, som den indgår i. Kort sagt kan forskellige stuegangsformer skabe forskellige betydninger af EPJ.

4 Teknologi – tre forskellige stuegangsformer

Dette kapitel beskriver teknologien i denne MTV-rapport – nærmere betegnet de tre forskellige stuegangsformer, som udfolder sig på tre intern-medicinske afdelinger i Danmark:

- Den traditionelle stuegang – Københavns Amtssygehus i Glostrup
- Personlig rådgivning – Sygehus Vestsjælland, Medicinsk Center, Kalundborg Sygehus
- EPJ-understøttet stuegang – Kolding Sygehus.

Formålet med kapitlet er at beskrive aktiviteterne i forbindelse med stuegang og arbejdsgangene i de tre stuegangsformer. Denne deskriptive analyse tager primært udgangspunkt i observationerne af stuegang på de tre afdelinger og i skriftligt materiale fra afdelingerne. En egentlig analyse af, hvordan de enkelte stuegangsaktiviteter udfolder sig, præsenteres i kapitel 5.

4.1 Afdelingerne og deres patienter

De medicinske afdelinger på Glostrup, Kalundborg og Kolding sygehuse er relativt ens i størrelse og patientbelægning (jf. Bilag 7), men praktiserer forskellige stuegangsformer. Den følgende beskrivelse og Bilag 7 viser, at de valgte afdelinger er medicinske døgnafsnit med nogenlunde ens normering, hvad angår de fysiske rammer (antal senge og hjælpemidler), læge- og plejepersonale samt sekretærer. Disse fælles karakteristika var netop baggrunden for at lade de tre afdelinger være udgangspunkt for undersøgelsen, da forholdsvist sammenlignelige afdelinger ville gøre det muligt at lade karakteristika ved stuegangsformer, snarere end ved afdelinger, træde synligt frem.

Afsnit M1, Glostrup Amtssygehus – Traditionel stuegang
Afsnit M21 på Glostrup Amtssygehus er et internt medicinsk døgnafsnit med subspeciale i diabetes. Afsnittet er normeret til 20 senge, og der indlægges interne medicinske patienter, herunder patienter med diabetes, astma, kardiologiske sygdomme, infektionssygdomme, lungebetændelse og cancer. Afsnittet modtager ikke ambulante patienter.

Afsnit M3, Kalundborg Sygehus – Personlig rådgivning
Afsnit M3 på Kalundborg Sygehus er et internt medicinsk døgnafsnit med bl.a. subspeciale i diabetes. Afsnittet er normeret til 23 senge, hvor der indlægges intern-medicinske patienter, herunder patienter med endokrinologiske lidelser, cancerpatienter, palliative patienter, patienter med astma, infektionssygdomme, udredningspatienter og patienter med lungebetændelse. Desuden indlægges en del misbrugere i afsnittet. Afsnittet modtager kun sjældent ambulante patienter. De få ambulante patienter, der kommer, er oftest palliative patienter, som allerede er tilknyttet afsnittet (nogle gange via en åben indlæggelse).

Afsnit B1-B2, Kolding Sygehus – EPJ-understøttet stuegang
Afsnit B1-B2 på Kolding Sygehus er normeret til 26 sengepladser. Afsnit B1-B2 får typisk sine patienter via det medicinske visitationsafsnit. Endvidere modtages direkte terminale patienter og infektionsmedicinske patienter, som skal i isolation. Afsnittet modtager ikke ambulante patienter. Sengeafsnittet dækker specialerne infektionsmedicin, lungemedicin, reumatologi og endokrinologi, og der modtages ligeledes patienter med almene medicinske sygdomme.

I Bilag 8 findes en oversigt over aktivitetstal for de tre afdelinger.

4.2 Stuegang: Fællestræk ved de tre stuegangsformer

Alle tre stuegangsformer er organiseret omkring tre hovedaktiviteter: en *før-stuegang,* en *stuegangsrunde* og en *efter-stuegang*. I disse aktiviteter afdækkes de enkelte patienters medicinske problemer, og behandlingsmæssige løsninger søges skabt. Med andre ord produceres der viden.

Før-stuegangen er et møde mellem læger og sygeplejersker, hvor de enkelte patienter gennemgås med henblik på at træffe behandlingsmæssige beslutninger (beskrives mere detaljeret nedenfor). Læger og sygeplejersker udveksler viden om patienternes sygdomsforløb.

Stuegangsrunden består af en samtale mellem læge, sygeplejerske og patient (beskrives mere detaljeret nedenfor).

Efter-stuegangen indebærer en række aktiviteter, hvor læger, sygeplejersker og sekretærer følger op på de beslutninger, der er truffet under før-stuegang og stuegangsrunde. Da efter-stuegangsaktiviteter ikke beskrives indgående i det følgende, skal de kort nævnes her: I efter-stuegangen dikterer læger epikrise på patienter, som skal udskrives, konfererer med seniorlæger om uløste problemer, kontakter praktiserende læger, bestiller tilsyn af speciallæger, checker blodprøvesvar og afklarer udeståender med sygeplejersker. Sygeplejeopgaver under efter-stuegang består fx i at skrive i sygeplejekardex, arrangere udflytning af patienter til daghospital, kontakte hjemmepleje/plejehjem og informere læge om evt. nye observationer.

På hver af de tre afdelinger er tilknyttet sekretærer, som i løbet af dagen foretager administrationsopgaver i forbindelse med stuegang. Det handler bl.a. om at klargøre journaler til stuegang, opdatere blodprøvesvar i journaler, bestille undersøgelser (fx røntgen, gastroskopi, ultralyd) og transskribere dikterede bånd.

Til de tre hovedaktiviteter før-stuegang, stuegangsrunde og efter-stuegang er knyttet en række andre aktiviteter, som dels skal sikre, at de klinikere, der skal arbejde med patienten den pågældende dag, er opdaterede med de nyeste informationer om patienten, dels skal fremme vidensudvekslingen blandt sundhedspersonalet, således at de forskellige klinikeres kompetencer sikrer den »bedste« patientbehandling i den aktuelle situation. Disse aktiviteter er:

- lægernes morgenkonference
- sygeplejerskernes morgen medicinrunde
- sygeplejerskernes fælles morgenmøde/konference
- røntgenkonference (de nyeste røntgenbilleder).

I det følgende beskrives de tre stuegangsformer med særlig vægt på arbejdsgange i forbindelse med før-stuegang og stuegangsrunde. Efter-stuegang inddrages ikke i de følgende analyser, fordi det i praksis er svært at skelne aktiviteterne i efter-stuegang fra de almindelige gøremål og aktiviteter på afdelingen. Efter-stuegangens aktiviteter udføres således ofte samtidig med andre aktiviteter.

4.3 Traditionel stuegang

Stuegangsformen på M21, Glostrup Amtssygehus, kan karakteriseres som en »traditionel« måde at gå stuegang. I den traditionelle form tilses alle patienter af læge og sygeplejerske i dagarbejdstiden. På M21 gennemføres stuegangen af to læger (en senior og en yngre læge) og tre sygeplejersker (gruppeledere der er ansvarlige for en gruppe patienter). Sygeplejerskerne har ikke plejeopgaver, når de er ansvarlige for stuegangen.

Der foregår ingen eksplicit undervisning af yngre læger eller sygeplejestuderende i forbindelse med stuegang. Undervisning af læger sker ved særskilte møder i fælleskonference lokalet.

Nedenfor skitseres de tre hovedaktiviteter, som de forløber i en traditionel stuegangsform på M21. Se også Bilag 9 for en oversigt over de stuegangsrelaterede opgaver i en traditionel stuegangsform.

4.3.1 Før-stuegang

Før-stuegangen består af et møde mellem de stuegangsansvarlige læger og sygeplejersker, hvor alle patienter gennemgås med hensyn til status, resultater, og hvad der skal ske i løbet af dagen. Mange behandlingsmæssige beslutninger træffes på før-stuegangsmødet, men for nogle patienter foreligger der ikke tilstrækkelige oplysninger, hvorfor der ventes med at tage endelig stilling til selve stuegangsrunden, eller til svar på prøver er rekvireret.

Under før-stuegangsmødet præsenterer sygeplejersken status og evt. planer for hver enkelt patient. Lægerne stiller uddybende spørgsmål, træffer beslutninger om diagnose og behandling og ordinerer. I løbet af samtalen ajourfører sygeplejerskerne deres kladdeark med oplysninger om alle patienterne.

Der er ca. 6 patienter i hver plejegruppe. Sygeplejerskerne foretager en fordeling af patienterne mellem sig med henblik på at opnå en nogenlunde ligelig fordeling af plejetyngden. Efter fællesmødet fordeler lægerne patienterne mellem sig og forbereder sig til stuegangen (runden) ved at læse journaler og konferere tvivlsspørgsmål med en senior læge. I modsætning til yngre læger anvender senior læger kun kort tid på journalgennemgangen eller springer den helt over.

4.3.2 Stuegangsrunde

På selve stuegangsrunden tilser læge og sygeplejerske alle patienter hver dag. Ved sengekanten tales med patienten om status og det videre forløb, undersøgelser finder sted efter behov, der foretages ordinationer og behandlingsændringer. Lægen læser/orienterer sig i journalen og ajourfører patientens medicinskema. Sygeplejersken følger nøje med i, om ordinationerne er korrekte. I de situationer, hvor der mangler undersøgelsessvar, forlader sygeplejersken stuen for at undersøge, om der er kommet svar. I forlængelse af samtalen med patienten dikterer lægen til journal. Dette sker enten på stuen eller ude på gangen, inden der fortsættes til næste patient. De fleste problemer løses i forbindelse med stuegang. Udeståender afklares efterfølgende med senior stuegangslæge eller tages med til middagskonferencen.

Efter den sidste patient opsummerer lægen i fællesskab med sygeplejersken, hvad der er aftalt med patienterne under stuegangen, og hvad lægen skal følge op på i løbet af eftermiddagen, fx checke prøvesvar og undersøgelsesresultater.

4.3.3 Efter-stuegang

Der er ingen formaliseret efter-stuegang, hvor man tværfagligt følger op på beslutninger truffet ved stuegangen. Læger og sygeplejersker følger hver især op på beslutningerne i fællessekretariatet, som er et stort lokale, hvor sygeplejesekretæren sidder, og hvor de forskellige sundhedsprofessionelle via pc kan foretage indskrivning af nye patienter, afsnitsoverflytninger og udskrivninger. Er der behov for det, kan læge og sygeplejerske også uformelt drøfte enkelte patienter igen.

4.4 Personlig rådgivning

Stuegang på M3, Kalundborg Sygehus, foregår som personlig rådgivning. Formålet med personlig rådgivning er at opnå en ligeværdig dialog mellem patienten og de sundhedsprofessionelle, som kan give patienten mulighed for selv at beskrive sit sygdomsbillede. Personlig rådgivning skal yderligere styrke kontinuiteten i patientforløbet, undgå forlængelse af indlæggelsestiden og gøre det muligt at planlægge udskrivningen bedre. Se Bilag 10 for en nærmere beskrivelse af konceptet.

En patient med et typisk indlæggelsesforløb på ca. 6 dage tilbydes 1-2 personlige samtaler. Alle patienter tildeles som minimum 2 kontaktpersoner. Minimum én af kontaktpersonerne skal være gennemgående ved de personlige samtaler. Konceptet personlig rådgivning kræver, at samtalen med

patienten kan foregå uforstyrret i et specielt samtalerum – gerne udstyret med et undersøgelsesleje, og hvor det er muligt at køre en sengeliggende patient ind.

I det skriftlige materiale fra afdelingen pointeres, at deltagelse af erfarent personale inden for henholdsvis lægegruppen og sygeplejegruppen er en vigtig forudsætning for, at tavlemødet er effektivt og tilstrækkeligt informativt. Det yngre og mere uerfarne personale kan have ansvaret for den personlige rådgivning, som tager udgangspunkt i tavlemødet med deltagelse af det erfarne personale. Tavlemødet fungerer også som undervisning af yngre læger. Undervisningen tager udgangspunkt i de aktuelle patientforløb.

Se Bilag 11 for en oversigt over de stuegangsrelaterede opgaver i forbindelse med personlig rådgivning.

4.4.1 Før-stuegang

Før-stuegang i stuegangsformen personlig rådgivning består af journallæsning og tavlemøde. Ved journallæsningen gennemgår lægen journalerne for alle patienter på afsnittet. Gennemgangen er ikke styret af, hvilke patienter der skal have personlig rådgivning. Journalgennemgang er ikke specifikt omtalt i konceptet om personlig rådgivning og praktiseres primært i de tilfælde, hvor det er en yngre læge, som skal gennemføre den personlige rådgivning.

Tavlemødet finder sted inden den personlige rådgivning (samtalen med patienten). Inden dette møde går de to sygeplejersker (gruppeledere) en »medicinrunde« blandt patienterne og skaber i løbet af denne et opdateret overblik over hver enkelt patients status. Afhængig af tilstand og/eller ønske fra patienten noteres på »tavleskemaet«, som er et A4-skema med alle afsnittets patienter, om patienten skal visiteres til personlig rådgivning den pågældende dag. Gruppelederne medbringer dette skema til tavlemødet.

Efter journallæsning mødes sygeplejersker og læger til tavlemøde, hvor gruppelederne gennemgår alle patienter én for én på baggrund af tavleskemaet. Nogle af patienterne bliver drøftet indgående – det gælder specielt nye patienter og patienter med særlige problemer. Seniorlægen ajourfører planerne for de enkelte patienter. Der træffes mange beslutninger under tavlemødet – også for de patienter, der ikke skal til rådgivning den pågældende dag. Undervejs følger den yngre læge med i den enkelte patientjournal og noterer emner på en huskeseddel. Er der en senior læge til stede i forbindelse med tavlemødet, er denne automatisk tovholder.

I forbindelse med patientgennemgangen meddeler gruppelederne, om den enkelte patient skal have personlig rådgivning den pågældende dag. Lægerne kan også foreslå bestemte patienter til personlig rådgivning. Der skabes konsensus blandt læger og sygeplejersker om, hvilke patienter der skal til personlig rådgivning.

4.4.2 Personlig rådgivning (stuegangsrunde)

Hele formiddagen har lægen sin »base« i samtalerummet sammen med gruppelederne. Sygeplejersken henter den aktuelle patient ind til samtalerummet, og denne placeres ved siden af sygeplejersken overfor lægen. Det rum, der anvendes til personlig rådgivning i Kalundborg, er også sygehuspræstens lokale. Lokalet er lyst og indeholder et bord med tre stole og en seng. Lægen er typisk placeret på den ene side af bordet, mens sygeplejersken og patienten sidder på den anden.

Det er som regel lægen, der indleder samtalen med at spørge til patientens aktuelle problemer. Sygeplejersken fungerer som støtte for patienten i forbindelse med at fremføre uro, problemer etc., der er årsager til, at patienten er til personlig rådgivning. I de tilfælde hvor patienten er for dårlig til at komme til samtalerummet, gennemføres den personlige rådgivning hos patienten på stuen, hvor der sørges for afskærmning på flersengsstuer.

Efter hver personlig rådgivning foretager lægen og gruppelederen en kort opsummering af samtalen

og aftaler evt. justeringer i patientens planer. Sygeplejersken noterer ændringer på tavleskemaet, og lægen gør notater på en seddel eller dikterer med det samme ændringerne til journalen. Lægen afleverer båndet til lægesekretærerne, inden der fortsættes til næste patient.

Den første personlige rådgivningssamtale er ofte længere end de efterfølgende for den samme patient. Den tidsmæssige længde af de personlige rådgivninger, der gennemføres på den enkelte dag, kan variere meget. Variationen i tid skyldes dels antallet af samtaler, dels antallet af nye patienter blandt de patienter, der samtales med. På to af observationsdagene, hvor der var 10-11 patienter indlagt, blev gennemført 2-3 personlige rådgivningssamtaler. På den tredje observationsdag, hvor der var 19 patienter indlagt, blev foretaget 7 personlige rådgivninger.

4.4.3 Efter-stuegang

Når den sidste personlige rådgivningssamtale er afsluttet, foretager lægen og de to sygeplejersker forskellige opgaver, der er relateret til at følge op på beslutninger truffet under tavlemøde og personlig rådgivning. Generelt virker det, som om tavlemøde, personlig rådgivning og planlægning af patientforløb efter personlig rådgivning »flyder« sammen.

4.5 EPJ-understøttet stuegang

Den EPJ-understøttede stuegang er en traditionel stuegang, hvor lægen tilser alle patienter hver dag på deres sengestue. På afsnit B1-B2, Kolding Sygehus, er stuegangen understøttet af EPJ og »papirjournalen«, som indeholder de elementer af journalen, der endnu ikke er integreret i EPJ. Afdelingens EPJ-system består af et Elektronisk Patientjournal System udviklet af IBM i Sverige i starten af 1992. Systemet hedder IPJ.[11] I IPJ indtastes fx anamnese, medicinering og blodtryk, puls og temperaturværdier. Yderligere kan man via et elektronisk laboratoriesystem (LABKA) rekvirere blodprøvesvar og sende svar til rekvirenter. Og et digitalt dikteringssystem (DICOM) gør det muligt at foretage journaldiktering på lydfiler, der lagres direkte på serveren.

På afsnittet er patienterne opdelt i to plejegrupper. Til hver af de to plejegrupper er knyttet to sygeplejersker, hvoraf den ene er 'gruppeleder'. Der er således i alt fire sygeplejersker om de to plejegrupper. Sygeplejerskerne deltager også i de almindelige plejeopgaver i afsnittet udover opgaverne i forbindelse med stuegang.

To læger går stuegang på hver sin gruppe patienter. Tre gange om ugen går to overlæger stuegang, og to gange om ugen er det en overlæge og en yngre læge.

De to gruppeledere (sygeplejersker), som skal gå stuegang, forbereder sig på kontoret. Før stuegang tilser sygeplejerskerne patienterne og skriver en liste med stikord for hver patient, og der indtastes værdier fra papir huskeseddel i EPJ. Indførelsen af EPJ har medført, at den fælles sygeplejekonference er afskaffet, idet journalen altid er tilgængelig for sygeplejerskerne. Det betyder, at plejepersonalet på afsnittet er henvist til selv at søge information om de enkelte patienter i EPJ. Se Bilag 12 for en oversigt over de stuegangsrelaterede aktiviteter i forbindelse med en EPJ-understøttet stuegangsform.

4.5.1 Før-stuegang

På et fællesmøde mellem læge og sygeplejerske gennemgås den patientgruppe, som hører til den pågældende sygeplejerske. Både læge og sygeplejerske arbejder med patientens journal fra egen pc. Derudover arbejder de med en medicinliste på papir samt et hæfte med undersøgelsesresultater for hver patient. Mange behandlingsmæssige beslutninger bliver truffet ved før-stuegang – fortrinsvis af overlægen sekunderet af sygeplejersken.

11 Der findes mange forskellige former for EPJ, og det system, man vælger at arbejde med, har sandsynligvis specifikke betydninger for vidensproduktionen under stuegang.

Lægen skriver stikord for hver patient på sine lister. I forbindelse med en omhyggelig gennemgang af den enkelte patient ordinerer lægen medicin i EPJ og 'kvitterer' for dette i systemet. Læge og sygeplejerske justerer behandlingsplaner og aftaler udskrivninger. Lægen kontrollerer de sidste notater på hver enkelt patient i EPJ, efterspørger undersøgelsessvar og følger op på undersøgelser og behandling. Lægen dikterer udskrivningsnotat, der samtidig er epikrise og derfor når egen læge samme dag.

Efter at have tilset de enkelte patienter og samlet op på disse (se beskrivelse af stuegang og efter-stuegang nedenfor) holder lægen nyt før-stuegangsmøde med den anden sygeplejerske om dennes patientgruppe, som derefter tilses. På før-stuegangsmøderne træffer overlægerne flere beslutninger end de yngre læger, som kan have en del uløste problemer, der medtages til middagskonferencen.

4.5.2 Stuegangsrunden

I mødet med patienten informerer lægen om de behandlingsmæssige beslutninger, der er truffet på før-stuegangsmødet. Det er ganske få læger, der medtager EPJ ved selve stuegangsrunden. Når EPJ anvendes på stuegangsrunden, bruges en stuegangsvogn med en topplade, hvor den bærbare pc og dikteringsanlægget er placeret. Den er uhåndterlig og tung at manøvrere rundt med. Yderligere kan pc'en kun fungere i ca. 15 minutter, før den skal genoplades. Hvis EPJ er medtaget på stuen, dikterer lægen direkte i EPJ. Er EPJ ikke med, medbringer læge og sygeplejerske den seddel, de har noteret deres beslutninger på. Undervejs gør de notater på sedlen. Sygeplejersken holder sig mest i baggrunden og griber kun ind, hvis patienten ikke forstår lægen.

Der foretages ikke væsentlige ændringer af de planer, der er lagt på før-stuegangen, men enkelte misforståelser korrigeres i forbindelse med patientsamtalen. Informationer fra læge til patient er også forholdsvis begrænsede. Den stuegangsgående læge støtter sig til notater og EPJ i mødet med den enkelte patient. En stor del af kommunikationen omhandler diktering i EPJ og foregår mellem læge og sygeplejerske. Patienten bidrager som oftest ikke væsentligt til samtalen.

4.5.3 Efter-stuegang

Lægen udfører efter-stuegang efter hver stuegangsrunde umiddelbart inden før-stuegangsmødet med sygeplejersken om en ny gruppe patienter. Den sidste efter-stuegang gennemføres oftest efter middagskonferencen. Under efter-stuegangen går sygeplejersken tilbage til patienterne og forklarer, hvad der skal ske, ligesom hun gør notater i plejeplaner og kontakter samarbejdspartnere.

4.6 Sammenfatning af de tre stuegangsformer

De tre stuegangsformer er i udgangspunktet forskellige:

- Den traditionelle stuegang opererer med et tilsyn af alle patienter hver dag, som finder sted på sengestuerne
- Den personlige rådgivning prioriterer, hvilke patienter der skal tilses den pågældende dag – og finder sted i et konsultationslokale
- Den EPJ-understøttede stuegang er en traditionel stuegang, som gør alle informationer om patienten tilgængelige elektronisk.

Den overordnede struktur er dog den samme i de tre stuegangsformer, som alle er organiseret omkring tre hovedaktiviteter: en *før-stuegang*, en *stuegangsrunde* og en *efter-stuegang*. I disse aktiviteter afdækkes de enkelte patienters medicinske problemer, og behandlingsmæssige løsninger søges skabt.

Den traditionelle stuegang og den EPJ-understøttede stuegang er organiseret på samme måde. Disse stuegangsformer indeholder et før-stuegangsmøde, hvorefter alle patienter modtager dagligt tilsyn af stuegangslæge og sygeplejerske. I disse to stuegangsformer er det lægerne, der styrer hele stue-

gangsforløbet frem til afslutningen af samtalerne med patienterne. Sygeplejerskerne har dog en forholdsvis aktiv rolle i den traditionelle stuegang, hvor de på før-stuegangsmødet præsenterer patientens status og under selve stuegangsrunden supplerer lægen i samtalen med patienten.

Modsat den traditionelle stuegangsform medfører den EPJ-understøttede stuegang, at lægerne foretager flere dokumentationsopgaver i form af medicinordinationer og andre ordinationer i forbindelse med forberedelsen af stuegangen. Vægtningen mellem før-stuegang og runden hælder kraftigt til før-stuegangens side, hvilket synes at reducere lægens kommunikation med patienten. Det er vanskeligt at afgøre, om dette skyldes anvendelse af EPJ eller organiseringen af stuegangen som sådan. Sygeplejerskernes opgaver er ikke ændret. Det er stadig dem, der har den primære patientkontakt, og som sammen med læge- og sygeplejesekretærer skal sikre, at lægernes ordinationer udmøntes i rekvisitioner.

Den personlige rådgivning adskiller sig væsentligt fra de to andre stuegangsformer. I denne stuegangsform har sygeplejerskerne et stort ansvar for, hvilke patienter der skal have personlig rådgivning. Sygeplejerskerne samtaler med alle patienter i forbindelse med medicinrunden og finder i den forbindelse ud af, hvilke patienter der har behov for at mødes med lægen den pågældende dag. Den enkelte patient får som regel personlig rådgivning 2-3 gange i forbindelse med indlæggelsen. Patienten mødes i enrum med stuegangslægen og den sygeplejerske, der er ansvarlig for patientens plejegruppe.

I alle stuegangsformer har læge og sygeplejerske forskellige efter-stuegangsopgaver. For lægernes vedkommende drejer det sig om at diktere til journal og konsultere andre lægekolleger. Sygeplejerskerne er ansvarlige for, at lægernes ordinationer rekvireres, medicinordinationer effektueres, samarbejdspartnere kontaktes, og patienter får information om undersøgelser og behandlinger.

Det er karakteristisk for alle stuegangsformer, at de sygeplejersker, der deltager i stuegangen, anvender store dele af deres arbejdsdag på stuegang og stuegangsrelaterede opgaver før og efter selve stuegangen. I den EPJ-understøttede stuegang deltager sygeplejerskerne også i de almindelige plejeopgaver på afsnittet. For lægerne, der går stuegang, forholder det sig anderledes. De er underlagt nogle overordnede strukturer for lægearbejdet på den medicinske afdeling. Det drejer sig specifikt om deltagelse i morgenkonferencen, røntgenkonferencen og middagskonferencen, der er med til at udstikke rammerne for, hvornår og hvordan stuegangsarbejdet udføres i praksis. Derudover kan senior læger have patienter i ambulatoriet om eftermiddagen, hvilket betyder, at de skal have afsluttet de stuegangsrelaterede opgaver på et bestemt tidspunkt.

5 Analyse af patient og organisation

I dette kapitel analyserer vi stuegang som en vidensproduktion, der sigter på at nå en forståelse af det medicinske problem og den behandlingsmæssige løsning. Denne vidensproduktion anskues som en social proces, i hvilken forskellige aktører (læge, sygeplejerske, patient, journal) interagerer og dermed udveksler forskellige former for viden, dvs. forskellige måder at forstå situationen, problemet og løsningen på. Inden for den teoretiske analyseramme, som vi arbejder med, er viden altid viden fra en bestemt *position* og dermed formet af en særlig opmærksomhed på verden (16). Aktører ser verden på en bestemt måde, afhængig af hvilken position de indtager i den sociale orden. En sådan position skabes i sammenhæng med de organisatoriske rammer for aktørernes vidensproduktion. I det følgende beskriver vi først *de organisatoriske rammer for aktørernes positioner i stuegangsprocessen* (afsnit 5.1). Dernæst analyserer vi selve *vidensproduktionen* (afsnit 5.2), som den udspiller sig under før-stuegang og stuegangsrunden. Målet med analysen er dels at nå en forståelse af de forskellige aktørers sociale forståelser af stuegang, som dette kommer til udtryk i stuegangspraksissen, dels at analysere de interaktioner som stuegang består i, og gennem hvilke det behandlingsmæssige og diagnostiske arbejde styres.

5.1 Organisatoriske rammer for vidensproduktion

Aktørernes produktion af viden skabes i samspil med forskellige organisatoriske rammer, der kendetegner sygehusets sociale virkelighed. Organisatoriske rammer skal ikke forstås som konstante objektive strukturer, der eksisterer uafhængigt af aktører, men som rammer, der eksisterer i kraft af aktørernes handlinger (16). De organisatoriske rammer, vi har fundet særligt relevante i forhold til stuegang, og som vi i det følgende vil redegøre for, er a) aktørernes positioner i sygehusets sociale virkelighed, b) tidslige strukturer og c) kravet om medicinsk dokumentation (journalisering). Baggrunden for, at det netop er *positioner*, *tidslige strukturer* og *journalisering*, som vi fokuserer på, er, at både observationer og eksisterende litteratur har peget på, at disse organisatoriske rammer er centrale for aktørernes udførelse af stuegang og dermed for skabelsen af stuegang som en social praksis.

5.1.1 Aktørernes forskellige positioner

Læger, sygeplejersker og patienters positioner er ofte nært forbundet med deres forskellige kompetencer, pligter, interesser og rettigheder,[12] som giver dem et særligt perspektiv på verden og er med til at forme deres handlinger. I hospitalsverdenen er lægens og sygeplejerskens position i høj grad defineret af arbejde, mens patientens position ofte er defineret af truet eksistens. Alle parter har således hver deres videns- og erfaringsbaggrund (20), som former deres bidrag til vidensproduktionen. Det betyder, at læger, sygeplejersker og patienter har forskellige perspektiver på, hvad der er relevant at vide og gøre i forhold til at nå det fælles mål om at gøre patienten rask. En fælles forståelse af patienternes problemer er således målet med det tværfaglige arbejde. Sygehusets sociale orden definerer imidlertid bestemte handlerum for det enkelte individ, både for patient og professionel, og for mødet imellem dem.

Lægers position

Lægens position er overordnet kendetegnet ved, at lægen har det juridiske og kliniske ansvar for patientens behandling. Lægen skal udrede patienten for sygdom, stille diagnose og træffe beslutning om behandling (9). Lægens fokus er derfor overvejende på patientens fysiske krop, der hvor sygdommen kommer til udtryk. Læger er uddannet inden for et biomedicinsk paradigme, hvor den syge krop hovedsagelig betragtes som et medicinsk objekt (36), og læger bidrager derfor primært til

12 Patientens rettigheder består fx i fritagelse fra de normale sociale forpligtelser og i retten til omsorg, mens patientens forpligtelser består i at ønske at blive rask, hvilket skal udtrykkes i handling og i at opsøge og acceptere professionel behandling. Lægens forpligtelser består dels i at definere problemet, dels i at afgøre hvilken behandling der er bedst for patienten (35).

vidensproduktionen med medicinsk viden[13] om diagnoser (sygdomme) og behandling. Under stuegang kommer lægernes biomedicinske fokus fx til udtryk ved, at de tillægger journalen og de forskellige prøvesvar stor betydning for vidensproduktionen, og at de i mødet med patienten kigger efter fysiske symptomer. Læger interesserer sig også for at kommunikere med patienten, måske især fordi patientens formidling af sygdomserfaring er centralt i lægens udredningsarbejde.

Stuegang kan anskues som lægens arbejdskammer (9). I dette arbejdskammer er ikke kun journalen og lægens egne observationer af patienten betydningsfulde, men også sygeplejerskernes observationer og patientens erfaring af sygdom er centrale. Sygeplejerske og patient bliver – set fra en lægeposition – formidlere af patientens tilstand og er dermed centrale aktører i det diagnostiske og behandlingsmæssige arbejde (9). En anden vigtig opgave for lægen i forbindelse med stuegang er at autorisere beslutninger om diagnose og behandling ved at afgøre, hvad der skal stå om patienten i journalen. Observationer af stuegang viser, at en stor del af den medicinske viden om patienten udelukkende produceres med udgangspunkt i journalen og gennem dialog med sygeplejersker.

Sygeplejerskers position

Den form for viden, som sygeplejersker bidrager med til vidensproduktionen, kan betegnes som »socio-medicinsk« og skabes i sygeplejerskernes relation til patienterne. Socio-medicinsk viden består for det første i basal medicinsk viden om fx patientens temperatur, blodtryk, symptomer og væskeindtag. For det andet består den i kendskab til patientens sygdomserfaring, hvilket også inkluderer viden om psykosociale forhold som fx patientens angst, bekymringer og familieforhold. Gennem dialog med og observation af patienterne skaber sygeplejerskerne viden om patienternes fysiske tilstand såvel som psykosociale forhold. De interviewede sygeplejersker lægger vægt på at være i tæt kontakt med patienterne og opfatter sig selv som dem, der kender patienterne bedst (sygeplejerskeinterview, Kalundborg). Sygeplejerskerne fremhæver deres kendskab til patienternes behov (både medicinske og psykosociale) som afgørende for at kunne fremme behandling og pleje. De opfatter deres arbejde som en kontinuerlig vurdering af, hvad der er på spil hos den enkelte patient. Yderligere er sygeplejersker opmærksomme på at transformere medicinske beslutninger til en hverdagslivskontekst for på denne måde at få patienten til at forstå behandlingen og føle ansvar for den (se afsnit 5.2). Denne transformator-rolle udtrykkes i praksis ved, at sygeplejerskerne efter stuegangen bl.a. taler med patienterne om de medicinske beslutninger og sørger for at ordne de praktiske forhold vedrørende udskrivelser. Sygeplejerskernes position er således præget af at fungere som forbindelsesled mellem medicinsk viden og patienternes erfaringsverden.

I arbejdet med at skabe forbindelser mellem patientens verden og sygehusverdenen befinder sygeplejerskerne sig i en position, der er kendetegnet af både selvstændighed og afhængighed. Selvstændighed fordi sygeplejerskerne på egen hånd planlægger og udfører forskellige arbejdsopgaver. Afhængighed fordi sygeplejerskerne i forhold til effektuering af de medicinske beslutninger er afhængige af, at lægerne udfører deres ordinationer og træffer de medicinske beslutninger, som er med til at definere sygeplejerskernes arbejde (se afsnit 5.1).

Ligesom Svendsen-Tune (10) og Lund (6) viser i deres studier, er sygeplejerskernes position præget af et ideal om, at patienter helst skal tage aktivt del i vidensproduktionen, dvs. kommunikerer og involverer sig i samtalen med lægen (sygeplejerskeinterview, Kalundborg). De betragter det som uheldigt og uetisk, når behandlingsmæssige beslutninger udelukkende træffes under før-stuegangen, dvs. inden mødet med patienten (sygeplejerskeinterview, Kalundborg og Kolding), ligesom begrænset tid hos patienterne opleves som en daglig frustration i plejearbejdet. Sygeplejerskerne tillægger således mødet med patienten stor betydning for vidensproduktionen, og deres perspektiv på vidensproduktion handler om at se patienten som en hel person og at få denne til at deltage i samt forstå kommunikationen om den syge krop.

13 Medicinsk viden ses inden for den anvendte teoretiske ramme ikke som en uafhængig og konstant størrelse, men som noget der skabes løbende i samspil med den konkrete viden, som lægen i forbindelse med morgenkonference, før-stuegang og i mødet med patienterne erhverver om deres symptomer og anamnese.

Patienters position

Patientens position er karakteriseret ved tab af kontrol over bl.a. tid, rum og krop. Når en person bliver indlagt, fratages denne sine sociale roller og forpligtelser i sit hverdagsliv i samfundet uden for sygehuset (37). I stedet indgår individet i sygehuskulturens fælles betydningsunivers og sociale orden, hvor det er sygehuset, der varetager og kontrollerer basale livsforhold som tid, rum, sprog, viden og krop.[14] Patienten giver således afkald på kontrol over en række områder, der fra et eksistentielt synspunkt opfattes som grundlæggende for at opleve sig selv som et autonomt menneske (37). Afdelingens rutiner og arbejdsgange bestemmer, hvornår patienterne skal spise, hvad de skal spise, hvornår de skal stå op, og hvad deres dag skal indeholde af undersøgelser osv. Patienterne er ikke herre over, hvad der skal ske med dem; de overgiver deres kroppe til de professionelle og er afhængige af, at de professionelle giver dem den mest optimale behandling. Dette betyder, at patienterne – for at bevare håbet om at blive raske – må have tillid til, at de professionelle gør deres arbejde ordentligt. Dette afhængighedsforhold vanskeliggør, at patienten kan forholde sig kritisk til de sundhedsprofessionelle under sin indlæggelse.

Patienters perspektiver på sygdom adskiller sig fra de professionelles perspektiver på sygdom ved at være kendetegnet ved en logik, der er forbundet med patientens livssituation og hverdagsliv (38). Dette kan anskueliggøres med det forhold, at kroppen både opleves som subjekt (kroppen de er) og som objekt (kroppen de har).[15] Mennesket har således to forskellige tilgange til kroppen, hvor den ene er oplevelsen af at have en krop. I denne tilgang forholder personen (her patienten) sig til sin krop som en fysisk krop. Kroppen betragtes som et redskab, og fokus er rettet mod kroppens sociale status, formbarhed og beherskelighed. I den anden tilgang *er* mennesket sin krop, og det at være en krop refererer til den subjektive fornemmelse af at være i en krop og følelsen af, at man er udleveret til sin krop (38). I en hospitalssammenhæng refererer vi til de to forskellige tilgange til kroppen som henholdsvis »den fysiske krop« og »den levede krop«. Patienternes forståelse og erfaring af sygdom tager primært udgangspunkt i den levede krop, og deres udgangspunkt for at forstå og forholde sig til sygdom er lidelsen, dvs. den individuelle og hverdagskulturelle betydning af sygdomme (39). Lægens forståelse af sygdom tager derimod udgangspunkt i den fysiske krop. I forbindelse med stuegang er det lægen, der har monopol på viden om den fysiske krop, mens patienten er ekspert på den levede krop, dvs. erfaringen af at være syg. Patienten bidrager således til vidensproduktionen med viden om, hvordan det er at være syg, og hvilke konsekvenser en given medicinsk beslutning har for patientens hverdagsliv. Denne viden udtrykker patienten som oftest til sygeplejerskerne i forbindelse med det daglige plejearbejde (observationer og sygeplejerskeinterviews Glostrup, Kolding og Kalundborg).

5.1.2 Tidslige rammer

Tid er en af grundparametrene for menneskelig handling, idet tid spiller en afgørende rolle for individets selvopfattelse, for dets organisering af hverdagslivet, og for hvordan livet opleves (37). På sygehuse er arbejdet inddelt i tidssekvenser med komme- og gå-tider, registrering af indlæggelsestid samt bestemte tidspunkter for temperaturmåling, og begreber som kronisk og akut udtrykker tillige en tidslig betragtning af sygdom. Aktiviteten stuegang er også inddelt i tidssekvenser med faste tidspunkter for, hvornår før-stuegangen og stuegangsrunden starter og slutter.[16] Sygehusets rutiner og organisering af tid bevirker, at patienter såvel som læger og sygeplejersker er underlagt bestemte, kollektive tidsstrukturer, der er med til at styre og sætte grænser for, hvad der kan siges og gøres (4). I det følgende analyseres, hvordan henholdsvis patienter, sygeplejersker og læger erfarer tid i forbindelse med stuegang. Disse erfaringer har betydning for, hvordan de handler i forbindelse med stuegang.

14 Patienterne bruger en stor del af deres psykiske ressourcer til at gennemskue og tilpasse sig fremmede fysiske omgivelser og et organisatorisk system, der kan være vanskeligt at få overblik over eller forstå som rationelt eller logisk, fordi det følger sine egne regler, strukturer og udnyttelse af tid (37).

15 Denne skelnen mellem at være og at have en krop er en analytisk skelnen og derfor ikke nødvendigvis en bevidst skelnen hos patienterne.

16 Disse tidspunkter overholdes dog sjældent, hvilket er medvirkende til frustration hos de professionelle, som oplever et tab af kontrol over deres tid.

Tidslige rammer for patienters stuegangsaktiviteter

Alle patienter på de tre medicinske afdelinger oplever meget ventetid. De kender fx ikke på forhånd det præcise tidspunkt for stuegang, hvilket betyder, at de befinder sig i venteposition op til en hel formiddag, hvormed de professionelle reelt beslaglægger væsentligt mere af patientens tid end det, der svarer til stuegangens varighed (37). Ventetid og ophugning af tid i intervaller, der er fremmede for den enkelte, fratager således patienten kontrol over sin tid og dermed autonomien til at kunne handle frit (37). De tidslige rammer placerer patienterne i en konstant venteposition, hvor de er frataget muligheden for selvstændigt at initiere handlinger, hvilket kan tænkes at fremme passivitet blandt dem.[17]

Vores observationer viser, at lægerne uden videre kommer ind på stuerne for at gå stuegang, uanset om patienterne fx sidder og spiser frokost. Når lægen først er på stuen, så må patienten være parat. Ligeledes har vi observeret, at hvis patienten ikke er til stede på stuen, når lægen går stuegang, springes den pågældende patient i nogle tilfælde over. I sådanne handlinger udtrykkes, at lægens tid er vigtigere end patientens. Lægens tid betragtes som en knap ressource, hvorimod patienternes tid er i overflod.

En oplevelse af manglende kontinuitet karakteriserer også patienternes oplevelse af stuegang, hvilket er påpeget i Lunds studie (6). Det er ofte forskellige læger, der går stuegang, hvilket betyder, at stuegang kan udforme sig forskelligt fra dag til dag. Nogle læger har meget travlt og lægger ikke op til den store snak med patienten, hvorimod andre giver sig bedre tid og sætter sig ned for at tale med patienten. Lægernes uensartede handlinger afstedkommer forskellige forventninger til patienten, hvilket kan gøre dem forvirrede og skærpe deres følelse af tab af kontrol over stuegangssituationen. »*Der får man så fornemmelsen af, at lægen her gerne vil have mig til at sige noget mere. Men det kan han ikke bare forlange. (...) For hvorfor skal jeg pludselig vende op og ned på mig selv for det. (...) Det er ligesom, når man synes, at andre stuegange, så er det bare af sted, og så lige pludselig sidder han der. Og jeg ved ikke, jeg havde måske på fornemmelsen, at han godt ville snakke noget mere, men jeg kunne ikke finde ud af det*.« (Maren, Kolding). Denne læge vil øjensynlig gerne have patienten til at sige noget mere, fx stille spørgsmål eller fortælle om, hvordan hun har det, men patienten kan ikke finde ud af det, fordi nogle læger ikke forventer det af hende, mens andre læger gør. Kontakten mellem læge og patient er således personafhængig, hvilket Kjerholt (5) også fremhæver i sit studie. Desuden kan de forskellige læger, som patienten møder, have forskellige meninger om, hvad der skal ske med patienten. På spørgsmålet om det generer hende, at det er en ny læge, der går stuegang hver dag, svarer denne patient: »*Nej. Ikke andet end altså hver især har jo deres mening. (...) Altså det synes den ene, det er bedre vi gør det på den måde. Den anden siger, nå men det er nok bedre, vi gør det på den måde. Selv om jeg er ikke utryg ved det. Det vil jeg ikke sige. Det er jeg ikke. Til syvende og sidst så får de jo samme resultat. De læser jo det samme*.« (Kirsten, Glostrup). Mellem linierne kan man fornemme, at patienten er forvirret over de mange forskellige læger, hun konfronteres med, men at hun til sidst får overbevist sig selv om, at hun alligevel har tillid til, at lægerne gør deres bedste.

Patienterne oplever således både en mangel på kontrol over tid og en mangel på kontinuitet i deres kontakt med lægerne. Disse vilkår gør det svært for patienterne at formidle viden om den levede krop til lægen. Yderligere betyder lægens biomedicinske perspektiv på patienten, at patienten ikke blot føler sig uvidende om, hvad der er interessant at vide for lægen, men også let får en oplevelse af, at viden om egen sygdomserfaring er perifer i forhold til stuegangens vidensproduktion.

Tidslige rammer for sygeplejerskers stuegangsaktiviteter

Sygeplejerskerne befinder sig ofte i en position, hvor de ikke kan effektuere og koordinere de beslutninger, der er truffet under stuegang, før lægen fx har fået fat i de sidste prøvesvar eller ordineret medicin. »*Man går tit og siger til sig selv: kommer lægen tilbage, kommer lægen tilbage, fordi*

17 Det kan fx være svært for patienten at fastholde en tanke i flere timer eller kalde den frem på kommando, og derfor går mange af patientens spørgsmål til lægen i forbindelse med stuegang i glemmebogen, mens (vente) tiden går (37).

man har en masse bolde oppe i luften, som man kun kan bruge lægen til at slutte.« (sygeplejerskeinterview, Glostrup). Sygeplejerskerne oplever et tab af kontrol over deres tid, idet deres arbejdsopgaver afhænger af lægens beslutninger.[18] Sygeplejerskerne har heller ikke kontrol over, hvor lang tid stuegangen varer. Varigheden af før-stuegangen afhænger bl.a. af, hvilken læge der går stuegang. Nogle læger, typisk de erfarne læger, er hurtige til at gennemgå patienterne, mens andre, typisk de mere uerfarne læger, har svært ved at træffe beslutninger og har brug for mere tid til at danne sig et overblik over patienterne, hvorfor før-stuegangen risikerer først at slutte over middag. Trækker stuegangsaktiviteterne ud, kan det betyde, at sygeplejerskerne ikke når at effektuere de medicinske beslutninger den samme dag. Eller at der går endnu en dag eller to, før en patient bliver udskrevet, fx fordi nødvendige aftaler skal indgås med kommunernes hjemmepleje, som ofte har telefontræffetider, der ikke passer ind i en medicinsk afdelings dagsprogram. Dette kan betyde, at liggetiden for nogle patienter kan blive forlænget.

På Kalundborg Sygehus (personlig rådgivning) har sygeplejerskerne forsøgt at genvinde kontrollen over deres tid ved at indføre faste klokkeslæt for, hvornår før-stuegang skal være færdig, og hvornår selve stuegangsrunden skal starte og slutte. Det har dog ikke været nogen succes, idet tidsplanen gang på gang skrider: »*Det store problem er tidshorisonten i det [stuegang]. Det skrider fuldstændig. Som i går, hvor der er 20 [patienter], hvor den ene gruppe har 6 patienter og den anden har resten. Der når den ene stort set ikke at starte på personlig rådgivning, inden hun går hjem kl. 14:30 (...). Der ligger et problem for nogen [læger] at prioritere deres tid: »Nu må jeg tage de her opgaver, der fx ligger i rådgivning«. Tage dem, gøre dem færdig, så kan du [sygeplejersken] gå ud og gøre det, du skal, så kan jeg ringe bagefter eller skrive epikriserne bagefter. (...). Jeg synes i hvert fald, det er frustrerende, når man går hjem kl. 14:30 og har set 2 patienter, og jeg ved, at jeg efterlader en bunke på måske 5-7 patienter, som der ikke overhovedet er taget hånd om*.« (sygeplejerskeinterview, Kalundborg).

Set ud fra et tidsligt perspektiv er mangel på kontinuitet, først og fremmest i forhold til patienterne, et gennemgående tema i sygeplejerskernes oplevelse af stuegang. En sygeplejerske fortæller i forbindelse med observationsstudiet, at hun helst vil have været ude ved patienterne, så hun kender dem, når hun skal være gruppeleder og derfor gå stuegang. Men har hun været væk et par dage fra afdelingen, er det svært at nå at få overblik over fx 14 patienter. Hun foreslår derfor, at man kan gøre forberedelsestiden i forbindelse med før-stuegangen kortere ved at sørge for en vis kontinuitet i vagtplanen (fx 3-4 dagvagter i træk), så sygeplejersken kender patienterne. Desuden ønsker sygeplejerskerne mere kontinuitet i forhold til lægernes handlinger omkring det at gå stuegang. »*Det er jo også, fordi hos os har vi måske den samme læge max 1 gang om ugen. Det er sjældent, vi har den samme, der kommer hver uge. Så mister man kontinuiteten. Det er meget individuelt, altså hvilken læge det er. Den ene gør det på den ene måde, den anden på en anden. Sådan er det meget oppe hos os. Når det er en bestemt læge, så holder vi slet ikke noget formøde, der går vi bare ind, og han har heller ikke forberedt sig, der foregår det bare ud fra vores [viden]. Og en anden sidder og læser det hele først selv, og så holder vi tavlemødet*.« (sygeplejerskeinterview, Kalundborg). Citatet viser, at sygeplejerskerne har forskellige roller, i og med at der forventes noget forskelligt af dem, afhængig af hvilken læge der går stuegang. Denne manglende kontinuitet i stuegangspraksissen er frustrerende for sygeplejerskerne, måske fordi det understreger deres afhængighed af lægerne, når de skal tilpasse sig lægernes måde at gå stuegang på, også selv om de synes, det er en dårlig måde at gøre det på.

Tidslige rammer for lægers stuegangsaktiviteter

I lighed med patienter og sygeplejersker oplever lægerne et tab af kontrol over deres tid i forskellige situationer. Én situation er i forbindelse med indførelsen af en elektronisk patientjournal, som lægerne oplever som noget, der lægger uhensigtsmæssigt meget beslag på deres tid. En anden situation, hvor lægerne oplever, at de bliver frarøvet tid, er, når de pårørende kræver at tale med lægen. På Kalundborg Sygehus oplever lægerne, at der ikke er sat tid nok af til, at man kan gennemføre det oprindelige koncept om personlig rådgivning. De yngre læger oplever, at tavlemødet (før-stue-

18 Sygeplejerskerne befinder sig også i en venteposition under før-stuegangen, idet lægerne ikke forbereder sig inden før-stuegang, hvilket sygeplejerskerne som regel gør. Dette giver ventetid for sygeplejerskerne, der sidder og venter på, at lægen får læst de forskellige patienters journaler.

gangen) ofte er fortravlet – og nogle dage eksisterer det slet ikke. De er meget interesserede i dette tavlemøde, fordi et formål med det er, at en overlæge gennemgår patienterne sammen med den yngre læge, inden denne udfører personlig rådgivning. Der ligger således et uddannelsesorienteret aspekt i stuegangsaktiviteterne, som på ikke altid tilgodeses på Kalundborg Sygehus, fordi overlægerne relativt ofte ikke har tid til at deltage i tavlemødet[19] (observationer og lægeinterview, Kalundborg). Nogle læger fremhæver, at den knappe tid til stuegangsarbejdet skyldes, at halvdelen af tiden ved stuegang bruges på at få patienter udskrevet frem for at behandle dem (lægeinterview, Glostrup). Barrierer i sektorsamarbejdet stjæler mange kræfter, og lægerne i Glostrup skønner, at 20% af patienterne ligeså godt kunne passes et andet sted (lægeinterview, Glostrup).

Træghed i systemet er en næsten dagligt forekommende barriere for lægernes effektivitet i forbindelse med stuegang. Tilsyn fra andre afdelinger er ofte forsinket, selv om der er interne aftaler om tidsfrister på sygehusniveau. Dette opfattes af lægerne som udtryk for dårlig kultur (lægeinterview, Glostrup). Desuden afbrydes lægerne ofte under stuegang af sygeplejersker, der lige skal spørge om noget, hvilket lægerne anser som manglende respekt for stuegangen. Dette problem med afbrydelser er beskrevet i enkelte udenlandske undersøgelser (21, 40), og i lighed med hvad disse dokumenterer, opfatter lægerne i vores undersøgelse, at afbrydelserne ikke er akutte. »*Drømmestuegangen er, når der er svar på alle blodprøver, og man ikke bliver forstyrret eller afbrudt af sygeplejerskerne på grund af ting, der ikke har med stuegangen at gøre. Jeg er blevet afbrudt 8 gange i dag for at løse andres problemer*« (lægeinterview, Glostrup). Det er en generel opfattelse, at det er forstyrrende for tankeprocessen at blive afbrudt af ikke akutte spørgsmål under stuegangen. Lægerne vil gerne vente med sygeplejerskernes problemer til efter stuegangen, men i stressede situationer er der en tendens til, at sygeplejerskerne »skal af med deres problemer« hurtigst muligt.[20] I lægegruppen opfattes det som tegn på manglende respekt for lægens arbejde (lægeinterview, Glostrup). En engelsk undersøgelse af afbrydelser i de sundhedsprofessionelles arbejde fremfører, at en mulig årsag til de mange afbrydelser fra plejepersonalet til læger[21] er en udbredt antagelse i hospitalsverdenen om, at opgaver skal løses, når de opstår (21). Denne kommunikationsadfærd synes også at kunne spores på danske hospitaler (jf. lægernes udtalelser).

Ligesom sygeplejerskerne efterlyser lægerne mere tid til at opnå en kontinuitet i kontakten med patienterne, således at de kan opnå en tættere kontakt med dem. »*Hvis man er der [på afdelingen] meget, har man også et overblik over patienterne. (...) Problemet er, at man ikke er der så meget. (...) Konceptet kræver en stor grad af kontinuitet – det har vi ikke fået leveret*« (lægeinterview, Kalundborg). Der er enighed om, at kontinuiteten er svær at opretholde, da alle læger er vagtbærende og skal afspadsere. Overlægerne er derfor ikke så ofte på deres afdelinger, som de ønsker (lægeinterview, Kalundborg). Den manglende kontinuitet i kontakten med patienterne ses også som en trussel mod personalets idealer om at opnå kvalitet og være effektive. »*Det var længe siden, at man havde gået [stuegang] sidst, så der var mange patienter, man ikke kendte. (...) Det var svært at nå at gøre det ordentligt, fordi man ikke kender patienterne ordentligt; nogle har været indlagt i lang tid, så man skal gå det hele igennem og finde ud af, hvad de fejler, det tager lang tid*« (lægeinterview, Kolding). Den manglende kontinuitet giver et ringe overblik over patienternes anamnese, hvilket komplicerer og forsinker vidensproduktionen, fordi lægerne bliver nødt til at genskabe den allerede eksisterende medicinske viden om patienterne ved at læse hele journalen grundigt. Den manglende kontinuitet nødvendiggør således en reproduktion af den allerede akkumulerede medicinske viden.

5.1.3 Journalisering

Sygehusvæsenets krav om dokumentation af den medicinske viden betyder, at journalen er en aktiv medspiller i vidensproduktionen, og journalisering udgør dermed en væsentlig organisatorisk ramme

19 På det tidspunkt, hvor vi gennemførte feltstudier på Kalundborg Sygehus, var der en vakant overlægestilling på afdelingen.

20 Set fra sygeplejerskernes synspunkt bliver de ofte nødt til at afbryde lægen med spørgsmål midt under stuegang, fordi de ikke ved, hvornår lægen er tilgængelig igen.

21 Observationsstudiet blev gennemført i 1995 på et engelsk hospital. 8 læger og 2 sygeplejersker blev observeret i alt 29 timer og 40 minutter. Der blev registreret 96 opkald på telefon/personsøger, dvs. et opkald pr. 18,5 minut. Det var karakteristisk, at plejepersonalet foretog dobbelt så mange opkald, som de modtog. Overlægerne modtog næsten ingen opkald, mens de yngre læger modtog alle opkaldene (21).

i forbindelse med stuegang. Fx indebærer kravet om journalisering, at den viden, der produceres, skal kunne skrives ned (tekstualiseres) og give mening inden for et sundhedsvidenskabeligt paradigme. Både læger og sygeplejersker skal dokumentere deres arbejde i henholdsvis journal og sygeplejekardex. Lægerne dikterer deres journalnoter, hvorefter lægesekretæren skriver dem ind i journalen. Sygeplejerskerne skriver deres notater direkte ind i sygeplejekardex. Mange af de oplysninger, som står i sygeplejekardex, formidler sygeplejerskerne mundtligt til lægerne under før-stuegang. Begge faggrupper bruger en del tid på at journalisere. I det følgende er rettes fokus på lægernes journal, idet denne forekommer at være den mest centrale medspiller i vidensproduktionen, idet det er her, de medicinske beslutninger autoriseres.

Journalnotater afslutter ethvert stuegangsbesøg. I nogle tilfælde vælger lægen at diktere efter at have forladt patienten, i andre tilfælde foregår diktering inde på stuen. I denne handling beskriver lægen patientens fysiske tilstand og behandlingsplan i medicinske termer. Det er gennem journalisering, at sygdommen kommer til orde og får betydning i en hospitalsverden (9). Dermed indebærer journaliseringen også en transformation af patienten til en journal. Patienten transformeres fra at være et levende væsen med ondt i brystet og matte øjne til at være tekst, laboratoriesvar og talkolonner i en mappe eller på en disk. Denne transformation fra fysisk krop til journal gør det muligt for patienten at cirkulere rundt mellem forskellige læger, afdelinger og hospitaler (41). I kraft af journalen bliver den konkrete patient til et medicinsk vidensobjekt, hvilket gør det muligt at producere medicinsk viden om patienten blandt læger.

Journalen rummer en mangefacetteret historie om patologiske processer, diagnostiske og behandlingsrelaterede procedurer samt organisatoriske rutiner, såsom hvilke læger der har tilset patienten, hvornår det er foregået, og hvor de pågældende har sendt patienten til undersøgelse og/eller behandling (42). Selve journaliseringsprocessen kan ses som en autorisering af den medicinske viden, idet den medicinske viden først er »officiel« og dermed kan danne udgangspunkt for handling, når den er dokumenteret.

Ved første øjekast kan journalen opfattes som en lægefaglig repræsentation af patientens krop, som er adskilt fra den 'rigtige' krop. Men vores perspektiv på journalen er et andet: journalen er ikke bare en uafhængig størrelse, som lever sit eget liv, men derimod direkte med til at forme patientens krop (42). I den anføres, hvornår patienten skal have taget blodprøver, hvornår hun skal til koloskopi, hvilken medicin hun skal tage og på hvilke tidspunkter. Dermed er journalen ikke en beskrivelse, som kan adskilles fra patienten, men får direkte konsekvenser for patienten og hendes oplevelse af tid og rum. Eksempelvis bliver patientens tid struktureret af hospitalets vagtordninger (koloskopier foregår om formiddagen, blodtryk måles om morgenen af sygeplejersken etc.). Yderligere er begrebsliggørelsen af patienten i journalen (levertal, røntgen af lunger, måling af blodtryk) en repræsentation af kroppen målrettet forskellige interventioner (fx medicin eller operation), gennem hvilke kroppen formes og tidsliggøres. I den forstand er journalskrivning under stuegang en vidensproduktion, som indskriver sig på (dvs. har konsekvenser for) patientens krop.

Elektroniske patientjournaler

Den medicinske afdeling på Kolding Sygehus anvender elektroniske patientjournaler (EPJ) i stedet for de traditionelle papirjournaler. I det følgende belyses, hvordan den form for EPJ, som Kolding Sygehus har valgt at benytte, indgår i vidensproduktionen, og hvordan dette EPJ-system former vilkårene for vidensproduktion.

Lægernes erfaringer med EPJ centrerer sig omkring det øgede tidsforbrug og de tekniske vanskeligheder, der er forbundet med deres brug af systemet. »*Det der mærkelige dikteringssystem, det er en frustration. Jeg ved ikke, hvor meget tid jeg har brugt på det i dag. Det er måske kun 12 minutter, men det er svært frustrerende, når man har travlt – så har den ikke optaget det, den skal, og står og blinker bag efter, eller den hopper hen og begynder at blinke midt i. (...) »Det er et møguduelig elendigt system, det er misbrug af folks tid*« (lægeinterview, Kolding). Lægerne oplever, at anvendelsen af EPJ stjæler deres tid – tid de gerne ville have brugt ude hos patienterne. De mener, at de bruger mindre tid

hos patienterne, efter EPJ er blevet indført.[22] Lægerne mener ikke, at EPJ gør dem mere effektive, snarere tværtimod: »*At tro at man skulle kunne rationalisere noget som helst med EPJ, er en monumental fatal brøler. Det tager meget længere tid. Det tager længere tid at skaffe sig overblik over patienten, der ligger en masse sikkerhedsopgaver med at gå ind og signere alt medicin og med at signere alle notater. Der ligger en masse tidsforbrug derinde, som man ikke havde før.*« (lægeinterview, Kolding). Disse sikkerhedsopgaver kan imidlertid også anskues som en generel kvalitetssikring af journalopdatering.

Det er ikke lægernes erfaring, at indførelsen af EPJ fører til en større patientsikkerhed, idet systemet øger risiko for fejl, fordi det er svært at danne sig et overblik direkte fra skærmen. »*Man skal virkelig holde øje (...) med at komme ind på den rigtige patient, kigge på det rigtige røntgenbillede og sådan noget, man kommer hurtigt til at trykke forkert ude på vores belægningslister.*« (lægeinterview, Kolding). Dette forhold fremhæves også af lægerne på Give Sygehus (33), hvor de mener, at EPJ giver et svækket overblik over patientforløb, dels fordi det er svært at læse baglæns, dels fordi læsevenligheden på skærmen er ringere end på papir. Lægerne på Kolding Sygehus har imidlertid erfaret enkelte fordele ved EPJ-systemet. Eksempelvis er de af den opfattelse, at medicingivningen er blevet mere korrekt, fordi de selv er i besiddelse af medicinlisten frem for at sidde og bladre rundt i journalen. Med EPJ får lægerne hurtigt et overblik over, hvilken medicin patienterne får. En anden fordel ved EPJ er, at vidensdelingen er nemmere. Hvis en læge er bagvagt, kan hun fx ringe til en kollega og bede denne om at kigge på en bestemt patient, og så kan kollegaen hurtigt og nemt slå patientens journal op på computeren i stedet for at skulle hente en fysisk papirjournal hos en kollega. En tredje fordel ved EPJ er, at der åbnes op for en større læringsproces, idet EPJ – på en mere overskuelig måde end med papirjournalen – giver mulighed for at følge patienternes forløb over tid og dermed giver lægerne bedre information om, hvad der egentlig skete med dem (lægeinterview, Kolding).

Sygeplejerskerne mener, at EPJ givet dem større kendskab til patienterne. Før var journalerne ofte væk (fx lå de på røntgen- eller operationsafdelingen), hvorimod de altid er til stede med EPJ. Sygeplejerskerne mener endda, at de kan yde en bedre pleje nu i forhold til før EPJ (sygeplejerskeinterview, Kolding), fordi det er nemmere at få overblik over patienten: »*Nogle gange kan man næsten grine af, hvordan det var før, fordi vi sad med alle de papirer.*« (sygeplejerskeinterview, Kolding). Dermed bekræfter sygeplejeinterviewet, hvad også andre studier fremhæver: at sygeplejerskerne med EPJ får lettere adgang til lægenotater, og at EPJ kan være med til at skabe en mere symmetrisk relation mellem sygeplejerske og læge (43). EPJ har ifølge sygeplejerskerne betydet en forbedring i effektiviteten, idet data er mere og hurtigere tilgængelig. Der bliver planlagt (»tænkt«) og skrevet mere om patienterne. Til gengæld tager det lang tid at opdatere EPJ. Konsekvensen heraf er, at EPJ ikke altid opdateres korrekt, fx bliver der ikke altid oprettet plejeplaner. Det er ofte hurtigere at skrive et notatark, men giver ikke et ordentligt overblik. Som følge af tidsforbruget til opdatering har sygeplejerskerne mindre tid ude hos patienterne, og der er ikke altid tid til at udføre de »fine planer«, der måtte stå i EPJ (sygeplejerskeinterview, Kolding). Sygeplejerskerne oplever imidlertid ikke, at selve stuegangsforløbet har ændret sig væsentligt efter indførelse af EPJ, hvilket også påpeges af Svenningsen (30). De nævner dog, at nogle læger nu bruger længere tid på før-stuegang for at diktere journalnotater, hvorimod de tidligere dikterede under stuegangsrunden, når de havde været hos den enkelte patient (sygeplejerskeinterview, Kolding). Som også andre undersøgelser fremhæver (32, 43), foretages der med EPJ færre medicinske ræsonnementer under stuegang. EPJ synes at medføre en større adskillelse mellem medicinsk ræsonnement og patient (9). Patienten er ikke en nødvendighed ved stuegangen, da lægen kan gå stuegang foran computeren sammen med den elektroniske patientjournal og sygeplejerskens observationer (9). Vores observationer fra Kolding Sygehus understreger, at der tendens til mindre patientinvolvering i den EPJ-understøttede stuegangsform (observationer, Kolding).

22 Denne antagelse er imidlertid i modstrid med resultaterne fra en evalueringsrapport, hvor bl.a. samme afdelings personale er inkluderet. I rapporten er der generelt enighed om, at EPJ ikke har ændret patientkontakten i forbindelse med stuegang. Andre evalueringsrapporter fra Sygehus Fyn Svendborg (59) og Horsens Sygehus (57) konkluderer ligeledes, at EPJ ikke skaber mere tid til direkte patientkontakt, men heller ikke reducerer tiden hos patienten.

Som det fremgår af ovenstående, er lægerne mere kritiske over for EPJ end sygeplejerskerne. Sygeplejerskernes mere positive holdning kan skyldes, at deres sygeplejejournal med EPJ i højere grad indgår på lige fod med lægejournalen, hvormed man kan tale om en opgradering af sygeplejejournalens status i sygehusets sociale verden. Forskellen mellem læger og sygeplejerskers holdning til EPJ kan også skyldes, at den måde, hvorpå lægen skal betjene EPJ, er anderledes og mere indviklet end den måde, hvorpå sygeplejerskerne skal betjene systemet. Endnu en årsag til den kritiske holdning til EPJ kan være, at personalet ikke uddannes tilstrækkeligt i at håndtere systemet, hvormed anvendelsen vanskeliggøres.

5.2 Produktion af viden

I det følgende analyserer vi, hvordan der skabes medicinsk viden om patienter i konkrete stuegangssituationer. Først beskriver vi før-stuegangsaktiviteterne; dernæst selve stuegangsrunden, hvor læge og sygeplejerske taler med de enkelte patienter. Analysen af *før-stuegangsaktiviteterne* omhandler:

- vidensudvekslingen mellem læge og sygeplejerske
- måden hvorpå ønsket om at skabe 'overblik' er central for kommunikationen mellem læge og sygeplejerske.

Analysen af *stuegangsrunden* sætter fokus på fire forhold:

- relationen mellem læge og patient samt den måde, hvorpå der i denne relation skabes og formidles diagnoser
- relationen mellem sygeplejerske og patient
- håb som en væsentlig betydningsmæssig ramme for kommunikationen mellem behandlere og patienter
- den måde patienter skaber mening omkring deres aktuelle situation og søger at transformere medicinsk viden til hverdagsliv.

Disse temaer er nært knyttet til et analytisk blik, som søger at indfange de forskellige aktørers positioner (dvs. handlerum) og perspektiver (måder at forstå på), som både betinger og defineres i stuegangens vidensproduktion. Aktørernes positioner i stuegangens sociale orden udstikker nogle pejlemærker for aktørernes forskellige handlinger i forhold til stuegang. Inden for hver position er der bestemte værdier på spil, og det er forskellige handlinger, der giver anerkendelse inden for de respektive positioner. Med dette fokus på positioner og perspektiver ønsker vi at analysere, hvad det er for sociale forståelser af formålet med stuegang, som er i spil blandt aktørerne og former vidensproduktionen, samt fra hvilke positioner dette sker. Vi afslutter kapitlet med kort at konkludere på henholdsvis lægers, sygeplejerskers og patienters sociale forståelser af stuegang.

5.2.1 Før-stuegang

Den vidensproduktion, som skabes i relationen mellem læger og sygeplejersker, er generelt præget af et ideal om at opnå effektivitet og kvalitet i arbejdet med patienterne. Idealet om effektivitet kommer bl.a. til udtryk under før-stuegangsaktiviteterne. Alle morgenkonferencer og før-stuegangsmøder, som vi observerede, var strengt målrettet ønsket om at gøre noget med den enkelte patient, så der kan skabes viden om, hvad der er galt, hvilket er udgangspunktet for fortsat behandling. Der skal fx tages beslutninger om, hvilke undersøgelser der skal udføres, og undersøgelsesresultater skal fortolkes. Yderligere foregår en løbende vurdering af, om de enkelte patienters tilstand retfærdiggør en indlæggelse (lægeinterview, Kolding). Af et lægeinterview fremgår det eksplicit, at det er vigtigt »*at få ryddet afdelingen og få skaffet plads til de ny der kommer, for vi ved de kommer*« (lægeinterview, Glostrup). En sygeplejerske fremhæver også, at målet med stuegang er »*at få lagt en plan, så vi kan få patienterne ud igen*. (sygeplejerskeinterview, Kolding). Dette perspektiv manifesterer sig også på før-stuegangsmøderne, hvor der fx breder sig stor tilfredsstillelse blandt sygeplejersker og læger, når man utvetydigt kan nå til enighed om, at en patient skal udskrives. En sygeplejerske siger: »*blodtryk-*

ket er faldet her til morgen, hvortil lægen svarer: »*super, nu skal han bare hjem* (observationer, Glostrup).

Før-stuegangen (eller tavlemødet) er det forum, hvor samarbejdet mellem læger og sygeplejersker udspilles mest tydeligt. Vi skal i det følgende fokusere på vidensproduktionen i dette møde, vel vidende at produktionen af viden i samarbejdet mellem læger og sygeplejersker foregår løbende.

Udveksling af forskellige former for viden

På før-stuegangsmødet starter sygeplejersken med at orientere lægen om status for hver enkelt patient. En sådan status indeholder typisk socio-medicinsk viden om patientens aktuelle temperatur, blodprøvesvar, symptomer, mentale tilstand, undersøgelsessvar og bivirkninger ved medicinering m.m. Denne status fungerer som en opdatering af lægen i forhold til, hvad der er sket med patienten i det hidtidige indlæggelsesforløb, eller siden lægen sidst gik stuegang. Med øje for patientens både medicinske og psykosociale situation søger sygeplejersken under før-stuegangen at guide lægens fokus mod en helhedsforståelse af patienten. Lægen stiller opklarende spørgsmål til sygeplejersken og gennemgår patienterne med udgangspunkt i både sygeplejerskernes oplysninger og den foreliggende journal. Sygeplejersken kommenterer på lægens beslutninger og kommer fx med forslag til medicinforhøjelser eller bestilling af prøver. Der foregår således en udveksling af forskellige former for viden mellem læge og sygeplejerske, hvorigennem en fælles forståelse af diagnose og behandling søges opnået. En overlæge siger følgende om relationen mellem læge og sygeplejerske i forbindelse med stuegang: »*Det er et ligeværdigt forhold mellem læge og sygeplejerske. Hver kommer med sin baggrund, som er helt forskellig både uddannelsesmæssigt og i forhold til oplysninger om den enkelte patient. Den ene type oplysning er lige så vigtig som den anden.*« (lægeinterview, Kolding).

Lægerne både forventer og er afhængige af, at sygeplejersken har denne socio-medicinske viden om patienterne. »*Sygeplejerskerne har den tætteste kontakt med patienterne; de er der jo hele dagen. Sygeplejerskernes observationer supplerer journalen. Jeg bruger sygeplejerskerne til at komme videre.*« (lægeinterview, Kalundborg). Den viden, som journalen dokumenterer, er tilsyneladende ikke et tilstrækkeligt grundlag for lægens diagnostiske og behandlingsmæssige arbejde. Lægen bruger sygeplejerskernes socio-medicinske viden til at skabe yderligere viden om patienternes tilstand, således at den mest optimale diagnosticering og behandling muliggøres. Det forhold, at lægerne bruger sygeplejerskernes socio-medicinske viden i konstruktionen af beslutninger, udtrykker en forståelse af, at lægerne ikke kan nøjes med at læse journalen om patienten. De er også afhængige af førstehåndsberetninger om patienternes sygdomserfaring for at kunne producere medicinsk viden. På før-stuegangsmøderne skabes således forbindelser mellem patienten som menneske og patienten som prøvesvar og talkolonner i journalen. Viden om patientens levede krop, dvs. deres sygdomserfaring, indgår i konstruktionen af viden om patientens syge krop (medicinsk viden). Medicinsk viden om patienter skabes ved at relatere de to vidensformer til hinanden.

Når sygeplejersker møder op til før-stuegang, har de en dagsorden (4) i den forstand, at de ønsker, at lægerne tager stilling til bestemte forhold vedrørende patienterne. I Kalundborg holder plejepersonalet hver morgen en morgenkonference, hvor det plejepersonale, der ikke skal gå stuegang, har mulighed for at aflevere vigtige observationer om patienterne, som det stuegangsgående personale skal gøre lægen opmærksom på. Fx oplevede vi, at en sygeplejerske til en morgenkonference blandt sygeplejerskerne bad gruppelederen (som her er den, der går stuegang) om at spørge lægen, om det kunne være rigtigt (i forståelsen etisk forsvarligt), at en terminal patient skulle gennemgå nogle ubehagelige undersøgelser. Sygeplejerskerne planlægger således inden før-stuegangen, hvilke konkrete forhold sygeplejersken skal informere eller spørge lægen om. Og under selve før-stuegangen lægger sygeplejersken således op til de beslutninger, som lægen tager. Fx kan en sygeplejerske lægge op til, at en patient skal udskrives, ved at gøre lægen opmærksom på at patienten er stabiliseret eller rask nok til at blive udskrevet, og at der i øvrigt er ved at være pladsmangel på afdelingen. På baggrund af sin viden om konkrete patienter søger sygeplejersken at guide lægen hen imod bestemte problemstillinger og sikrer sig derved, at lægen ved, hvad der er relevant at tage op med de forskellige patienter, eksempelvis ved at henlede lægens opmærksom på prøvesvar eller nye symptomer. Lægerne

anerkender, at sygeplejerskernes viden har betydning for lægernes beslutningstagen under før-stuegangen. En læge siger følgende: »*Derudover betyder det meget, hvad sygeplejersken opfatter som problemet i dag.*« (lægeinterview, Kalundborg). Sygeplejerskerne har således større mulighed for at bidrage til vidensproduktionen om de enkelte patienter, end de traditionelt tillægges. Det skal imidlertid bemærkes, at sygeplejerskernes vurderinger på Kalundborg Sygehus synes at have en større betydning og få mere plads end de to andre steder. Dette hænger sammen med, at konceptet for personlig rådgivning indebærer, at det er sygeplejerskerne, der på baggrund af en daglig dialog med patienterne vælger de patienter ud, der skal tale med lægen i forbindelse med personlig rådgivning (stuegangsrunden).

De væsentligste beslutninger vedrørende patientens udredning og behandling træffes altså på baggrund af vidensudvekslingen mellem læge, sygeplejerske og journal i forbindelse med før-stuegangen. Journalen er således en aktør i vidensproduktionen på linie med læger og sygeplejersker (9). Observationer af stuegangsrunder på alle tre afdelinger viser, at beslutninger tilsyneladende sjældent ændres – de korrigeres allerhøjest, når lægen får mulighed for at se og tale med de enkelte patienter. Denne praksis er særlig udtalt på Kolding Sygehus, hvor der er EPJ-understøttet stuegang. Fx foretager lægerne medicinændringer allerede under før-stuegangen, hvor ændringer skives direkte ind i EPJ. De to andre steder foretages medicinændringer under stuegangsrunden efter dialog med patienten. På Kolding Sygehus synes langt de fleste medicinske beslutninger at blive truffet på baggrund af interaktion mellem de sundhedsprofessionelle og journalen og i mindre grad på baggrund af de sundhedsprofessionelles interaktion med patienten (jf. afsnit 4.5.1).

Ønsket om overblik

At have 'overblik over patienterne' er en metafor, der fylder meget i både læger og sygeplejerskers tale om stuegang. Skabelse af overblik er et fælles mål med især før-stuegangsaktiviteterne. Med overblik menes for det første overblik over den samlede patientsammensætning på afdelingen, dvs. er der kommet nye patienter, har nogle mere akutte problemer end andre, og hvem er klar til udskrivning? Det forhold, at behandling fordeles på mange professionelle, betyder, at journalviden hele tiden skal erhverves på ny af den enkelte behandler. Dertil kommer, at virkeligheden på en medicinsk afdeling konstant er i forandring, hvilket stiller yderligere krav til læger og sygeplejersker om kontinuerligt at være opdateret på udviklingen i patientforløb og belægning. For det andet refererer overblik til den enkelte patients sygdomsforløb, dvs. har patienten fået nye symptomer eller bivirkninger, og er der kommet svar på prøver og undersøgelser. Dette overblik er centralt i forhold til at kunne give patienten den mest optimale behandling. Overblik kan anskues som en bestemt vidensform, hvis sigte er at skabe orden samt kontrollere og organisere det medicinske arbejde. Skabelsen af overblik opstår på baggrund af fysisk tilstedeværelse i afdelingen, en tæt kontakt med patienten og opdateret viden om patientens anamnese.

Lægerne fremhæver ofte, at sygeplejerskerne har den tætteste kontakt med patienterne, og at det derfor er dem, der har overblikket. Lægerne har svært ved at skaffe sig dette overblik, fordi de ikke kommer på afdelingen så ofte, fx kan der gå adskillige dage mellem en læge går stuegang på samme afdeling. Lægerne er således afhængige af sygeplejerskernes socio-medicinske viden, idet det eftertragtede overblik dels skabes på baggrund af denne viden, dels på baggrund af journallæsning. Før-stuegangens centrale rolle i vidensproduktionen kommer tydeligt til udtryk i Tougaards studie af en afdeling (13), der helt har afskaffet stuegang og i stedet varetager patientforløbene gennem lægeopgaver. Den største ulempe ved dette er, at lægerne mangler et forum, hvor de kan kommunikere med sygeplejerskerne – et forum, der har samme funktioner som før-stuegangen.

5.2.2 Stuegangsrunden

Vores observationer peger på, at langt den største viden om patientens medicinske problem og behandlingsmæssige løsning skabes ved morgenkonferencer og før-stuegangsmøder. Med andre ord træffes de behandlingsmæssige beslutninger, før lægen overhovedet har mødt patienten. På trods af dette er det en fremherskende forestilling i sundhedsvæsenet, at patienten er med til at træffe beslutninger om behandlingen ved at få forelagt valgmuligheder. I det følgende vil vi beskrive, hvad

der sker i det møde mellem patient og behandler, der traditionelt opfattes som den egentlige stuegang. Det gør vi ved at beskrive, hvordan viden konstitueres i relationen mellem patient og behandler, samt hvilke perspektiver på sygdom, behandling og liv der udtrykkes i dette møde.

Relationen mellem læge og patient

Observationerne af forskellige stuegangsrunder viser, at relationen mellem læge og patient udspiller sig forskelligt afhængig af, hvor erfaren den stuegangsgående læge er, hvilke fysiske rammer der er til stede, og hvilken stuegangsform der er tale om.

På de to afdelinger (Glostrup og Kolding), hvor stuegang udføres traditionelt, er lægen ikke altid fuldt fokuseret på patienten. Lægen står fx med ryggen til patienten og taler til denne, og ofte er der ikke tale om egentlig dialog mellem dem. Snarere spørger lægen – uden altid at lægge op til et langt svar – patienten om, hvordan han/hun har det, og patienten giver korte svar. Herefter informerer lægen om, hvor langt man er nået i udredningsarbejdet eller i behandlingsforløbet. I forbindelse med de traditionelle stuegangsrunder har vi bemærket, at flere overlæger bruger mindre tid på at tale med patienten end de yngre læger. Måske fordi langt de fleste beslutninger er truffet inden mødet med patienten, og fordi de ved, at de skal videre i dagens program for at nå det hele. De yngre læger giver sig ofte mere tid til at tale med patienten, måske fordi de ikke har kunnet træffe alle beslutninger på før-stuegangen, og fordi de er mere afhængige af i mødet med patienten at blive bekræftet i beslutningernes rigtighed, end overlægerne er.

På Kalundborg Sygehus, hvor patienten i forbindelse med personlig rådgivning (stuegang) kommer i enrum med en læge og en sygeplejerske, ser relationen mellem læge og patient anderledes ud. For det første varer kommunikationen længere tid (jf. kapitel 6) end de andre steder, og for det andet tales der, udover emner relateret til den fysiske krop, også om psykosociale problemstillinger. Det er vores klare indtryk, at patienterne på Kalundborg Sygehus i langt højere grad end de andre steder vover at introducere psykosociale problemstillinger, når han/hun er i enrum med læge og sygeplejerske i forbindelse med stuegangsrunden. Vores observationer viser tillige, at sygeplejersken gør en stor aktiv indsats for at få patienten til at tage psykosociale problemstillinger op, idet hun støtter patienten i at bringe sådanne emner på bane. Observationerne tyder også på, at patienten føler sig bedre tilpas ved at skulle tale med lægen i enrum frem for på en flersengsstue, hvor andre patienter har mulighed for at følge med i, hvad der bliver sagt. Men at udføre stuegangsrunden i enrum med patienten stiller imidlertid særlige krav til lægens kommunikationsevner. Observationer fra personlig rådgivning viser, at uerfarne yngre læger ikke helt formår at tage hånd om de psykosociale problemstillinger, som patienten fremlægger. Dette giver sig i samtalen til udtryk ved, at den yngre læge – i stedet for at forholde sig til patientens udsagn om at være i dårligt humør – griber fat i den fysiske problemstilling, som patienten er indlagt på grund af (observationer, Kalundborg). Den yngre og uerfarne læge synes at blive mere sårbar, når han/hun er alene med patienten, og har i højere grad brug for at støtte sig op ad sygeplejersken. Overlægerne synes derimod bedre rustet til at håndtere svære situationer i mødet med patienten og tør fx være tavse og lytte. Derved anerkender de patientens psykiske tilstand frem for straks at flytte fokus og gribe fat i de fysiske problemstillinger.

At patienten ved indlæggelsen mister kontrollen over tid og rum, tydeliggøres især i forbindelse med stuegangsrunder, som udføres ved sengekanten. Patientens private rum indskrænkes, når denne ligger på stue sammen med andre patienter. Når stuegangen foregår på sengestuerne, er det ligeledes tydeligt for patienterne, at lægen har travlt og skal nå mange patienter på kort tid, hvorimod dette ikke er synligt for patienterne, når stuegangen finder sted i enrum. Patienter på sengestuer vil derfor ofte have tendens til ikke at ville optage for meget af lægens tid, fordi lægens travlhed er synlig. På den måde kan de fysiske rammer for stuegangen have betydning for patientens forventninger til mødet med lægen.

At skabe og formidle diagnoser

En 1. reservelæge kommer sammen med sygeplejersken ind til en 55-årig mand, som ligger på enestue. Han har været tilset af en række speciallæger, men der foreligger ikke en klar diagnose. Det største symptom

på sygdom er et markant vægttab samt smerter i brystet. Han har sidst været på hjerteafdelingen. Lægen taler med patienten om hans tilstand og det markante vægttab:

Læge: Spiste du mindre [de sidste 6 måneder]?

Patient: Ja, når man har det underligt

Læge: Tabte du dig mere i starten end i slutningen?

Patienten svarer, at han mener, vægttabet har været ret stabilt.

Læge: Hvis du skal sætte fingeren på, hvor smerter kommer fra, hvor er det så?

Patient lægger hånden på brystet og forklarer, hvordan smerter føles.

Læge: Jeg synes, vi skal have lavet en PET-scanning. Den kan afdække, om der er ondartet væv.

Herefter lytter lægen på hjerte og lunger, mærker på testikler og spørger patienten, om han har haft tørre slimhinder, hvilket han afkræfter (observation, Glostrup).

I løbet af denne samtale opstår ingen klar diagnose, og der skabes ikke afgørende ny viden om patienten. Men dét afgørende, der bl.a. sker, er, at PET-scanningen som løsningsmodel bliver meningsfuld for lægen. I situationen, hvor hun står overfor og udspørger den afkræftede mand, som ingen ved, hvad fejler, etablerer lægen (endnu en gang) viden om, at diagnosen er uigennemskuelig, og at en PET-scanning er løsningen.

I tilfælde med patienter, hvor der er en klar diagnose, og hvor beslutning om behandling er truffet på før-stuegangsmøderne, synes samtalerne med patienterne primært at dreje sig om at formidle den foreslåede behandling. Det handler ikke om at nå (ny) viden om, hvad der er galt, og hvad der kan gøres. Men som allerede nævnt oplever lægerne ikke mødet med patienten som overflødigt. Flere lægeinterviews peger på betydningen af den direkte kontakt til patienten. Som i situationen med den 55-årige mand giver den tykke journal med de mange forskellige prøvesvar først rigtig mening i mødet med patienten. I denne situation skabes så at sige en syntese mellem journal og menneske. I relationen mellem læge og patient relateres den eksisterende viden om diagnose og behandling (dokumenteret i journalen) til patienten som menneske og krop og formidles til patienten for derefter at autoriseres i kraft af journalopdatering.

På trods af, at langt størstedelen af behandlingsmæssige beslutninger træffes på før-stuegangsmøderne, er lægerne i undersøgelsen enige om, at den direkte patientkontakt på stuegangsrunden ikke kan undværes. Det at se, lugte, høre og opleve patienten er en forudsætning for den diagnostiske proces »*Man kan læse facts fra journalen – men på åstedet opstår en syntese, der giver det humanistiske billede. (...) Patienten kan en dag komme med oplysninger, han ikke har præsenteret ved tidligere stuegange.*« (lægeinterview, Glostrup). Mødet med patienten kan tilføre nye oplysninger om patientens sygehistorie, som lægen kan bruge i sit videre diagnostiske eller behandlingsorienterede arbejde. Mødet med patienten fungerer også som en måde at sikre og/eller bekræfte, at det er de rigtige beslutninger, der er truffet vedrørende patienten på før-stuegangen. »*Det er en sikkerhed for én selv, at det, man har besluttet på forhånd, at det stemmer med den kliniske tilstand patienten er i, og det, man afleverer mundtligt til patienten – det har vi tænkt os at gøre, hvad siger du til det – at patienten siger, at det lyder fornuftigt. (...) Bare det at se patienten 1 minut kan give en indtryk af, at det her drejer sig om noget helt andet. (...) Det sker, at man blot ved et blik kan afgøre, at patienten er meget mere syg, end man havde fået indtryk af ved at læse i journalen. Man får også ofte nogle gratis diagnoser ved at se patienten.*« (lægeinterview, Kolding). Det forhold, at lægerne tillægger tilsynet af patienten en stor betydning, indikerer, at lægen betragter patienternes egne erfaringer med sygdom som en viden, der kan hjælpe det diagnostiske og behandlingsmæssige arbejde i den rigtige retning. Men

selv om lægerne tillægger mødet med patienten stor betydning, betyder det ikke, at spørgsmål til patienten om sygdomserfaring nødvendigvis er særlig hyppige under selve stuegangsrunden.

Blandt lægerne knyttes ønsket om at have mere tid hos patienterne i nogen grad sammen med et ideal om at kunne inddrage patienterne i de behandlingsmæssige beslutninger ved fx at give dem mulighed for at stille spørgsmål: »*De [patienterne] skal fornemme, at de er med i diskussionen; jeg spørger fx hvornår patienten vil udskrives, og så forhandler vi os frem til noget. De skal fornemme, at de selv er delagtiggjort i denne og mange andre beslutninger. Man kan være grov og spørge, om man kunne undvære runden ude hos patienterne, hvis man skulle være rigtig effektiv.*« (lægeinterview, Kolding). Lægen her indikerer, at lægerne kunne være mere effektive, hvis de ikke skulle se patienten. At inddrage patienterne betragtes således som en hindring for effektiviteten. Lægerne giver på den måde både udtryk for en forståelse af, at det medicinske arbejde handler om at skabe en biomedicinsk viden, som ikke nødvendigvis er betinget af patientinddragelse (den distancerede ekspertrolle), og en forståelse af, at det medicinske arbejde sker i samarbejde med patienter (den ligeværdige dialog). Oplevelsen af tid som en knap ressource bliver udgangspunkt for at opsætte de to forståelser som modsætninger og den ligeværdige dialog som et svært opnåeligt ideal. Netop de tidslige rammer for deres arbejde bliver af flere læger fremhævet som en hindring for at kunne realisere idealet om at have en ligeværdig dialog med patienterne under stuegangsrunden, hvilket kræver god tid.

Observationer af stuegang viser, at ikke kun tid er afgørende, når det drejer sig om at inddrage patienter i beslutningsprocesser. Et andet forhold, som vanskeliggør patientinddragelse, er deres manglende kendskab til lægernes sprog og videnskabelige ræsonnement. I en samtale med en 87-årig kvinde taler denne om sit knæ, som skal opereres. Hun er bekymret for, om knæoperationen vil falde sammen med barnebarnets konfirmation et par måneder ud i fremtiden. Lægen anser ikke knæet, men en ikke udredt demens som patientens problem, hvilket hun refererer til som 'hukommelsesproblemet'. Lægen siger til patienten, at 'der bliver ikke nogen knæoperation, før det med hukommelsen er behandlet'. I den efterfølgende samtale fortsætter patienten med at tale om knæet, men lægen vedbliver med at forholde sig til 'hukommelsesproblemet'. Patientens problem bliver på én måde taget alvorligt, idet lægen lover, at knæoperation og konfirmation ikke vil falde sammen, og samtidig defineret som minimalt i forhold til problemet med hukommelsen. Ved at spørge patienten, hvordan hun har det og lytte til historien om knæ og konfirmation, udtrykker lægen forståelsen af ligeværdighed og patientinddragelse som en grundpræmis i stuegang. Men ved ikke at give plads til, hvad patienten forstår som problemet, og hvordan denne forholder sig til spørgsmålet om 'hukommelsen', udtrykker lægen også, at patienten skal have tillid til den medicinske vurdering og behandling. Den står ikke til forhandling (observationer, Glostrup).

Anderledes forholdt det sig i en situation med en ældre dement mand med prostata-problemer. Mandens hustru var til stede under stuegang. Lægen fortæller hustruen, at hun anser et permanent kateter som løsningen på mandens problem. Hustruen er ikke uenig, men vil gerne have, at der foretages en undersøgelse af urologer. Hun fortæller, at hun selv er pensioneret gynækolog. Fra dette øjeblik ændrer samtalen karakter fra at være en formidling af allerede etableret viden om diagnose og behandling til at blive en forhandling mellem to læger. Lægen siger, at det er hendes erfaring, at også urologer vil foreslå permanent kateter, og at hun derfor skønner en urologisk undersøgelse overflødig. Hustruen fastholder imidlertid sit ønske, og lægen accepterer det til sidst (observationer, Glostrup). I kraft af selv at have faglig medicinsk viden og kende det medicinske sprog samt arbejdsgangene på hospitalet kan den pårørende udfordre lægens viden og den ubetingede tillid til behandlere, som er karakteristisk for patientpositionen (se afsnit 5.1.1).

Relationen mellem sygeplejerske og patient

Langt de fleste sygeplejersker, vi har talt med, giver udtryk for et ønske om både at få patienten til at forstå samtalen om helbred og til at deltage i den. Men den enkelte sygeplejerskes handlerum for at inddrage patienten varierer afhængigt af, hvordan stuegang er organiseret på den pågældende afdeling. I Glostrup og Kolding har sygeplejersken en mindre fremtrædende rolle under runden. En sygeplejerske fra Kolding siger, at runden er lægens tid med patienten, og hun vil derfor ikke

blande sig for meget i det, der foregår mellem patient og læge. En anden sygeplejerske fra Kolding indskyder, at lægerne heller ikke er glade for, at sygeplejerskerne blander sig (sygeplejerskeinterview, Kolding). Hvilken rolle sygeplejerskerne har i mødet med patienten er også afhængig af, om den læge, der går stuegang, er uerfaren eller erfaren. »*Hvis jeg er sammen med en uerfaren læge, er jeg meget opmærksom på, at jeg kommer med mine oplysninger. Hvis det er med en erfaren læge, kan jeg træde mere i baggrunden.*« (sygeplejerskeinterview, Glostrup).

På Kalundborg Sygehus, hvor stuegangen er erstattet med personlig rådgivning, har sygeplejersken en mere fremtrædende rolle under stuegangsrunden end sygeplejerskerne de andre to steder. Et eksempel kan illustrere dette: *En ældre, kvindelig patient hentes til personlig rådgivning. Patienten kommer ind på kontoret iført badekåbe og sætter sig ned. Lægen spørger patienten om, hvordan det går. Lægen informerer om den undersøgelse, patienten skal til samme dag. Patienten spørger sygeplejersken om, hvad det er, hun skulle spørge lægen om. Sygeplejersken refererer den samtale, hun og patienten havde tidligere på dagen om patientens smerter og humør. Patienten begynder at græde og fortæller om sine problemer. Patienten undskylder, at hun græder, og både læge og sygeplejerske forsikrer patienten om, at det er helt i orden; det skal hun ikke undskylde. Lægen spørger patienten, om hvor meget hun kan gå, hvor langt og om der er taget røntgenbilleder. Patienten fortæller sin sygehistorie, og lægen stiller uddybende spørgsmål. Lægen er ikke specielt empatisk, men er meget orienteret mod at kortlægge de fysiske problemer frem for at tage sig af patientens åbenlyse dårlige psykiske tilstand. Lægen stiller en del spørgsmål vedrørende patientens fysiske problemstillinger, og sygeplejersken supplerer hele tiden patienten og hjælper patienten med at huske de problemstillinger, som de talte om i forbindelse med morgenrunden.* (observationer, Kalundborg). I denne situation hjælper sygeplejersken patienten med at formidle sin viden om den levede krop – og sporer dermed lægen ind på de problemstillinger, der er knyttet til de psykosociale forhold.

I andre situationer har sygeplejersken en central position i forbindelse med at oversætte de medicinske beslutninger til patientens hverdagsliv. Et andet eksempel – også hentet fra observation af en personlig rådgivning, hvor en ældre kvindelig patient udskrives – kan illustrere dette: *Patienten spørger lægen om bivirkningerne ved hendes medicin. Lægen forklarer patienten om hendes medicin og sygdom på en let forståelig måde. Sygeplejersken sikrer sig, at patienten har al medicinen derhjemme, eller at hun kan komme på apoteket og hente det. Patienten kunne godt tænke sig hjemmehjælp til rengøring for at aflaste sin mand. Det synes lægen er en glimrende idé. Sygeplejersken tager kontakt til kommunen* (observationer, Kalundborg). Lægen informerer om de rent medicinske fakta, mens sygeplejersken hjælper patienten med at transformere disse informationer til patientens hverdagsliv. Sygeplejersken er et forbindelsesled mellem de biomedicinske forklaringer og beslutninger på den ene side og patientens hverdagsliv på den anden. På alle afdelinger fungerer sygeplejersken som oversætter mellem læge og patient, idet hun ofte går ind til patienten efter stuegangsrunden og fortæller (oversætter), hvad det egentlig var, lægen sagde under stuegangen, ligesom hun også agerer forbindelsesled ved at sørge for de praktiske forhold vedrørende patienternes udskrivelse.

Håb og angst

Det er kendetegnende for størstedelen af de samtaler mellem behandlere og patienter, som vi har overværet, at patienterne er lyttende over for lægen og ikke udfordrer lægen på dennes ekspertise ved fx at stille kritiske spørgsmål eller bede om yderligere forklaringer på, hvorfor lægen anser bestemte undersøgelser for relevante eller peger på bestemte diagnoser som årsag til sygdom. Ligesom en anden dansk undersøgelse dokumenterer stor patienttilfredshed med informationsniveau og kommunikation (10), er patienterne i nærværende undersøgelse generelt tilfredse med kommunikationen med lægen. Denne ved første øjekast ukritiske patientrolle kan ses i sammenhæng med mange af de medicinske patienters lave uddannelsesniveau og høje alder, som betyder, at de er opvokset i en tid, hvor lægen blev betragtet som den absolutte og suveræne autoritet. Yderligere føler mange patienter, at lægen ikke har tid til at være hos dem, hvilket gør det svært at formidle viden om den levede krop til lægen. Lægens biomedicinske perspektiv betyder også, at patienten ikke blot føler sig uvidende om, hvad der er interessant at vide for lægen, men også kan få en oplevelse af, at viden om egen sygdomserfaring er perifer i forhold til vidensprocessen. Ligesom alle

andre aktører forholder patienten sig hele tiden til den sammenhæng, vedkommende er en del af, og kan på trods af nok så mange venlige smil fra personalet opnå en forståelse af, at stuegang ikke er et rum for lange sygdomshistorier.

I tillæg til disse forhold kan den sparsomme dialog mellem patient og behandler samt patienternes tillid til behandlere ses i sammenhæng med de forpligtelser, der knytter sig til patientens position (se afsnit 5.1.1), ligesom det også skal ses i lyset af den eksistentielle situation, patienterne som syge og indlagte befinder sig i.

Antropologen Michael Jackson anfører, at et af de mest centrale aspekter af social eksistens angår spændingsfeltet mellem den verden, man kender og kalder sin egen, og den verden der er ukendt, og man ikke har kontrol over. Mennesket – her anskuet fra et eksistentielt perspektiv – søger at opnå balance mellem sig selv og det ukontrollerbare, som får karakter af at være en andethed. Som andethed ('forces of otherness') nævner Jackson fx kræfter, som det pågældende menneske ikke føler, at han eller hun har kontrol med. Det kan fx være skæbnen, tilfældigheden, Gud, historiens gang (44) – kræfter, der opleves som naturgivne. Men, fremfører Jackson, i et hvilket som helst samfund vil mennesker altid forsøge at transformere disse kræfter – der vil altid være et handlerum, hvor andetheden kan manipuleres, hvilket giver mulighed for at opleve sig selv som aktivt subjekt i sin egen historie frem for som offer for skæbnen (ibid). De syge, som er indlagt på medicinske afdelinger, oplever i ekstrem grad, at deres liv kontrolleres af deres sygdomssituation, og de således står overfor kræfter, de ikke selv kan kontrollere. For mange udgør også hospitalet med dets fremmede rutiner, sprog og mennesker samtidig en andethed, der sætter rammerne for deres indlæggelse, men som de ikke selv føler, de kan gennemskue eller kontrollere. Lægerne er set fra patientens perspektiv *både* udøvere af hospitalets rutiner og dermed udtryk for andethed, *og* personer der besidder den kraft og viden, med hvilken sygdom kan transformeres til stabilt helbred. Til lægerne er knyttet det håb, at de kan kontrollere sygdom og gøre patienter raske. Håbet om at kunne komme ud fra hospitalet igen er derfor rammen omkring den vidensproduktion, som foregår i behandler-patientrelationen. Som også andre studier påpeger (20), foregår der i læge-patient-samtalen en fælles søgen efter håb.

I den fælles søgen efter håb er inkorporeret en overordnet fortælling med en tidslig grundstruktur: at få symptomer (fortid), at blive behandlet (nutid) og blive rask (fremtid) (20). Både læger og patienter forstår patienternes situation inden for den overordnede fortælling om 'at blive rask' og forsøger begge gennem deres handlinger at bidrage til, at fortællingen fuldendes. Forventningen om det nært forestående er på den måde én af grundparametrene for deres handlinger.

En dansk rapport om kommunikation under stuegang (5) konkluderer, at patienter generelt lægger vægt på at få gode nyheder, og at lægen er flink og dygtig. En lignende holdning udtrykkes i en række patientinterviews i vores undersøgelse. Patienterne fremhæver fx, at det væsentlige i samtalen med lægen er, at denne »*ikke er alt for negativ*« omkring deres diagnose og behandling, og at »*det bedste er, når lægen siger, at man godt må tage hjem* (Ole, Kolding). En anden ældre patient sagde om stuegang, at »*man ligger jo og venter på, hvad lægen siger... om der er noget godt, ikke*. For disse patienter handler stuegang om at styrke dem i håbet om, at lægen kan håndtere deres problem, og at de kan komme ud af hospitalet igen. Mange kunne ikke overfor intervieweren forklare, hvad de fejlede eller hvorfor. »*Det er så vanskeligt at finde ud af*« som en 78-årig kvinde sagde. På spørgsmålet, om hun kunne huske, hvad der skete på stuegang, sagde hun, at det kunne hun ikke: »*for først så var jeg så spændt på, om jeg nu skulle hjem, for det havde vi jo snakket om. Og det fik jeg også lov til at komme i morgen, hvis alt går vel. Så snakkede vi om det, og han var jo vældig frisk, så det blev vi hurtigt enige om*« (Grethe, Kolding). Medicinsk viden efterspørges eller huskes ikke nødvendigvis, når etableringen af håb omkring patientens fremtidige position er patienternes udgangspunkt for samtalen mellem læge og patient.

For mange medicinske patienter er forventningen og håbet om at blive raske udgangspunkt for den viden, der skabes i relation til behandlere. De ønsker at blive den raske patient, og i det perspektiv giver det ikke nødvendigvis mening at stille uddybende spørgsmål til lægen eller beklage sig over

smerte. Under en stuegang taler lægen fx med en kvindelig patient om en gastroskopi, hun har været igennem dagen før. Kvinden siger til lægen, at den ikke var så slem (observationer, Glostrup). Da intervieweren efter endt stuegang taler med patienten og beder hende fortælle om undersøgelsen, fremgår det, at det havde været en frygtelig smertefuld undersøgelse. Da kvinden bliver spurgt, hvorfor hun ikke fortalte det til lægen, svarer hun: »*Det kan jo ikke nytte noget, Det bliver jo ikke bedre. Det bliver jo ikke bedre*« (Dagmar, Glostrup). Er håbet om at blive rask – eller i det mindste stabil – rammen omkring dialogen mellem læge og patient, kommer man ikke dette nærmere ved at berette om gårsdagens smerte. Det gør man derimod ved at være den tapre patient, der er ovre sin undersøgelse og i gang med at blive rask. Dette peger tillige på, at tale ikke er en passiv afspejling af virkeligheden, men en aktiv forholden sig til virkeligheden (45). Talen er en handling, gennem hvilken man hele tiden prøver at skabe den virkelighed og den identitet, som synes hensigtsmæssig og 'rigtig' i situationen. Ved at undlade at tale om smerte er man aktivt i gang med at realisere håbet om at blive rask. Det er også i dette lys, at den sparsomme dialog om patienternes erfaringer under stuegangsrunde og i interviewsituation skal ses. Den vidensproduktion, som udfolder sig i disse interaktioner, har ikke til sigte at skabe kritik af hospitalssystemet eller detaljeret viden om den personlige erfaring af krop og sygdom, som patienter har. For patienterne synes disse interaktioner at handle om at skabe håb omkring deres eksistens ved at understøtte dem i troen på, at lægernes viden kan transformere den andethed, som sygdommen repræsenterer, og som i den grad truer deres eksistens på indlæggelsestidspunktet. Ved at tale om »at komme hjem« eller være tavse om erfaret smerte er patienterne ved at blive det, de endnu ikke er, nemlig helbredte.

Enkelte patienter udtrykker både ønsket om at blive rask og samtidig viden om, at de aldrig bliver det. Fx siger en 78-årig kvinde med KOL, at »*man vil jo gerne være rask, jo.... Jeg ved godt, at jeg aldrig bliver rask sådan der*« (Annelise, Glostrup). Selv om patienterne ved, at de er kronisk syge, er den kontinuerlige søgen efter håb stadig lige central, og ønsket om at få styr på de praktiske forhold bliver en måde at skabe håb på.

Stuegangsobservationerne rummer også en del eksempler på patienter, der udtrykker erfaringer omkring deres egen situation. Den 55-årige mand med vægttab og brystsmerter sagde fx i samtalen med lægen, at »*man kan godt blive lidt nervøs, når man har sådanne nogle smerter*«. I denne situation udtrykker han den eksistentielle angst, der knytter sig til at være langvarigt syg og føle sig truet på livet. Lægen, der i situationen er god til at skabe en dialog med patienten og udvise omsorg, svarer: »*Hvis jeg har ret, så vil medicinen [som de lige er blevet enige om, at han skal tage] hjælpe på smerterne*«. Med dette svar bidrager hun til fortællingen om håb ved at forudsige en lindring af smerter. Samtidig udtrykker hun også, at i stuegangssituationen er den medicinske forståelse af krop og helbred den 'rette måde at vide på' frem for en forståelse af helbred, der tager udgangspunkt i patientens angst for at dø. Det er kendetegnende for denne situation som så mange andre, at stuegangssamtalerne ikke åbner op for generelle overvejelser om patienters helbred og eksistentielle situation – et resultat som Kjerholt (5) også når frem til. Lægen bidrager til håbsfortællingen ved at begrebsliggøre patientens problem i medicinske termer frem for at samtale om angst med udgangspunkt i patientens totale situation.

Ønsket om viden

Som vi har set i det ovenstående, er håbsfortællingen essentiel for alle patienter. For nogle patienter er den *medicinske viden* et redskab til at skabe håb og kontrol, mens den for andre er med til at slukke håb. I det følgende ser vi på, hvordan medicinsk viden af nogle patienter opleves som udgangspunkt for at kunne opnå kontrol over egen krop og eget liv.

Et etnografisk feltarbejde blandt kræftpatienter og personale på en kirurgisk afdeling i Danmark viser, at patienter gerne vil have viden om den syge, fysiske krop (sygdomsmodellen). De vil gerne forstå de professionelles sygdomsmodel og baggrunden for deres handlinger. Patienten mangler denne viden for at kunne vurdere kroppens tilstand (20). Et andet dansk etnografisk studie af sygepleje til kræftpatienter viser, at patienten søger kontrol over egen krop ved at erhverve sig indsigt i den krop, der er usynlig for patientens blik, dvs. den syge, fysiske krop (4). I vores undersøgelse kommer dette til udtryk hos de patienter, der lægger vægt på, at de i mødet med lægen får informa-

tion om deres sygdom, og at de får svar på deres spørgsmål. Fx siger denne yngre, kvindelige patient: »*Jeg ville godt have vidst noget mere om det, om det jeg evt. kunne fejle. Jeg ville egentlig gerne vide, hvordan er jeg smittet. Altså hvis det er det. (...) Der kunne jeg godt have brugt, at der havde været én, der kunne sætte sig ned og fortælle, at det får man af det, og det får man af det, og sådan helbredes det. Jeg ved ikke, om jeg skal have noget medicin eller. Jeg ved, at jeg bliver rask igen, for det sagde han [lægen]. Det kunne tage flere uger eller et par måneder. Men hvad med mit arbejde? Der er så mange åbne ting. Og det tror jeg er meget normalt, at man tænker sådan.*« (Karina, Kolding). Patienten efterlyser, at lægen giver mere dybdegående information om de sygdomme, som patienten kan tænkes at have. På interviewerens spørgsmål om, hvorfor hun ikke i højere grad spurgte lægen om disse ting, svarer hun, at hun ikke er typen, der stiller spørgsmål, men i stedet på egen hånd søger information om det, hun gerne vil vide noget mere om, fx ved at gå på biblioteket. Hvor størstedelen af de medicinske patienter skaber håb ved at undgå medicinsk viden eller ved at få svar på spørgsmål, der vedrører praktiske og hverdagslivsorienterede forhold, bliver detaljeret medicinsk viden for andre patienter afgørende for deres oplevelse af kontrol over og håb med hensyn til deres egen situation. Det er ikke én bestemt form for viden, som patienter efterlyser i mødet med de sundhedsprofessionelle. Patienterne er snarere interesseret i flere forskellige former for viden alt afhængig af situationen, deres sygdom, alder og ressourcer.

Transformation af medicinsk viden til hverdagsliv

Patienternes deltagelse i og oplevelse af stuegang tager udgangspunkt i den konkrete sygdomshistorie og erfaring af fx ikke at kunne få luft eller at have ondt i benene, mens lægerne i høj grad bidrager til og anskuer vidensprocessen under stuegang med udgangspunkt i deres praktiske hverdag som behandlere af medicinske problemer. I interviewet om stuegang lægger Dagmar på 78 år ud med at fortælle om hendes sidste hjemkomst i forbindelse med en tidligere indlæggelse. Senere i interviewet udspiller følgende samtale sig, hvor hun vender tilbage til episoden omkring sidste hjemkomst: »*Jeg blev jo skuffet den onsdag før Skærtorsdag, som jeg har fortalt det her. Og blev jo sendt hjem kl. halv ti om formiddagen. Og mine tøser var ikke hjemme. Ingen af dem. Og kommer hjem og ejer hverken [vådt eller tørt]. (...) Og kom hovedkulds af sted. Jeg fik hverken ditten eller datten med. (...) Lægen sagde til mig, han sagde til mig: ambulancen kommer om to eller tre timer. Og så begyndte jeg sådan at samle lidt sammen, ikke. Fanden, der var ikke gået mere end to minutter, så var de der. Jeg sagde også, hvad fanden kommer I her. (...) Interviewer: Forstår du alt hvad lægen siger til dig? Dagmar: Altså nu det indvendige, det forstår jeg jo ikke. Interviewer: Forstår du, hvad de siger? Dagmar: Det snakker de jo ikke noget om... Det gør de ikke. Ikke andet end nu han sagde dér, at de havde fået besked fra i går. At jeg skulle ind på Gentofte. Men ikke hvornår eller hvad tid eller noget som helst. Og det er jo ingen besked, vel. Interviewer: Du ved ikke, hvornår det er? Dagmar: Nej, det fik jeg ikke at vide, og jeg ved ikke, hvordan vi kommer derind.*« (Dagmar, Glostrup). I denne dialog, ligesom i resten af interviewet, opholder patienten sig ikke synderligt ved medicinske forklaringer. Når hun bliver spurgt om stuegang og indlæggelse, fortæller hun om de praktiske problemer i forbindelse med en tidligere hjemkomst eller en fremtidig overførsel til Gentofte Amtssygehus. Patientens perspektiv på vidensprocessen handler altså om, hvad der skal ske med hende, og hvornår det sker. Da interviewerens spørger Dagmar om, hvorfor hun kom på hospitalet, siger hun: »*Jeg har ondt i halebenet. Og så kan jeg ikke gå, og derfor har jeg den rollator, når jeg skal gå*« (Dagmar, Glostrup). Frem for at fremhæve en mulig årsag til smerten eller den videre behandling, lægger hun vægt på, hvad smerten betyder for hendes førlighed. I begge tilfælde (hendes sidste hjemkomst og problemet med halebenet) anskuer hun sin sygdom fra et praktisk perspektiv, der handler om, hvordan hun håndterer sygdom i hjemmet. Når fokus er på, hvordan man kommer rundt, hvordan man klarer hverdagen, og hvad der helt konkret skal ske med én selv, kan stuegangsbesøget virke meningsløst. Dagmar ender fx med at sige, at hun ikke synes, stuegang giver mening. Da interviewerens spørger, hvorfor hun tror, at der kommer sygeplejersker og læger med journalvogn og diktafon, svarer hun: »*Det synes jeg ikke har noget på sig*«.[23] Andre patienter opfatter ikke stuegang som meningsløs, men også

23 At en del patienter ikke tillægger stuegang betydning hænger også sammen med, at de ikke får indblik i de behandlingsmæssige beslutninger, som fx træffes under før-stuegang eller de medicinske ræsonnementer, som ligger til grund for dem. Når patienter kun oplever stuegangsrunden og ikke ser, hvordan denne aktivitet hænger sammen med medicinske rationaler og arbejdsgange på hospitalet, opfattes samtalen med læge og sygeplejerske ikke nødvendigvis som betydningsfuld.

for dem handler det om at gøre den viden, der skabes i løbet af stuegang, meningsfuld i forhold til deres hele liv. Det vil sige, at når sundhedspersonalet forsøger at skabe medicinsk viden i samtalen med patienten, forsøger patienten at skabe viden om, hvad diagnose og behandling betyder i forhold til en total situation. Dette forhold er særligt tydeligt i et interview med Marie (Glostrup).

Marie er en kvinde i 70'erne, som får beroligende medicin. I interviewet med hende vender hun flere gange tilbage til den beslutning om dosering af beroligende medicin, som blev truffet på samme dags stuegang. Medicindoseringen er ifølge hende meget lavere end hendes sædvanlige forbrug, hvilket bekymrer hende. I samtalen med intervieweren lægger Marie ud med at fortælle om nogle tragiske episoder i sit liv: »*Da jeg var syv år døde min mor. (...) Da havde min far og mor lige bygget hus i Bagsværd, og jeg havde en storebror to år ældre end mig. Og to år efter dør han. Så står vi der alene... (...) Samme aften forlader vi huset og tager ind til byen. Og jeg kommer til at bo hos moster og bekendte. Og min bror han dør jo også, ikke. Så er jeg alene med min far, som er alle tiders dejlige menneske. (...) Men da jeg så bliver 18 år, får jeg nogle frygtelige angstanfald, når jeg er sammen med andre mennesker. Ikke fordi jeg ikke kan lide dem. Men jeg bliver ligesom bange for, at jeg ikke er god nok*«. Hun fortsætter med at fortælle om et anfald nogle dage tidligere, som er årsag til indlæggelsen. Herefter går hun videre med formiddagens stuegang: »*Lægen var meget fair og interesseret i ens velbefindende. Men [ler lidt] han ville så sørge for, at vi aftalte et passende antal. Og der har vi så problemet, ikke. For helt ærligt må jeg sige, at det han kalder passende... i alt på en dag er det 6 milliliter, hvor jeg før har fået 25 om dagen. Det vil altså sige, at jeg skal sidde inde og gemme mig for andre igen, fordi jeg er bange. Jeg må have noget hjælp altså til at få lidt mere – jeg forlanger ikke urimeligheder – men bare så jeg kan klare mig, ikke. Jeg har altid sådan kunnet klare mig og sådan, ikke. Men kun ved hjælp af dem der. Fordi at det har ramt så hårdt dengang [dødsfaldene] men det kommer først til udtryk, da jeg var 18 år*«. (Marie, Glostrup).

I denne samtale skaber Marie viden om sine angstanfald ved at etablere forbindelser mellem fortidige hændelser, personlige erfaringer af angst og en forståelse af, at traumatiske begivenheder lagres i sindet og forårsager psykisk ustabilitet. Samtidig forsøger hun at skabe viden om, hvad den besluttede medicinering betyder for det liv, hun skal leve uden for hospitalet, hvis hun som planlagt udskrives den efterfølgende dag. Ved at skabe forbindelser mellem personlige erfaringer af angstanfald og den konkrete medicinske beslutning og medicindosis opstår en viden om, at hun vil være plaget af angst og lænket til et liv inden døre. Dette er en vidensproces, gennem hvilken sygdom ikke kun forstås eller giver mening som en biologisk proces i kroppen, men som en total erfaring (46). Angstanfaldene er begivenheder, som både forbindes til og i sig selv forbinder forskellige livserfaringer. Fra Maries perspektiv bliver den konkrete stuegangshændelse betydningsfuld, idet den kobles til personlige erfaringer og fortidige begivenheder, hvorved viden om en mulig og ikke særlig ønskværdig fremtid opstår.

I løbet af hele interviewet udtrykker Marie både tillid til læger og utilfredshed med den konkrete behandlingsstrategi. Hun siger fx: »*Jeg føler mig sjovt nok altid rolig i lægers nærvær. For de ved, hvad det er man sidder og øvler om, ikke. Altså en læge ryster jo ikke på hovedet og siger 'årh du er lige til skraldespanden', havde jeg nær sagt. (...) Altså de ved godt, hvad man fortæller dem: jeg er bange, og jeg har det sådan, ikke. De forstår, hvad man mener*«. Omkring den konkrete stuegang siger hun: »*Der skulle jeg nok have været lidt kvik og så spurgt, hvor meget er det så, ikke. Men jeg følte mig ligesom tryg og tænkte, nåh men det er en overlæge, han kan nok godt finde frem til noget fornuftigt, ikke. Men jeg blev altså meget skuffet, da jeg så resultatet*«. Hun udtrykker, at tillid til lægers evne til at behandle og lindre er en integreret del af hendes erfaring af at være patient, hvilket samtidig også betyder, at hun ikke stiller spørgsmålstegn ved den viden, som skabes under stuegang. Selv hvis Marie havde været »lidt kvik«, som hun selv formulerer det, viser en række af vores observationer af stuegang, at en patients usikkerhed over for lægens udlægning af problemet ofte medfører, at patienterne ikke stiller yderligere spørgsmål til lægens perspektiv eller direkte udfordrer dette.

Observationen af en patient, der er til personlig rådgivning (stuegangsrunde) giver et andet eksempel på, hvordan patientens perspektiver på sygdom knytter sig til individuelle og hverdagslivsorienterede

forhold. *Patienten, som er en ældre mand med formodede metastaser, er ked af det og græder lidt. Han siger til lægen og sygeplejersken, at han er ked af det, fordi han er usikker på, hvordan det skal foregå, når han om kort tid skal til strålebehandling på Odense Universitetshospital. Strålebehandlingen strækker sig over flere dage, og han kan ikke overskue, hvordan han skal komme frem og tilbage. Sygeplejersken og lægen mener dog, at de vil beholde ham i Odense imens, således at han ikke skal frem og tilbage hver dag. De lover at kontakte Odense Universitetshospital for at finde ud af det. En anden årsag til, at patienten er ked af det, er, at han er bange for, at han ikke længere kan klare sig alene i sit hus, når han bliver udskrevet. Han har hørt om nogle beskyttede boliger, men har også hørt, at der er lang ventetid. Lægen og sygeplejersken lover at finde ud af noget for ham. Han vil ikke bare blive sendt hjem og ladt i stikken.* (observationer, Kalundborg). I dette møde mellem patient og professionelle er det de praktiske omstændigheder ved henholdsvis strålebehandling på et andet hospital og dét at komme hjem igen, som patienten fokuserer på. Patienten »oversætter« lægens medicinske beslutninger vedrørende sit sygdomsforløb til sit hverdagsliv og fokuserer i dette tilfælde mere på, hvordan han skal gribe de praktiske foranstaltninger an, end han søger information om selve sygdommen. At gribe fat i praktiske forhold frem for detaljer vedrørende sygdom kan være en måde, hvorpå patienten forsøger at mestre sin sygdomssituation. Ved ikke at opsøge viden om sygdommen, undgår patienten at få negativ information om sin diagnose (20).

5.3 Delkonklusion – patient og organisation

Vi har i dette kapitel analyseret stuegang som vidensproduktion. Denne vidensproduktion er en proces, i hvilken sundhedsprofessionelle skaber viden om dels patienters diagnose og behandling, dels måden hvorpå en given behandling skal effektueres. Yderligere er mødet hos patienten en social praksis, hvor patienten har mulighed for at opnå viden om, hvad han/hun fejler, og forsøge at gøre en sådan viden meningsfuld i forhold til sit eget liv. Vi har i analysen vist, at stuegang udfolder sig i relationer mellem en række forskellige *aktører* (læger, sygeplejersker, patienter) og nogle konkrete *objekter* (journaler, tavler). I disse relationer skaber aktørerne viden om det medicinske problem og den behandlingsmæssige løsning for konkrete patienter og omsætter viden til konkrete handlinger (prøvetagning, undersøgelser, udskrivning). Det er i disse relationer, at teknologien stuegang bliver til. Vores fokus på relationerne i stuegangspraksissen har gjort det muligt at undersøge, hvad det er for perspektiver på stuegang, som udveksles mellem aktørerne, og fra hvilke positioner dette sker.

5.3.1 Stuegang som vidensproduktion

Vidensproduktionen er ikke en lineær proces fra problem til løsning, men derimod en kontinuerlig vidensudveksling, i hvilken forskellige perspektiver på vidensproduktionen udtrykkes og mødes. Aktørerne har forskellige positioner i vidensproduktionen og udtrykker derfor også forskellige perspektiver på, *hvad* der er vigtigt at vide, *hvordan* viden skabes, og *hvilke* konsekvenser en sådan viden har (fx for valg af behandling, for dagen i morgen eller for en fremtid uden for hospitalet). Sagt med andre ord, de enkelte aktører har delvist forskellige sociale forståelser af, hvad der er formålet med stuegang, og hvordan et sådan mål nås. I praktiseringen af stuegang udtrykker og forhandler de forskellige interesser og perspektiver. De forskellige sundhedsprofessionelle forsøger fx i deres daglige udøvelse af stuegang at integrere målet om at træffe kliniske beslutninger, målet om at kommunikere godt med patienterne og målet om at uddanne yngre læger.

De forskellige sociale forståelser af formålet med stuegang er nært relateret til de positioner, som de enkelte aktører indtager i vidensproduktionen. *Lægerne* har et biomedicinsk udgangspunkt for vidensproduktion, hvilket fokuserer deres blik på patientens fysiske krop. De har desuden det juridiske og kliniske ansvar for at træffe passende beslutninger vedrørende patienternes diagnose og behandling. Disse beslutninger træffes overvejende i samspil med den akkumulerede viden i journalen og med sygeplejerskernes socio-medicinske viden, hvorfor mødet med patienten ikke synes at have afgørende betydning for lægens medicinske beslutninger. I deres handlinger udtrykker lægerne, at det vigtigste formål med stuegang er at skabe overblik over patienternes anamnese og symptomer, således at de kan træffe de rette medicinske beslutninger, som i sidste ende skal stabilisere eller gøre

patienterne raske, så de kan blive udskrevet. Lægerne udtrykker desuden verbalt, at det er vigtigt for dem at observere patienterne og kommunikere med dem med henblik på at indhente viden om deres sygdomserfaring. Lægernes position internt i lægegruppen har betydning for, hvordan den enkelte læge anskuer processen med at skabe overblik. For yngre læger er dette en læreproces, og dermed er formålet med stuegang også uddannelse. Effektivitet er derimod et centralt mål for de erfarne læger, som har et komplekst vagtskema, hvor stuegang er en brik, der skal passe ind i de andre aktiviteter (fx vagter på ambulatoriet, konferencer m.v.).

Sygeplejerskernes udgangspunkt for vidensproduktion er den socio-medicinske viden om patienterne, som de opnår gennem deres daglige pleje af patienterne. Sygeplejerskernes perspektiv på stuegang er at formidle deres socio-medicinske viden om patienterne til lægerne og søge at inddrage patienter i stuegangssamtaler. Ved at agere forbindelsesled mellem lægernes medicinske viden og patienternes sygdomserfaring giver sygeplejerskerne udtryk for, at et væsentligt formål med stuegang er at videreformidle patientens sygdomserfaring til lægen eller få patienten til selv at formidle den (særligt fremtrædende i Kalundborg) samt hjælpe patienten med at oversætte medicinsk viden til dennes hverdagsliv. I deres handlinger definerer sygeplejerskerne patientkendskab og -kommunikation som målet med stuegang og dermed som essentielt for et godt klinisk forløb.

Patienternes udgangspunkt for produktion af viden er for det første præget af tab af kontrol over basale livsforhold, som suspenderer deres normale sociale identitet og kompetencer. For det andet er patienternes udgangspunkt fokuseret på deres sygdomserfaring og spørgsmålet om, hvordan diagnose og behandling får betydning i en konkret hverdag uden for hospitalet. For patienterne er formålet med stuegang at skabe håb om, at de kan blive raske. Dette håb kan for nogle etableres ved at opsøge detaljeret medicinsk viden, men for mange medicinske patienter er det ved at undgå detaljeret medicinsk viden om sygdommen, at de skaber håb omkring deres situation. Mange patienter anser det i princippet for væsentligt at formidle sygdomserfaring til de sundhedsprofessionelle og på den måde bidrage aktivt til deres vidensproduktion. Men i den konkrete stuegangspraksis betyder de organisatoriske rammer (fx travlhed, flersengsstue) og ønsket om at fastholde et perspektiv om at blive rask, at patienter ofte ikke får formidlet deres sygdomserfaring til lægen.

6 Økonomisk analyse af stuegang

Dette kapitel indeholder en analyse af tidsforbruget ved de tre forskellige stuegangsformer, der er repræsenteret i dette studie: traditionel stuegang, personlig rådgivning og stuegang understøttet med EPJ. Indledningsvis gennemgås tidsforbruget fordelt på forskellige stuegangsrelaterede aktiviteter for henholdsvis læger, sygeplejersker og sekretærer for hver enkelt af afdelingerne. Derefter foretages en sammenligning af de tre afdelinger, idet det dog forinden diskuteres, hvorvidt det opgjorte tidsforbrug på de tre afdelinger er sammenligneligt.

6.1 Eksisterende undersøgelser af tidsforbruget i forbindelse med stuegang

Flere amerikanske studier har beskæftiget sig med tidsforbruget i forbindelse med stuegang. I en undersøgelse fra 1965 (22, 22) har man opgjort tidsforbruget til forskellige typer af stuegange (Special Attending Rounds, Attending Rounds og Work Rounds) på fire forskellige hospitaler. Tidsforbruget blev procentvist fordelt på en række henholdsvis patientrelaterede og ikke-patientrelaterede opgaver, idet der med patientrelateret mentes, at patienten var til stede. Andelen af det samlede tidsforbrug i forbindelse med stuegang, hvor patienten til var til stede, varierede fra 12% (Special Attending Rounds) til 57% (Work Rounds).

En undersøgelse fra 1985 (23) indeholdt ligeledes en opgørelse af tidsforbruget ved forskellige aktiviteter under stuegangen (Work Rounds). Stuegangen havde en samlet varighed på gennemsnitligt 49,4 minutter pr. dag, og tidsforbrug pr. patient var i gennemsnit på 4,6 minutter.

I begge af de ovenfor gennemgåede undersøgelser er tidsforbruget målt ved hjælp af observatør og stopur. Der er ikke fundet danske undersøgelser af tidsforbruget specifikt i forbindelse med stuegang.

6.2 Tidsforbruget på de tre afdelinger

6.2.1 Afdeling M21, Glostrup Amtssygehus

To eller tre læger gennemfører hver dag stuegangen på medicinsk afdeling M21 på Glostrup Amtssygehus, idet fordelingen af patienter foregår ved »før-stuegangen«. Et antal sygeplejersker deltager i stuegangen på de patienter, de er tilknyttet den pågældende dag.

Da der indgik en helligdag i den 14 dages periode, hvor tidsregistreringen fandt sted, er der kun registreret tidsforbrug for 9 dage. I perioden var der i gennemsnit indlagt 19,4 patienter i afdelingen.

På grund af mangelfuldt udfyldte lægeskemaer én af dagene er det beregnede lægetidsforbrug baseret på 8 dage.

TABEL 1
Samlet tidsforbrug til stuegangsaktiviteter, læger. Afdeling M21, Glostrup Amtssygehus

Aktivitet	Minutter pr. dag		Minutter pr. indlagt/dag	
	Gns.	Min-Max.	Gns.	Min.-Max.
Læsning af journal	70	25-125	3,9	1,2-8,6
»Før-stuegang«	60	0-197	3,1	0-10,9
Stuegang	230	105-340	11,8	7,5-15,8
»Efter-stuegang«	70	0-135	3,6	0-6,4
Opfølgning på stuegang	24	0-70	1,2	0-3,7
I alt stuegang	452		23,6	

Note: Det fremgår af de udfyldte skemaer, at der tilsyneladende ikke systematisk er skelnet imellem »efter-stuegang« og »opfølgning på stuegang«. De to aktiviteter bør derfor ses under ét. Baseret på 8 dages tidsregistrering.

Der foreligger udfyldte registreringsskemaer fra sygeplejerskerne alle 9 registreringsdage.

TABEL 2
Samlet tidsforbrug til stuegangsaktiviteter, sygeplejersker. Afdeling M21, Glostrup Amtssygehus

Aktivitet	Minutter pr. dag		Minutter pr. indlagt/dag	
	Gns.	Min.-Max.	Gns.	Min.-Max.
Gennemlæsning af kardex	91	55-150	4,8	2,6-7,9
»Før-stuegang«	55	28-92	2,8	1,3-4,8
Stuegangsrunde	230	118-330	12,0	6,6-17,4
»Efter-stuegang«	39	0-90	2,2	0-6,4
Ajourføring af kardex	200	87-290	10,3	4,8-13,8
I alt stuegang	615		32,1	

Baseret på 9 dages tidsregistrering.

Sygeplejesekretærgruppen, som varetog klargøring af journalen, har udfyldt skemaer for 7 dage, og lægesekretærgruppen, som varetog ajourføring af journal, har udfyldt skemaer for 8 dage.

TABEL 3
Samlet tidsforbrug til stuegangsaktiviteter, sekretærer. Afdeling M21, Glostrup Amtssygehus

Aktivitet	Minutter pr. dag		Minutter pr. patient/dag	
	Gns.	Min.-Max.	Gns.	Min.-Max.
Klargøring af journal*	189	150-250	10,2	8,3-13,9
Ajourføring af journal**	293	160-450	16,1	8,4-32,2

* Baseret på 7 dages tidsregistrering.
** Baseret på 8 dages tidsregistrering.

Ovenstående tabeller viser, at lægegruppen i alt anvender knap 8 timer pr. dag til stuegangsrelaterede aktiviteter på afdeling M21. Sygeplejegruppen anvender i alt 10 timer pr. dag, mens sekretærgruppen i alt anvender 8 timer pr. dag til stuegangsrelaterede aktiviteter. Selve stuegangsrunden er den mest tidskrævende del af stuegangsaktiviteterne, idet såvel læge- som sygeplejegruppen bruger i alt knap 4 timer om dagen til denne aktivitet. En anden tidskrævende aktivitet for sygeplejerskerne er ajourføring af sygeplejekardex, som gennemsnitligt tager godt 3 timer på om dagen. Hvis det samlede tidsforbrug sættes i relation til antal indlagte patienter i afdelingen, ses det, at lægerne i gennemsnit bruger knap 25 minutter pr. patient, mens sygeplejerskerne bruger i alt godt en halv time pr. patient. For både læger og sygeplejersker udgør selve stuegangsrunden, dvs. den direkte patientkontakt, godt 10 minutter pr. patient. For lægernes vedkommende udgør den direkte patientkontakt ca. halvdelen af deres samlede tidsforbrug til stuegang. Det er bemærkelsesværdigt, at sekretærgruppens arbejde i relation til klargøring og ajourføring af journalen er mere tidskrævende end lægegruppens stuegangsaktiviteter.

6.2.2 Afdeling M3, Kalundborg Sygehus

Patienterne på afdeling M3, Kalundborg Sygehus, bliver normalt fordelt på i grupper, som hver er tilknyttet en sygeplejerske (gruppeleder). Som regel er det én læge, der varetager den personlige rådgivning og aktiviteterne i forbindelse hermed for hele afdelingen.

Der foreligger besvarelser for samtlige dage i perioden fra både læger og sygeplejersker. Det fremgår, at der én af dagene i registreringsperioden på grund af travlhed blev gennemført traditionel stuegang, og denne dag er udeladt i beregningerne. For enkelte dage er sygeplejeskemaerne mangelfuldt udfyldt med hensyn til start eller sluttidspunkt for enkelte af aktiviteterne. Observationerne for disse aktiviteter de pågældende dage er behandlet som uoplyste.

I den periode, hvor tidsregistreringen fandt sted, var der i gennemsnit indlagt 18,7 patienter i afdeling M3, og der blev i gennemsnit udført 7,4 personlige rådgivninger pr. dag. Det er valgt at relatere det registrerede tidsforbrug til antal indlagte patienter og ikke til antal gennemførte personlige rådgivninger. Dette skyldes, at tidsforbruget til selve patientsamtalerne ikke er registreret særskilt, men sammen med opgaver der vedrører koordinering og planlægning af indlæggelsesforløbet for alle patienter i afdelingen.

TABEL 4
Samlet tidsforbrug til personlig rådgivning, læger. Afdeling M, Kalundborg Sygehus

Aktivitet	Minutter pr. dag		Minutter pr. indlagt/dag	
	Gns.	Min.-Max.	Gns.	Min.-Max.
Læsning af journal	32	0-75	1,6	0-4,2
Tavlemøde	14	0-40	0,7	0-2,0
Pers. rådgivning, patientgennemgang, opfølgning	221	95-390	11,5	6,7-17,7
I alt stuegang	226		13,8	

Baseret på 9 dages tidsregistrering.

TABEL 5
Samlet tidsforbrug til personlig rådgivning, sygeplejersker. Afdeling M, Kalundborg Sygehus

Aktivitet	Minutter pr. dag		Minutter pr. indlagt	
	Gns*	Min-Max.	Gns.	Min.-Max.
Forberedelse på gruppelederkontor	65	35-110	3,5	1,8-5,8
Morgenrunde	75	59-105	4,1	3,2-5,7
Sygeplejekonference	46	25-70	2,5	1,7-3,7
Tavlemøde	30	0-75	1,5	0-4,2
Pers. rådgivning, planlægning og opfølgning	119	75-225	8,3	4,1-10,9
Opfølgning efter pers. rådgivning	161	60-360	11,9	5,5-26,3
I alt stuegang	496		31,8	

* Sum af gennemsnit for de to plejegrupper.
Baseret på 9 dages tidsregistrering.

Ajourføring af journalen foregår løbende over dagen mellem andre sekretæropgaver, hvorfor sekretærerne ikke fandt det muligt at registrere tidsforbruget til denne aktivitet.

TABEL 6
Samlet tidsforbrug til personlig rådgivning, sekretærer. Afdeling M, Kalundborg Sygehus

Aktivitet	Minutter pr. dag		Minutter pr. patient/dag	
	Gns.	Min.-Max.	Gns.	Min.-Max.
Klargøring af journal	147	55-275	7,8	2,8-12,5

Baseret på 10 dages tidsregistrering.

Det fremgår, at lægerne i gennemsnit bruger i alt 3 timer og 45 minutter om dagen på personlig rådgivning, forberedelse og opfølgning, mens sygeplejerskerne bruger mere end dobbelt så meget tid, nemlig 8 timer og 15 minutter om dagen. Sekretærerne brugte i gennemsnit 2 timer og 45 minutter om dagen på at klargøre journalen.

Målt pr. indlagt bruger lægerne i alt knap 15 minutter pr. dag til personlig rådgivning og de dertil knyttede aktiviteter, mens sygeplejerskerne bruger det dobbelte, nemlig godt 30 minutter pr. indlagt patient. Det er ikke muligt at udskille den andel af tidsforbruget, der vedrører den direkte patientkontakt. Sekretærernes tidsforbrug pr. dag er ca. 8 minutter pr. patient.

6.2.3 Afdeling B1/B2, Kolding Sygehus

Afdeling B1/B2 på Kolding Sygehus er opdelt i to grupper, og der bliver gået stuegang af én læge i hver af grupperne. I hver gruppe deltager én eller flere sygeplejersker sammen med lægen. I den periode, hvor tidsregistreringen blev gennemført, var der i gennemsnit indlagt 24,7 patienter i afdelingen.

Lægegruppen udfyldte registreringsskemaer i 12 af de i alt 20 registreringsdage (2 grupper i 10 dage).

TABEL 7
Samlet tidsforbrug til stuegangsaktiviteter, læger. Afdeling B1/B2, Kolding Sygehus

Aktivitet	Minutter pr. dag		Minutter pr. indlagt/dag	
	Gns.	Min.-Max.	Gns.	Min.-Max.
»Før-stuegang«	168	90-180	6,75	5,0-11,4
Stuegangsrunde	137	100-165	5,6	2,5-9,6
Opfølgning på stuegang	87	60-120	3,5	0-11,2
I alt stuegang	392		15,9	

* Summen af gennemsnitligt tidsforbrug pr. dag for de 2 grupper.
** Samlede tidsforbrug i de to grupper (baseret på dage hvor der foreligger registreringer for begge grupper).

For sygeplejerskerne forelå der udfyldte registreringsskemaer for 16 ud af de 20 registreringsdage.

TABEL 8
Samlet tidsforbrug til stuegangsaktiviteter, sygeplejersker. Afdeling B1/B2, Kolding Sygehus

Aktivitet	Minutter pr. dag		Minutter pr. indlagt	
	Gns.*	Min.-Max.	Gns.	Min.-Max.
Forberedelse til stuegang	126	45-160	5,3	0-10,9
»Før-stuegang«	152	123-185	6,2	4,6-7,9
Stuegangsrunde	143	60-230	5,9	1,8-14,2
Opfølgning på stuegang	183	55-330	7,5	0-15,0
I alt stuegang	604		24,9	

Lægesekretærgruppen udfyldte registreringsskemaer alle 10 dage i registreringsperioden. Da afdelingen benytter EPJ, er der ikke tidsforbrug til klargøring af journal.

TABEL 9
Samlet tidsforbrug til stuegangsaktiviteter, sygeplejersker. Afdeling B1/B2, Kolding Sygehus

Aktivitet	Minutter pr. dag		Minutter pr. patient/dag	
	Gns.	Min.-Max.	Gns.	Min.-Max.
Klargøring af journal	0	0-0	0	0-0
Ajourføring af journal	71	39-124	2,9	1,6-5,4

Det ses, at lægegruppen i alt anvender 6,5 timer om dagen til stuegangsaktiviteter på afdeling B1/B2, mens sygeplejegruppen i gennemsnit anvender ca. 10 timer pr. dag. Sekretærgruppen anvender i alt godt 1 time om dagen på at ajourføre journaler og har intet tidsforbrug til klargøring af journalen. Den største enkelte aktivitet for både læger og sygeplejersker er »før-stuegangen«, som i gennemsnit tager i alt ca. 2,5 timer. Lægegruppen bruger i alt godt 15 minutter pr. patient til stuegangsaktiviteter, mens sygeplejegruppen bruger i alt 25 minutter pr. patient. Tidsforbruget pr. patient til selve stuegangsrunden, dvs. den direkte patientkontakt, udgør for både læger og sygeplejersker ca. 6 minutter pr. patient, hvilket stort set svarer til lægernes tidsforbrug til »før-stuegang«. For lægernes vedkommende udgør den direkte patientkontakt ca. 1/3 af det samlede tidsforbrug til stuegang.

6.2.4 Sammenligning af de tre afdelinger

Som det tidligere er fremgået, er tidsregistreringen udformet på grundlag af arbejdstilrettelæggelsen i forbindelse med stuegangen på hver af de tre afdelinger. Samtidig har det været en forudsætning for den praktiske gennemførelse af tidsregistreringen, at de aktiviteter, der indgik heri, var tidsmæssigt velafgrænsede. Bl.a. fordi stuegangen rent faktisk indeholder forskellige aktiviteter på de tre afdelinger, og fordi forskelle i arbejdstilrettelæggelsen indebærer, at nogle stuegangsrelaterede aktiviteter ikke har kunnet afgrænses tidsmæssigt, omfatter tidsregistreringen forskellige aktiviteter på de tre afdelinger. Det er derfor ikke umiddelbart muligt at sammenligne det registrerede tidsforbrug på de tre afdelinger.

Bilag 13 indeholder en sammenligning af de registrerede aktiviteter på de tre afdelinger. Det vurderes, hvorvidt det er meningsfuldt at sammenligne det samlede tidsforbrug, og hvorvidt tidsforbruget til henholdsvis forberedelse, gennemførelse og opfølgning på stuegang/personlig rådgivning kan sammenlignes på tværs af de tre afdelinger. Det konkluderes, at tidsregistreringen for *sygeplejerskerne* undervurderer det samlede tidsforbrug på Glostrup Amtssygehus, men den overvurderer det samlede tidsforbrug på Kalundborg Sygehus. For *lægerne er* det registrerede tidsforbrug sammenligneligt, mens sammenligneligheden af registrerede tidsforbrug for *sekretærernes* vedkommende begrænses af, at sekretærerne på Kalundborg Sygehus ikke har registreret tidsforbruget til ajourføring af journal. Endvidere konkluderes det, at det ikke er muligt konsekvent at splitte det registrerede tidsforbrug på Kalundborg Sygehus op i henholdsvis forberedelse, gennemførelse og opfølgning på personlig rådgivning, mens det for de to øvrige afdelinger synes rimeligt at sammenligne tidsforbruget henholdsvis før, under og efter stuegang. Med disse forbehold in mente indeholder tabel 10 et forsøg på at sammenligne tidsforbruget for de tre personalegrupper på de tre afdelinger.

TABEL 10

Sammenligningaf tidsforbruget til stuegangsrelaterede aktiviteter for læger, sygeplejersker og sekretærer på M21 Glostrup, M3 Kalundborg og B1/B2 Kolding. Minutter pr. indlagt patient (procentandel af det samlede tidsforbrug til stuegang)

	M21 Glostrup		M3 Kalundborg		B1/B2 Kolding	
	Min./Ptt.	(%)	Min./Ptt.	(%)	Min./Ptt.	(%)
Læger						
Forberedelse til stuegang/Personlig rådgivning	7,0	(30)	2,3	(17)[2]	6,8	(43)
Stuegang/Personlig rådgivning	11,8	(50)	11,5	(83)[1]	5,6	(35)
Opfølgning på stuegang/Personlig rådgivning	4,8	(20)			3,5	(22)
Læger i alt	23,6	(100)	13,8	(100)	15,9	(100)
Sygeplejersker						
Forberedelse til stuegang/Personlig rådgivning	7,6	(24)	11,6	(36)[2]	11,5	(46)
Stuegang/Personlig rådgivning	12,0	(37)	8,3	(26)[2]	5,9	(24)
Opfølgning på stuegang/Personlig rådgivning	12,5	(39)	11,9	(38)	7,5	(30)
Sygeplejersker i alt	32,1	(100)	31,8	(100)	24,9	(100)
Sekretærer						
Klargøring af journal	10,2	(39)	2,9		0	
Ajourføring af journal	16,1	(61)	Uoplyst		7,8	
Sekretærer i alt	26,3	(100)	–		7,8	

[1] Ikke muligt at splitte tidsforbruget op på »Personlig rådgivning« og »Opfølgning på personlig rådgivning«.
[2] Ofte varetages tavlemødeaktiviteter imellem de personlige rådgivninger.

TABEL 11

Resultat af statistisk test for forskelle i tidsforbrug på henholdsvis M21 Glostrup Amtssygehus, M3 Kalundborg Sygehus og B1/B2 Kolding. Læger og sygeplejersker

	P-værdi	Forskel
Læger		
M21 Glostrup – M3 Kalundborg	0,0098	Ja
M21 Glostrup – B1/B2 Kolding	0,0391	Ja
M3 Kalundborg – B1/B2 Kolding	0,5703	Nej
Sygeplejersker		
M21 Glostrup – M3 Kalundborg	0,8203	Nej
M21 Glostrup – B1/B2 Kolding	0,1289	Nej
M3 Kalundborg – B1/B2 Kolding	0,0391	Ja

Såfremt P-værdien er mindre end 0,05, afvises 0-hypotesen om, at det gennemsnitlige tidsforbrug er ens.

Tabel 10 tyder på, at lægerne på Glostrup Amtssygehus anvender væsentligt mere tid til stuegang pr. patient end lægerne på de to øvrige afdelinger. Dette bekræftes af den statistiske analyse (tabel 11), som viser, at forskellen mellem Glostrup og de øvrige afdelinger er statistisk signifikant. Tabel 10 indikerer desuden, at forskellen i det samlede tidsforbrug mellem de to afdelinger med traditionel stuegangsrunde (Glostrup og Kolding) hovedsagelig skyldes forskelle i tidsforbruget til selve stuegangsrunden, dvs. den direkte patientkontakt, idet afdelingerne stort set bruger lige meget tid til at forberede og følge op på stuegangen.

Kolding Sygehus er den af de tre afdelinger, der bruger mindst samlet sygeplejersketid på stuegangsaktiviteter pr. patient. Den statistiske test viser dog, at det kun er forskellen mellem Kolding og Kalundborg, der er statistisk signifikant. Ser man på tidsforbrugets fordeling på forskellige stuegangsaktiviteter, er der stor forskel mellem de to afdelinger med traditionel stuegang: Sygeplejerskerne på Glostrup bruger dobbelt så mange minutter pr. patient til stuegangen end sygeplejerskerne på Kolding, mens sygeplejerskerne på Kolding til gengæld bruger mere tid på at forberede stuegangen end på selve stuegangsrunden. Også sygeplejerskerne på Kalundborg bruger relativt meget tid på at forberede den personlige rådgivning, hvilket hænger sammen med den måde, som den personlige rådgivning er organiseret på, men også at opgørelsen af tid omfatter en morgenkonference for sygeplejerskerne, som ikke er alene er mødt på den personlige rådgivning.

Det ses, at sekretærerne på Glostrup Amtssygehus bruger mere tid på stuegangsrelaterede aktiviteter end sekretærerne på Kolding Sygehus, hvilket skyldes, at der er indført EPJ på Kolding, som dels indebærer, at der ikke er tidsforbrug til klargøring af journal, dels at en del læger selv skriver journalnotater. Det ses desuden, at tidsforbruget til klargøring af journal på Kalundborg Sygehus er væsentligt lavere end på Glostrup Amtssygehus.

TABEL 12
Saamlet tidsforbrug til stuegang på M21, Kolding Sygehus, M3, Kalundborg Sygehus og B1/B2, Kolding Sygehus fordelt på læger og sygeplejersker. Minutter pr. indlagt patient (andel af samlet tidsforbrug)

	M21 Glostrup		M3 Kalundborg		B1/B2 Kolding	
	Min./ptt.	(%)	Min./ptt.	(%)	Min./ptt.	(%)
Læger	23,6	(42)	13,8	(30)	15,9	(39)
Sygeplejersker	32,1	(58)	31,8	(70)	24,9	(61)
I alt læger og sygeplejersker	**55,7**	**(100)**	**45,6**	**(100)**	**40,8**	**(100)**

Tabel 12 viser det samlede tidsforbrug pr. patient fordelt på læger og sygeplejersker. Det ses, at det samlede tidsforbrug for de to personalegrupper er størst på Glostrup Sygehus og mindst på Kolding Sygehus. Lægernes andel af det samlede tidsforbrug for de to personalegrupper set under ét er størst på Glostrup Sygehus og mindst på Kalundborg Sygehus.

Tidsforbrug vægtet med timelønninger

I nedenstående tabel 13 er der foretaget en vægtning af tidsforbruget med de gennemsnitlige timelønninger for de tre personalekategorier. Der er anvendt gennemsnitlige bruttotimelønninger på landsplan (kilde: www.sygehusansatte.dk). For læger er anvendt gennemsnit for overlæger og 1. reservelæger. I den anvendte timeløn er der taget højde for ferie, feriefridage, søgnehelligdage og 4% sygefravær.

TABEL 13
Gennemsnitligt tidsforbrug pr. dag pr. patient vægtet med gennemsnitlige timelønninger. M21 Glostrup, M3 Kalundborg og B1/B2 Kolding. Læger og sygeplejersker, kroner

	M21 Glostrup	M3 Kalundborg	B1/B2 Kolding
Læger	154	90	103
Sygeplejersker	113	112	88
I alt læger og sygeplejersker	267	202	192
Lægesekretærer	79	9	23

*Omfatter ikke tidsforbrug til ajourføring af journal.

Det fremgår af tabel 13, at de daglige lønomkostninger til stuegang pr. patient i gennemsnit udgør 267 kr. på Glostrup mod 192 kr. på Kolding.

6.3 Sammenfatning

Det samlede tidsforbrug til stuegangsrelaterede aktiviteter for læger og sygeplejersker på de tre afdelinger udgør dagligt mellem 40 og 55 minutter pr. indlagt patient. Materialet viser dog, at tidsforbruget varierer betydeligt fra dag til dag.

Materialet tyder på, at tidsforbruget er størst på afdelingen med traditionel stuegang og lavest på afdelingen med EPJ, – en forskel der hovedsagelig kan tilskrives forskelle i lægerne tidsforbrug. En statistisk analyse bekræfter da også, at lægerne på Glostrup Amtssygehus har et signifikant større tidsforbrug til stuegang end lægerne på de to øvrige afdelinger.

Den daglige lønudgift til stuegang for læger plus sygeplejersker varierer fra 267 kr. til 192 kr. pr. patient.

Sygeplejegruppen bruger gennemgående mere tid på stuegangsrelaterede aktiviteter end lægegruppen, hvilket hovedsagelig skyldes, at sygeplejerskerne har et større tidsforbrug til opfølgning efter stuegang end lægerne. Den største forskel i tidsforbrug mellem læger og sygeplejersker findes på afdelingen med personlig rådgivning (Kalundborg Sygehus), hvilket kan skyldes sygeplejerskernes opgaver før den personlige rådgivning, eksempelvis vurdering af patienter med henblik på personlig samtale.

Materialet tyder desuden på, at der er forskel afdelingerne imellem med hensyn til fordelingen af tidsforbruget på forberedelse af stuegangen og til selve stuegangsrunden, dvs. den tid hvor patienten er til stede. På afdelingen med EPJ anvender sygeplejerskerne således dobbelt så meget tid på at forberede stuegangen end på selve stuegangsrunden, mens lægerne bruger lige meget tid til forberedelse og gennemførelse af stuegangen. På afdelingen med traditionel stuegang anvender lægerne derimod gennemgående mere tid på selve stuegangen end på forberedelsen.

Lægernes tidsforbrug til stuegangsrunden udgjorde på afdelingen med traditionel stuegang (Glostrup) og afdelingen med EPJ-understøttet stuegang (Kolding) henholdsvis 11,8 og 5,6 minutter pr. patient, hvilket i begge tilfælde er mere end de 4,6 minutter pr. patient, der fremgik af det amerikanske studie (23). På afdelingen med personlig rådgivning foreligger der ikke registrering af tidsforbruget til patientsamtalerne (stuegangsrunden), hvorfor det ikke er muligt at sammenligne denne afdelings tidsforbrug til direkte patientkontakt med de to øvrige afdelinger.

Sekretærgruppens tidsforbrug er størst på afdelingen med traditionel stuegang, mens det er væsentligt lavere på afdelingen med EPJ. Det skyldes, at sekretærgruppen på afdelingen med EPJ ikke skal anvende tid til at klargøre journalen. Derudover er tidsforbruget til ajourføring af journal lavere på denne afdeling, bl.a. fordi en del læger selv skriver journalnotater.

7 Undersøgelsens metodiske begrænsninger

Som nævnt i afsnit 2.2 er rapportens empiriske datagrundlag koncentreret til tre afdelinger. Det vil i det følgende fremgå, at undersøgelsens design ikke er optimalt – især ikke i forhold til den økonomiske analyse. Derfor tilsigtes forsigtighed med at drage generaliserende og markante konklusioner på baggrund af undersøgelsens datagrundlag og design.

7.1 Begrænsninger ved interview- og observationsmetoden

En ulempe ved undersøgelsens observationsmetode er, at der typisk kun blev observeret to dagvagter på hver afdeling. Gennem to dages observationer af læger og sygeplejerskers arbejde i forbindelse med stuegang er det ikke muligt at få et dybdegående og nuanceret kendskab til afdelingernes stuegangspraksis.[24] Der opnås i stedet et mere overfladisk kendskab til, hvordan stuegang praktiseres, som dog giver indsigt i de overordnede arbejdsgange omkring stuegang. En anden ulempe ved observationsmetoden er, at observationerne blev gennemført af fire forskellige personer fra projektgruppen. Det er en ulempe, fordi fire forskellige personer observerer på forskellige måder og anvender forskellige teknikker til at sortere observationerne, hvilket giver uensartede gengivelser af virkeligheden. Det ville have været mere optimalt, hvis undersøgelsens design var udformet som et længerevarende observationsstudie på hver afdeling, som blev udført af 1-2 personer.

Undersøgelsen har bl.a. anvendt individuelle interviews med indlagte patienter til at belyse deres perspektiver på stuegang. Patienterne blev interviewet, mens de opholdt sig på deres sengestue – enten liggende i deres seng eller siddende ved et bord. Vi har gjort os flere overvejelser om de begrænsninger, der er forbundet med, at patienter interviewes på denne måde og under disse forhold. Interviewene var alle meget korte, fordi patienterne svarede meget kortfattet og generelt var svære at få til at snakke, sandsynligvis fordi omstændighederne for interviewet ikke var optimale. Meget få patienter kom med kritiske bemærkninger, idet størstedelen gav udtryk for tilfredshed med stuegangen. Mange patienter virkede ikke, som om de kunne rumme også at skulle tage stilling til, hvordan der gås stuegang, og hvordan de selv oplevede dette. Som vi har diskuteret i kapitel 5, mener vi, at patienternes kortfattede og ukritiske attitude til stuegang skal ses i relation til patientens position. Patienten oplever stuegangspraksissen fra en patientposition, som bl.a. er karakteriseret ved afhængighed, skabelse af håb og tab af kontrol. Vi har dermed forsøgt at kontekstualisere patienternes ukritiske attitude i forhold til deres konkrete situation i hospitalsverdenen. I denne situation bliver en evt. kritik af de sundhedsprofessionelles kliniske praksis udtryk for mistillid til de sundhedsprofessionelle, hvorved håbet om at blive rask reduceres. Men de kortfattede samtaler med patienterne skal også ses i forhold til de fysiske rammer for interviewet. De fleste blev interviewet på en flersengsstue, hvor der ikke var rum til at tale fortroligt, og hvor der hele tiden gik personale og patienter ud og ind. Dette har uden tvivl også været begrænsende for patienternes frie tale. De korte interviews med patienterne betyder, at det ikke har været muligt at udfolde patienternes perspektiver så meget som ønsket. Måske kunne interview af patienter efter endt indlæggelse have givet nogle mere fyldige, nuancerede og kritiske data.

Undersøgelsen har også anvendt fokusgruppeinterviews for at belyse lægers og sygeplejerskers perspektiver på stuegang. Når man laver fokusgruppeinterview, er det god praksis (47) at sammensætte en gruppe af mennesker, der er relativt homogene. Det er vigtigt, at der ikke er statusforskelle, da sådanne kan bevirke, at interviewpersonerne lægger bånd på deres udtalelser af frygt for sociale sanktioner. Af praktiske årsager har vi imidlertid været nødt til både at interviewe yngre læger og overlæger i samme fokusgruppe. De statusforskelle, der er mellem disse to grupper, kan have givet anledning til, at især de yngre læger ikke har talt frit fra leveren, når overlægerne på deres afdeling

24 Dette var dog ikke formålet med at gennemføre observationsstudierne. Formålet var dels at opnå en vis indsigt i afdelingernes stuegangspraksis for at kunne belyse de organisatoriske rammer for stuegang, dels at kvalificere interviewene i form af, at intervieweren havde indsigt i stuegangspraksissen og dermed bedre kunne stille kvalificerede spørgsmål til personalet.

er til stede. Et fokusgruppeinterview kun med yngre læger ville sandsynligvis have afdækket de yngres lægers synspunkter mere udførligt.

7.2 Begrænsninger ved den økonomiske analyse

Flere forhold bevirker, at den økonomiske analyses resultater er behæftet med usikkerhed. Den anvendte dataindsamlingsmetode, nemlig registrering af eget tidsforbrug, er ikke optimal for personale ansat i en travl medicinsk afdeling. Dette bekræftes da også af, at der er et vist bortfald som følge af manglende eller mangelfuldt udfyldte skemaer. Den ideelle indsamlingsmetode ville have været registrering ved hjælp af observatør med stopur (samme metode som er anvendt ved de amerikanske undersøgelser, der er gennemgået i afsnit 6.1.). Det har imidlertid ikke været muligt at benytte en sådan metode inden for rammerne af dette projekt.

Et andet usikkerhedsmoment er forskellene i de aktiviteter, der er medtaget i registreringen på de tre afdelinger. På Glostrup Amtssygehus betyder dette, at sygeplejerskernes faktiske tidsforbrug (til opfølgning på stuegangen) er større end det, der er registreret, dvs. forskellen imellem Glostrup og de to øvrige afdelingers tidsforbrug er større end det fremgår af resultaterne. Omvendt overvurderer det registrerede tidsforbrug til forberedelse af stuegang på Kalundborg Sygehus det faktiske tidsforbrug, idet sygeplejerskernes morgenkonference dækker andre formål end forberedelsen til den personlige rådgivning. Generelt kan det være forbundet med usikkerhed at afgrænse de stuegangsrelaterede aktiviteter før og efter stuegangen, idet de i vist omfang vil flyde sammen med de almindelige daglige aktiviteter i den medicinske afdeling.

Ideelt set burde en økonomisk belysning af stuegang gennemføres som en samfundsøkonomisk evaluering. En samfundsøkonomisk evaluering er en komparativ analyse af omkostninger og nytteværdi af alternative medicinske teknologier, fx forskellige måder at organisere stuegang på. Evalueringen bør ideelt set gennemføres ud fra et samfundsperspektiv, dvs. omfatte alle konsekvenser, uanset hvem de vedrører: stat, amt, kommune eller patient, og uanset hvornår de forekommer: nu eller i fremtiden (se fx (48)).

Udover de direkte omkostninger bør den samfundsøkonomiske evaluering indeholde *afledte økonomiske konsekvenser* af forskellige måder at organisere stuegangen på. Således kan afholdelse af stuegangen sent på dagen samt lang varighed af stuegangen medføre forsinkelse i udførelse af ordinationerne, fx udskrivning af patienten eller bestilling af prøver m.v., hvilket kan have økonomiske konsekvenser i form af forlænget indlæggelsestid.[25] Desuden kan forskelle med hensyn til stuegangslægens anciennitet have afledte økonomiske konsekvenser i form af forskelle i omfanget af ordination af undersøgelser og behandlinger. Forskelle i beslutninger truffet på stuegangen kan desuden medføre forskelle med hensyn til forekomst af komplikationer under indlæggelsen.

Endelig kan forskellige måder at organisere stuegangen på resultere i forskelle med hensyn til behandlingsresultatet for patienterne (outcome). Patientens outcome kan have betydning for de samfundsmæssige omkostninger efter udskrivelsen i form af ikke-planlagte genindlæggelser eller behandlings- og plejeudgifter i primærsektoren. Nytteværdien af »*stuegang*« kan opgøres som behandlingsresultatet for patienten, fx målt som antal opnåede kvalitetsjusterede leveår (QALY).

Det har imidlertid ikke været muligt at gennemføre en samfundsøkonomisk evaluering af de tre stuegangsformer inden for rammerne af dette projekt. Det skyldes, at der ikke er tale om et kontrolleret studie, men en stikprøve af tre forskellige afdelinger, hvor en lang række andre faktorer end stuegangen vil være forskellige (confounders) og dermed fx påvirke omfanget af komplikationer og behandlingskvalitet. Derudover skyldes det, at der ikke er indsamlet data om fx udskydelser af

25 At forskellige stuegangsformer kan have afledte økonomiske konsekvenser, som fx udskydelse af beslutninger, bekræftes af flere af interviewene. Fx kan en langvarig stuegang medføre, at sygeplejerskerne ikke kan nå at få udskrevet patienter.

ordinationer, forskelle i ordinationspraksis, komplikationer og behandlingsresultat. Indsamling af mange af de nødvendige data vil være særdeles ressourcekrævende og i praksis vanskelig at gennemføre. Det er med andre ord ikke muligt at afgøre, om det øgede tidsforbrug på Glostrup Amtssygehus resulterer færre afledte omkostninger, fx færre komplikationer, eller et bedre behandlingsresultat for patienterne og derfor i sidste ende er samfundsøkonomisk mere optimalt end de øvrige stuegangsformer.

8 Syntese og diskussion

I dette kapitel sammenfattes undersøgelsens resultater i form af besvarelse af undersøgelsens problemstillinger. Dernæst diskuteres resultaterne i relation til sundhedspolitiske idealer om *effektive kliniske forløb*, *patientinddragelse* og *effektiv ressourceudnyttelse*. Kapitlet afsluttes med en diskussion af, hvordan stuegang evt. kan reorganiseres mere hensigtsmæssigt i et moderne sundhedsvæsen.

8.1 Hvad er den historiske baggrund for stuegang i dag?

I det følgende besvarer vi denne problemstilling ved at fremhæve forskelle og ligheder mellem tidligere tiders stuegang og praktiseringen af stuegang i dag.

Stuegang indførtes i 1700-tallet med undervisning af medicinstuderende og unge læger som formål. Lægevidenskabens kliniske blik kom på dette tidspunkt til udtryk ved, at lægen iagttog patientens fysik og symptomer i et direkte møde med patienten. Derved var en organisatorisk rutine med tilsyn af patienten ved sygelejet grundlagt. Denne rutine, centreret om patientkonsultationer og undervisning af unge læger, genfindes i stuegangen i dag. På trods af at lægernes arbejdstilrettelæggelse gør det vanskeligt at praktisere den form for undervisning, som tidligere blev praktiseret i forbindelse med stuegang, indgår undervisning af yngre læger stadig i nutidens stuegangspraksisser. Ligeledes er lægens kliniske blik på patientens syge krop et centralt element i stuegangen i dag. Og ligesom det har været tilfældet i et par århundreder, har lægen også i dag hovedrollen i stuegangen, idet det er lægen, der har ansvaret for det diagnostiske og behandlingsmæssige arbejde. Sygeplejersken har historisk set fungeret som lægens hjælper, hvilket denne stadig gør, om end hjælpefunktionen i dag synes at have større betydning for det diagnostiske og behandlingsmæssige arbejde end tidligere. Patientens rolle i stuegangen er overordnet set relativt uændret. Patienternes rolle handler nu som tidligere primært om at formidle sygdomserfaringer til lægen.

Der er imidlertid også væsentlige forskelle mellem stuegang i dag og tidligere. Øget specialisering og arbejdsdeling betyder, at patientforløb i dag er fragmenterede, hvilket stiller flere krav til koordinering og styring af patientforløb samt vidensudveksling. Disse ændrede arbejdsvilkår for det lægelige arbejde ser ud til at have mindsket kontinuiteten i kontakten mellem læge og patient. Når læger i dag sjældent går stuegang flere dage i træk, er de i højere grad end tidligere afhængige af sygeplejerskernes viden om patienterne for at kunne skabe overblik over dem og deres sygdomsforløb. Sammen med den teknologiske udvikling synes denne arbejdstilrettelæggelse at betyde, at tilsynet af patienten ikke længere spiller en ligeså stor rolle i forhold til lægens beslutninger om diagnose og behandling. I dag synes lægens kliniske blik på patienten i højere grad at blive skabt i kraft af sygeplejerskernes viden om patienterne og i kraft af diverse prøver og undersøgelser dokumenteret i journalen. I princippet kan lægen i dag 'nøjes' med at gå stuegang ved at læse journalen og indgå i en dialog med sygeplejerskerne om deres observationer af patienterne. Men lægerne giver udtryk for, at de gerne vil tilse patienterne, og at dette møde giver god mening for dem i deres kliniske praksis. Desuden er det at gå stuegang uden at være i dialog med patienterne i modstrid med paragraf 6 i loven om patientens retsstilling, som foreskriver, at »ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke ...« (Lov nr. 482 af 01/07/1998: Lov om patienters retstilling).

8.2 Hvordan anvendes stuegang til styring af det centrale diagnostiske og behandlingsmæssige arbejde, herunder hvilken betydning har EPJ for stuegang?

Stuegang er en teknologi, med hvilken sundhedsprofessionelle skaber viden om diagnose og behandling og koordinerer patientforløb (kliniske forløb) mellem forskellige faggrupper internt på en afdeling og mellem afdelinger.

Det kliniske forløb styres primært af lægen, som i forbindelse med stuegang foretager følgende:

- Beslutter hvad der skal ske med patienterne, fx sende patienter til undersøgelser, bestille prøver, justere medicinindtaget og udskrive patienter.
- Tilser de enkelte patienter, dels ved at læse journaler, dels ved at møde patienten under stuegangsrunden.
- Fører og opdaterer journaler, hvorigennem beslutninger autoriseres, og viden formidles.

I de tre former for stuegang, som vi har undersøgt, organiseres den ovenstående styringsproces i forhold til tre hovedaktiviteter:

Før-stuegang
Læge og sygeplejerske udveksler viden om den enkelte patient og søger at skabe overblik over den samlede mængde patienter og de enkelte patienters forløb. Journalen konsulteres jævnligt med henblik på at søge viden om patienterne og at skabe overblik. På baggrund heraf træffer lægen foreløbige beslutninger om, hvad der skal ske med patienten.

Stuegangsrunden
Læge, patient og sygeplejerske samtaler ved patientens seng eller i enrum. Lægen prøver at skabe syntese mellem journal og patient. I langt de fleste tilfælde bekræftes lægen i de foreløbige beslutninger, der er truffet under før-stuegangen, og formidler disse til patienten. Sygeplejersken søger i nogle tilfælde at etablere en dialog mellem læge og patient. Både læge, sygeplejerske og patient søger at skabe håb omkring patientens eksistentielle situation, hvilket kan betyde, at patienten i højere grad ønsker at etablere en tillidsrelation til lægen end at stille uddybende spørgsmål eller gøre rede for egen sygdomserfaring. Lægen dokumenterer den skabte viden om diagnose og behandling i journalen.

Efter-stuegang
Læger (primært yngre læger) udfører opsøgende arbejde i forhold til at kunne træffe de beslutninger om behandling, som ikke kunne træffes ved før-stuegangen og stuegangsrunden. Læger og sygeplejersker søger i samarbejde med sekretærer at effektuere de etablerede beslutninger og indføre disse i journaler og sygeplejekardex.

De tre forskellige stuegangsformer, som i denne rapport er genstand for analyse, skaber forskellige betingelser for, hvilke relationer og forhold der bliver centrale i styringen af det diagnostiske og behandlingsmæssige arbejde:

Den traditionelle stuegang
Her tilses alle patienter dagligt af læge og sygeplejerske på deres sengestue. De fleste beslutninger træffes i interaktionen mellem læge og sygeplejerske under før-stuegangen og gennem lægernes journallæsning. Lægens møde med patienten under stuegangsrunden har ofte karakter af at bekræfte den igangsatte undersøgelse/behandling. Lægen fører/opdaterer dels journal på sengestuen, dels ved efter-stuegangen.

Personlig rådgivning
Her praktiseres behovsstuegang, idet en sygeplejerske dagligt vælger nogle patienter ud, som efter hendes vurdering har behov for at tale med lægen. Patienterne kommer til personlig rådgivning ca. 2-3 gange i deres indlæggelsesforløb. Også her træffes hovedparten af de medicinske beslutninger i den interaktion mellem læge og sygeplejerske, der foregår under før-stuegangen (tavlemødet). Lægens møde med patienten er længere, og det forhold, at mødet foregår i enrum, synes at give mere tid og rum til at tale om de fysiske såvel som mere psykosociale problemstillinger, end tilfældet er med den traditionelle stuegang. Lægen fører eller opdaterer dels journal i tidsrummet mellem to patientsamtaler, dels ved efter-stuegangen.

EPJ understøttet stuegang
Her tilses alle patienter dagligt af læge og sygeplejerske på deres sengestuer, og stuegangen ligner i sin struktur dermed den traditionelle stuegang. Men EPJ betyder, at en større del af interaktionen under før-stuegangen finder sted mellem sundhedsprofessionel og maskine frem for mellem læge og sygeplejerske. Desuden indskrives flere beslutninger i journalen under før-stuegang end under eller efter stuegangsrunden. Lægens møde med patienten under stuegangsrunden bliver ikke kun kortere, men får også mindre betydning for styringen af det diagnostiske og behandlingsmæssige arbejde.

Det er et gennemgående træk for alle de tre undersøgte stuegangsformer, at viden om patienternes diagnose og behandling genskabes flere gange dagligt: ved morgenkonferencen, under før-stuegangen, under stuegangsrunden og ved efter-stuegangen. Den følgende dag rekonstrueres denne viden endnu en gang, og yderligere ny viden skabes. Denne viden ophobes i journal og sygeplejekardex, hvor den læses og genlæses hver dag. På grund af lægernes arbejdstilrettelæggelse er denne kontinuerlige reproduktion af viden nødvendig dels for at skabe overblik, dels for at dokumentere hvad der er blevet besluttet, således at en anden kan tage over, hvor den første slap.

Journalen – hvad enten den er elektronisk eller af papir – er en aktiv medspiller i styringen af det centrale diagnostiske og behandlingsmæssige arbejde, idet journalisering får afgørende betydning for, hvad der gøres ved patienterne. I journalen anføres det fx, hvornår patienten skal have taget blodprøver, hvilken medicin hun skal tage og hvornår. Dermed får journalen direkte konsekvenser for patienterne og deres oplevelse af tid og rum. Desuden transformerer journalen patienternes fysiske krop til tekst (journal), hvilket gør det muligt for patienten at cirkulere rundt mellem forskellige læger, afdelinger og hospitaler. Journalen transformerer patienten til et medicinsk vidensobjekt, hvilket muliggør produktion af medicinsk viden om patienten blandt læger.

I sammenligning med de to stuegangsformer, som ikke anvender EPJ, sætter den EPJ-understøttede stuegang nogle særlige betingelser for stuegang. I den EPJ-understøttede stuegang bliver der brugt mindre tid på ansigt-til-ansigt kommunikation med patienten under stuegangsrunden, ligesom dette møde med patienten synes at have mindre betydning for styringen af det diagnostiske og behandlingsmæssige arbejde. I stedet bruges der mere tid på før-stuegang og journalisering (dokumentation), idet arbejdet med det EPJ-system, som Kolding Sygehus har valgt, kræver en større grundighed og forsigtighed, end tilfældet er med den velkendte papirjournal. Fx er det sværere at få overblik over patienterne på en pc-skærm end gennem en papirjournal. EPJ'en betyder, at der under før-stuegangen er mindre interaktion mellem læge og sygeplejerske til fordel for interaktionen mellem læge og pc. EPJ'en ændrer ikke ved den overordnede organisering af stuegangsaktiviteterne, men flytter flere opgaver og et større tidsforbrug over i før-stuegangen fra de andre stuegangsaktiviteter.

8.3 Hvilke sociale forståelser af formålet med stuegang har de forskellige aktører i stuegang?

De forskellige aktører i stuegang har en fælles forståelse af det overordnede formål med stuegang: at skabe viden om patienters diagnose og den behandlingsmæssige løsning, så patienten kan blive rask/stabiliseret med henblik på udskrivning. Effektivitet og kvalitet defineres således af alle aktører som det overordnede formål med stuegang. Men stuegangens vidensproduktion er ikke en lineær proces fra problem til løsning, men derimod en kontinuerlig vidensudveksling, i hvilken forskellige perspektiver udtrykkes og mødes. Aktørerne har forskellige positioner i vidensproduktionen og udtrykker derfor også forskellige perspektiver på, hvad der er vigtigt at vide, hvordan viden skabes, og hvilke konsekvenser en sådan viden har (fx for valg af behandling, for dagen i morgen eller for en fremtid uden for hospitalet).

Sygeplejerskerne, der har den tætteste kontakt med patienterne, lægger vægt på patientkommunikation og patientinddragelse som væsentlige elementer i at sikre et effektivt og kvalitetsfyldt klinisk forløb. Andre væsentlige formål med stuegang er for sygeplejerskerne at formidle deres socio-medi-

cinske viden om patienter til lægen og at hjælpe patienterne med at oversætte de medicinske beslutninger til en hverdagslivskontekst.

Lægernes primære mål med stuegang er at træffe passende medicinske beslutninger. De træffes i høj grad med udgangspunkt i journalen frem for på basis af mødet med patienten. Derfor er et andet væsentligt mål med stuegangen, set fra lægens position, journalføring og -opdatering. Lægerne giver imidlertid også udtryk for, at selve tilsynet af patienterne er et centralt formål med stuegang. Dels er mødet med patienten med til at bekræfte lægen i de medicinske beslutninger, som er truffet under før-stuegang, dels giver mødet med patienten mulighed for at informere og kommunikere med denne. Yderligere udtrykker selve det forhold, at yngre læger går stuegang, at stuegang indgår som et led i yngre lægers uddannelse, hvorved stuegang for lægerne også har et uddannelsesorienteret formål.

For patienten er formålet med stuegang at skabe håb om sin eksistentielle situation og at få tillid til, at de sundhedsprofessionelle kan gøre ham/hende rask igen. Patienten forventer, at de sundhedsprofessionelle informerer om de medicinske beslutninger, men patientens kontinuerlige skabelse af håb og tillid betyder, at langt fra alle medicinske patienter er interesseret i at få detaljeret viden om deres fysiske tilstand. En sådan viden kan være med til at skabe bekymring frem for håb. For et mindre antal patienter kan information om medicinske forhold imidlertid styrke dem i at genvinde kontrol over og skabe håb omkring deres situation.

De enkelte aktører har således delvist forskellige sociale forståelser af, hvad der er formålet med stuegang, og hvordan et sådan mål nås. I praktiseringen af stuegang udtrykker og forhandler disse forskellige formål og perspektiver.

Samlet set udtrykker de forskellige aktører følgende sociale forståelser af formålet med stuegang:

- At understøtte et effektivt klinisk forløb
- At sikre kvalitet i det kliniske forløb
- At træffe passende medicinske beslutninger
- At skabe overblik over patienterne og deres respektive sygdomsforløb
- At tilse patienterne
- At kommunikere med patienterne om deres sygdomserfaring
- At oversætte medicinske beslutninger til patienternes hverdagsliv
- At uddanne yngre læger
- At etablere god kommunikation med patienterne og medinddrage dem i deres kliniske forløb
- At skabe håb om at blive rask
- At skabe tillid til de sundhedsprofessionelles behandling.

8.4 Hvad er de økonomiske konsekvenser af forskellige stuegangsformer?

De økonomiske konsekvenser af stuegang består bl.a. i det direkte tidsforbrug for de læger, sygeplejersker og sekretærer, der er involveret i stuegangen. Tidsforbruget kan inddeles i tid forbrugt på henholdsvis før-stuegang, stuegangsrunde og efter-stuegang.

På de tre afdelinger udgør det samlede daglige tidsforbrug på stuegangsaktiviteterne for læger og sygeplejersker i gennemsnit mellem 40 og 55 minutter pr. patient, svarende til en lønudgift på mellem 192 kr. og 267 kr. pr. patient. Tidsforbruget varierer dog betydeligt fra dag til dag.

Datamaterialet peger i retning af, at det samlede tidsforbrug er størst på afdelingen med traditionel stuegang og mindst på afdelingen med EPJ-understøttet stuegang – en forskel, der skyldes, at lægerne på afdelingen med traditionel stuegang har et større tidsforbrug til stuegang end lægerne på de to øvrige afdelinger. Derudover varierer tidsforbruget til stuegang med hensyn til, hvordan

det fordeles på aktiviteter, fx hvor stor andel der bruges på før-stuegangen og hvor stor andel på selve patientkontakten (stuegangsrunden). For sygeplejerskernes vedkommende udgør stuegangsaktiviteterne mellem 15% og 20% af det daglige fremmøde.

På baggrund af de gennemførte analyser er det ikke muligt at afgøre, hvilken af de tre stuegangsformer der er mest omkostningseffektiv. Det skyldes, at der ikke er foretaget en analyse af de afledte konsekvenser af stuegangen, fx behandlingsresultatet for patienterne eller forekomsten af komplikationer. Sagt med andre ord kan vi på baggrund af undersøgelsen ikke sige noget om, hvorvidt og hvordan de enkelte stuegangsformer har betydning for 'health outcomes'.

8.5 Diskussion af undersøgelsens hovedresultater

I det følgende vil vi diskutere undersøgelsens hovedresultater i relation til sundhedspolitiske idealer om:

- et *effektivt klinisk forløb* (høj faglig kvalitet og effektiv koordinering af behandling),
- *patientinddragelse* (at fremme patienters aktive medvirken i og indflydelse på behandling), samt
- *effektiv ressourceudnyttelse* (at få stuegang til at være en samfundsøkonomisk optimal teknologi).

At det netop er disse idealer, som vi finder interessante at tage op, hænger sammen med, at de er centrale både i de forskellige aktørers handlinger og i den sundhedspolitiske arena. Derfor spørger vi i det følgende:

- Hvad fortæller stuegangsanalysen om idealet om et effektivt klinisk forløb og god patientkommunikation med vægt på medinddragelse – og om realiseringen af dette?
- Kan man med udgangspunkt i tidsregistreringsstudiet sige noget om, hvorvidt stuegang er en samfundsøkonomisk optimal teknologi?

Afslutningsvis diskuterer vi, om stuegang kan siges at være en hensigtsmæssig arbejdsform i et moderne sundhedsvæsen. I denne del af diskussionen kommer vi med forsigtige bud på, hvordan den traditionelle stuegang kan reorganiseres på medicinske afdelinger i det danske sundhedsvæsen.

8.5.1 Klinisk forløb og patientkommunikation

Analysen af stuegang på tre medicinske afdelinger synliggør, at læger og sygeplejersker både ser et effektivt klinisk forløb og en god patientkommunikation som væsentlige mål med stuegang. Netop disse mål er nært knyttet til udbredte forestillinger og idealer om at skabe et effektivt klinisk forløb og en særlig relation mellem sundhedspersonale og patienter med vægt på patientinddragelse og god kommunikation. I *Den nationale strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet* (49) er det eksempelvis et indsatsområde at fremme patientperspektivet i kvalitetsarbejdet ved at etablere bedre betingelser for patienters og pårørendes aktive medvirken og indflydelse.

Samtidig viser analysen af vidensproduktionen i de forskellige stuegangsformer, at det langt fra altid forholder sig sådan, at patientkommunikation nødvendigvis bidrager til et effektivt klinisk forløb. Det forhold, at langt de fleste behandlingsmæssige beslutninger træffes i relationer mellem læge, sygeplejerske og journal, før patienten overhovedet er tilset, indikerer, at de patientsamtaler, der praktiseres under stuegangsrunden, ikke synes at bidrage synderligt til diagnose og behandling, og at målet om klinisk effektivitet derfor ikke automatisk hænger sammen med en opprioritering af patientkommunikation og -inddragelse. Hvis der fokuseres snævert på det kliniske forløb, kunne dette effektiviseres, hvis læger kun ser patienter efter behov, når de er i tvivl om anamnese og behandling. Desuden kunne det kliniske forløb effektiviseres yderligere, hvis kun overlæger gik stuegang, idet de kliniske beslutninger ville blive truffet hurtigere. Man ville undgå, at yngre læger uden tilstrækkelig erfaring enten skal bruge tid på at rådføre sig med overlæger eller udskyde beslutninger til overlægens stuegang. En sådan ordning ville imidlertid underminere et andet formål med

stuegang, nemlig uddannelse af yngre læger, ligesom det sandsynligvis ville medføre, at ambulatorier skulle fungere uden erfarne overlæger. Derudover ville stuegang uden patienttilsyn stå i skærende kontrast til idealet om patientinddragelse og til paragraf 6 i lov om patientens retsstilling, der foreskriver indhentning af informeret samtykke hos patienter. Det synliggøres dermed, at stuegangsaktørerne løbende afvejer hensyn, der trækker i forskellige retninger ved i deres daglige praksis at forsøge at integrere idealet om både effektivitet og patientinddragelse.

Den foreliggende undersøgelse har ikke forsøgt at dokumentere patientkommunikation og patientinddragelsens betydning for det kliniske forløb, men andre studier peger på, at patientinddragelse har en positiv virkning på behandlingsudfald såvel som på patienttilfredshed (50-52). Større følelse af kontrol over eget forløb betyder større behandlingskvalitet. I det lys synes der at være et potentiale til i højere grad at sammentænke patientinddragelse og klinisk effektivitet – ikke blot begrebsmæssigt i de enkelte læger og sygeplejerskers hoveder, men også organisatorisk.

8.5.2 Medinddragelse og beslutningskompetence

Begreber som medinddragelse og beslutningskompetence indebærer en forestilling om, at patienter skal informeres om medicinske forhold for på baggrund af denne information bedre at kunne tage del i samtalen med lægen og blive 'beslutningskompetente' i spørgsmålet om valg og implementering af behandling. Denne forestilling er også nært knyttet til det informerede samtykke, som handler om, at 'patienten modtager tilstrækkelig oplysning om sygdommen og den foreslåede behandling til at kunne træffe beslutning om behandlingen' ((53) og Lov nr. 482 af 01/07/1998: Lov om patienters retstilling). For de sundhedsprofessionelle betyder en sådan medinddragelse et stort ressourceforbrug (tid). For patienter betyder det, at de skal kunne tage del i en biomedicinsk samtale om deres helbred og de behandlingsmæssige beslutninger. Analysen af stuegang viser, at patienter på medicinske afdelinger ikke nødvendigvis ønsker at skulle forstå og tage stilling til biomedicinske diagnoser og behandlinger. For dem indebærer god patientkommunikation, at lægen har tid til at tale med dem, viser interesse for dem, demonstrerer kendskab til deres sygdomsforløb, og tager dem alvorligt. Patienternes opfattelse af god patientkommunikation indebærer således ikke nødvendigvis et behov for at blive involveret i den medicinske beslutningsproces. Som medicinske patienter ved de fra deres daglige erfaring, at patient og læge står i vidt forskellige positioner og fastholder gerne disse frem for at forsøge at etablere et ligeværdigt forhold til lægen og betragte denne som én, de kan forhandle med. Patienterne søger at skabe håb omkring deres eksistentielle situation, og dette opnås ikke nødvendigvis gennem medinddragelse. Derimod finder mange patienter i højere grad støtte i det forhold, at lægen ved bedre end dem.

Medinddragelse og beslutningskompetence er sundhedspolitiske idealer, som heller ikke i en klinisk sammenhæng let oversættes til en bestemt praksis (fx 5 minutter pr. patient, 3 spørgsmål til patienten om helbred og velbefindende). God kommunikation (i betydningen god forståelse mellem læge og patient) er ikke nødvendigvis realiseret gennem et spørgsmål til patienten om, hvad denne synes, men kan praktiseres ved at fortælle patienten, hvad der skal ske, og hvornår det sker. Et stille samtykkende smil fra patienten kan også udtrykke deltagelse i dialog, selv om denne ikke stiller spørgsmål til behandlingen og dens konsekvenser.

Såfremt stuegang både skal tilgodese patientens ønske om at blive lyttet til og idealet om patientinddragelse og beslutningskompetence, skulle flere forhold opprioriteres: Der skulle afsættes mere tid til mødet mellem læge og patient, de fysiske rammer skulle ændres (patient i enrum med læge og sygeplejerske), og lægerne skulle i højere grad uddannes til at håndtere patienters sygdomserfaring, som ofte angår angst og magtesløshed. Yderligere ville en opprioritering af denne form for kommunikation kræve, at sygeplejersken gør et forarbejde ved fx inden stuegangsrunden at hjælpe patienterne med at sætte ord på deres sygdomserfaring, således at det er lettere for patienten at formidle denne erfaring i samtalen med lægen. At skulle praktisere en stærkere patientinddragelse indebærer dermed ændrede vilkår for både patient og personale.

8.5.3 Stuegang som en samfundsøkonomisk optimal teknologi

Den økonomiske analyse viser, at lægernes tidsforbrug til stuegang er større på afdelingen med traditionel stuegang end på afdelingerne med henholdsvis personlig rådgivning og EPJ-understøttet stuegang, ligesom materialet tyder på, at det samlede tidsforbrug til den traditionelle stuegang er større end tidsforbruget til de to øvrige stuegangsformer. Det er imidlertid ikke muligt på dette grundlag at afgøre, om den EPJ-understøttede stuegang og personlig rådgivning er en mere samfundsøkonomisk optimal teknologi end den traditionelle stuegang.

En besvarelse af dette spørgsmål forudsætter, at den økonomiske analyse ikke blot omfatter det direkte ressourceforbrug, men udvides til at omfatte en egentlig samfundsøkonomisk evaluering.

Den samfundsøkonomiske evaluering har sin baggrund i velfærdsteorien, der igen har sin baggrund i en erkendelse af, at ressourcerne er begrænsede, og har som mål at anvende de knappe ressourcer, så der opnås størst mulig nytteværdi. Omkostningerne forstås som »alternativomkostninger«, dvs. værdien ved den bedste alternative anvendelse af ressourcerne. En alternativ måde at analysere, om ressourceforbruget til stuegang er optimalt, er at basere analysen på det implicerede personales vurdering af, om tidsforbruget til stuegang er optimalt.

Med udgangspunkt i fremmødeplanerne for de tre afdelinger (se kapitel 4) kan det beregnes, at stuegang lægger beslag på mellem 14% (Kalundborg) og 20% (Glostrup) af dagarbejdstiden for plejepersonalet (forudsat at der er fuldt fremmøde),[26] og det fremgår af flere udtalelser fra såvel læger som sygeplejersker, at de finder denne andel for stor (se afsnit 5.2.2). Disse udtalelser kan tolkes på den måde, at en del af den tid, de bruger på stuegang, efter deres opfattelse kunne være bedre anvendt til andre formål – for sygeplejerskernes vedkommende fx til pleje af patienterne. Med andre ord er den måde, som stuegangen fungerer på, ikke altid en optimal anvendelse af personalets knappe arbejdstid. En medvirkende årsag til, at tidsforbruget til stuegang ikke opfattes optimalt, er, at der ofte er afbrydelser undervejs, eller at der er ventetid. Hertil kommer, at tidsforbruget også vil afhænge af stuegangslægens erfaring.

8.5.4 Stuegang – en hensigtsmæssig arbejdsform?

Analysen af stuegang på tre intern-medicinske afdelinger i Danmark viser, at stuegang er et komplekst fænomen. Med mange forskellige aktører involveret og mange forskellige interesser repræsenteret i stuegangspraksissen er der ikke én indlysende måde at praktisere stuegang på. Opskriften på den ideelle stuegang vokser ikke automatisk ud af datamaterialet. Den følgende diskussion af, hvordan man evt. kan reorganisere stuegang i det moderne sundhedsvæsen, bygger ikke alene på analysen, men tager også udgangspunkt i det forhold, at ikke kun behandling af patienter, men også uddannelse af yngre læger, EPJ, patientkommunikation, sundhedsøkonomiske forhold samt styring og koordinering af komplicerede patientforløb er uomgængelige faktorer i det moderne sundhedsvæsen.

Interviews med både patienter og sundhedspersonale peger på, at begge grupper betragter samtalen mellem læge og patient som den centrale aktivitet i stuegang. Samtidig viser observationerne, at det diagnostiske og behandlingsmæssige arbejde med patienterne i lige så høj grad – hvis ikke mere – foregår under før- og efter-stuegang. Stuegang er således i sin nuværende form en aktivitet, som ikke blot strækker sig over det meste af en arbejdsdag (dagvagt), men også i høj grad foregår i relationer mellem det forskellige sundhedspersonale. På denne baggrund er der god grund til at skabe en stuegangsform, som både tager hensyn til disse forhold og samtidig integrerer uddannelse af yngre læger samt idealet om at inddrage patienter i pleje og behandling.

I det lys har den traditionelle stuegangsform en række ulemper. For det første praktiseres i denne stuegangsform et dagligt tilsyn af patienter på trods af, at dette i princippet ikke er nødvendigt for

26 Lægerne er ansat ved hele den medicinske afdeling og ikke de enkelte afsnit. Det er derfor ikke muligt at foretage en tilsvarende beregning for så vidt angår lægerne.

den kliniske proces. For det andet er der ikke særlig lang tid at kommunikere med hver enkelt patient, og der er ikke rammer for en uforstyrret kommunikation, da langt de fleste patienter ligger på flersengsstuer. Og for det tredje har denne stuegangsform et større lægetidsforbrug end fx personlig rådgivning (jf. tidsregistreringsstudiet i kapitel 6).

En måde hvorpå man kunne reorganisere den traditionelle stuegangsform, er ved at omlægge patientkontakten, så læge og patient får en samtale i enrum, men ikke nødvendigvis hver dag. Snarere foregår samtalerne efter behov (jf. personlig rådgivning, Kalundborg), og hver patient vil i så fald have et par lægesamtaler i løbet af en indlæggelse. Ved at afholde patientsamtaler på denne måde er det muligt at skabe rammer for en mere uforstyrret og måske mere fokuseret patientkommunikation. I en sådan stuegangsform spiller før-stuegangen (tavlemøder) en meget central rolle, fordi det er her, arbejdet med det diagnostiske og behandlingsmæssige arbejde for alle patienter styres. Det er på disse møder, at beslutninger træffes og effektueres, også selv om den enkelte patient ikke tilses. Det er helt centralt for denne stuegangsforms effektivitet og kvalitet, at der altid er en overlæge til stede ved før-stuegangen (tavlemødet). En tilstrækkelig overlægebemanding er derfor vigtig, hvis denne form for stuegang skal føre til effektive kliniske forløb, og hvis de yngre lægers uddannelse skal tages alvorligt.

Hvad angår kommunikation, har en stuegangsform, som ligner konceptet om personlig rådgivning i Kalundborg, både stærke og svage sider. At gennemføre stuegangsrunden i enrum giver som nævnt mulighed for en uforstyrret samtale, men stiller også store krav til de forskellige aktører. Både klinikere og patienter skal være gode til at sætte ord på erfaringer og behandlingsmæssige beslutninger. Feltstudiet på Kalundborg Sygehus viser, at læger (især de yngre) er mere sårbare i kommunikationen med patienten, når de er i enrum med denne. Dette kan skyldes, at de ikke på samme måde kan kontrollere kommunikationen som på en sengestue, fx ved at vende ryggen til patienten, bryde op eller signalere travlhed, hvis patienten tager emner op, som lægen finder krævende. Yderligere lægger denne stuegangsform op til, at patienten skal 'åbne op' og give udtryk for sin sygdomssituation. Som før nævnt har ikke alle patienter behov for, lyst til eller ressourcer til at samtale om deres sygdoms- og livssituation. Det betyder, at en sådan stuegangsform også skal kunne rumme patienter, som ikke nødvendigvis ønsker at kommunikere om psykosociale forhold eller inddrages i behandlingsmæssige beslutninger.

Feltstudierne fra Kolding Sygehus peger på, at den anvendte EPJ-teknologi ikke er god til at understøtte stuegangsrunden i en traditionel stuegangsform. At have en pc med rundt på stuerne opleves som besværligt og medfører, at sundhedspersonalet alligevel må støtte sig til skrivelser og noter på papir. Derimod kan EPJ være et godt redskab til den administrative del af stuegang, fx i forbindelse med ordination af medicin og samarbejde mellem afdelinger. Ved at kombinere EPJ med en stuegangsrunde i form af læge-patient samtaler i enrum kunne den administrative gevinst ved EPJ kombineres med gode rammer for kommunikation mellem patient og sundhedspersonale. I denne situation, hvor pc'en har sin faste plads på skrivebordet – og ikke skal med rundt på stuerne, ville relationen mellem menneske og maskine måske også blive mindre dominerende. I den situation kunne man gøre forsøg på i højere grad at lade patienten være medlæser på journaldata (se også Svenningsen (43)) for den måde at give patienten indsigt i den medicinske begrebsliggørelse af sygdomsforløbet og mulighed for at kommentere på behandlingsmæssige beslutninger. Dette kunne være et redskab til at praktisere den medinddragelse, som sundhedsvæsenet efterstræber, og som forskning dokumenterer har en positiv effekt på behandlingsudfald. Under alle omstændigheder bliver EPJ en realitet på danske sygehuse i fremtiden og skal integreres i en hvilken som helst måde at praktisere stuegang på.

Vores undersøgelse viser, at stuegang er en aktivitet, som foregår i løbet af en hel dag, men at der blandt personalet er enighed om, at stuegang (dvs. før-stuegang og stuegangsrunde) helst skal være færdig inden middag. Denne diskrepans mellem udførelsen af de reelle stuegangsaktiviteter på den ene side og aktørernes opfattelse af tidsrummet afsat til stuegang på den anden giver anledning til frustration og oplevelser af tidspres. Derfor vil vi afslutningsvis pege på, at der kan være fordele i

at begrebsliggøre og dermed acceptere stuegang som en aktivitet, som strækker sig over det meste af en dag afbrudt af forskellige konferencer/møder. Hvis man kunne introducere stuegang som en løbende aktivitet, kunne man dels mindske noget af den frustration, der er forbundet med begrebsmæssigt at forstå stuegang som en formiddagsaktivitet, men praktisere den som en heldagsaktivitet, dels synliggøre nogle af de mange administrative aktiviteter, som foregår under før- og efter-stuegang.

9 Referencer

1
Læge, patient, sygeplejerske. Service gennem kontinuitet. Symposium for sygeplejersker, læger og sygehusledere. Arr. af Amtssygehuset Sct. Elisabeth og kirurgisk afd. H, Amtssygehuset i Gentofte afholdt den 28. februar 1992 på Københavns Amts sygehus i Herlev. København: Hoechst 1992.

2
Astrup J, Skindhøj P. Patientsamtaler. Ugeskrift for Læger 1972; 134(1):23-26.

3
Eriksen EF. Tværfaglige behandlingsteams. Erfaringer fra Medicinsk Endokrologisk Afd. C, Århus Amtssygehus. Medicus 1999; 29(4):3-7, 9, 11.

4
Hansen HP. Tale og tavshed. Relationer mellem patient – sygeplejerske – læge. I: Hansen HP, Ramhøj P (red.). Tværfaglige perspektiver på sundhed og sygdom. København: Akademisk Forlag 1997: 98-111.

5
Kjerholt M. Dialogen der blev væk. Et studium af kommunikation og samarbejde mellem sundhedsprofessionelle og den svage patient. København: Geriatrisk afdeling KAS Glostrup 2000.

6
Lund K, Christensen J, Gjersøe P, Qvist P. Hvornår lykkes informationen? Om kvaliteten af patientinformation i medicinske afdelinger. Sygeplejersken 2002; 102(38):20-26.

7
Moe C, Peschardt K. Tavlemøde. Ugeskrift for Læger 1999; 161(23):3467-3468.

8
Olesen J, Hagedorn S, Correll H. Stuegangen. Dermatologisk afdeling Amtssygehuset i Gentofte – en evaluering. København: Københavns Amt 1995.

9
Pedersen AR. Stuegangens betydning. GRUS 2000; 21(61):58.

10
Svendsen-Tune D. Stuegang, hvorfor og hvordan? Sygeplejersken 1978; 78(46):suppl-20.

11
Sørensen LT, Frederiksen HB, Kjærgaard J. Samme versus forskellige speciallæger på stuegang II. Ugeskrift for Læger 1998; 160(46):6649-6651.

12
Sørensen LT, Frederiksen HB, Kjærgaard J. Samme versus forskellige speciallæger på stuegang I. Ugeskrift for Læger 1998; 160(46):6644-6648.

13
Tougaard L. Afskaf stuegangen. Sygeplejersken. 1991; 91(4):14-16.

14
Vejlsgaard GL. Det patientfokuserede sygehus i RHIMA centeret. Ugeskrift for Læger 1995; 161(23):3467-3468.

15
Cambrosio A, Young A, Lock M. Introduction. I: Lock M, Young A, Cambrosio A (red.). Living and working with the new medical technologies. Intersections of inquiry. Cambridge: Cambridge University Press 2000: 1-16.

16
Hastrup K. Refleksion. Vidensbegreber og videnskab. I: Hastrup K (red.). Viden om verden. En grundbog i Antropologisk analyse. Hans Reitzels Forlag 2004: 409-425.

17
Keller EF. Critical Silences in Scientific Discourse: Problems of Form and Re-form. Secrets of Life, Secrets of death: Essays on Language, Gender and Science. New York: Routledge 1992.

18
Latour B. Pandora's Hope. Essays on the Reality of Science Studies. Cambridge: Harvard University Press 1999.

19
Mol A. Pathology and the clinic: An ethnographic presentaion of two atherosclerоses. I: Lock M, Young A, Cambrosio A (red.). Living and working with the new technologies. Intersections of inquiry. Cambridge: Cambridge University Press 2000: 82-102.

20
Busch HJ. En dialogisk fortælling om diagnose og død. I: Hansen HP, Ramhøj P (red.). Tværvidenskabelige perspektiver på sundhed og sygdom. København: Akademisk Forlag 1997: 9-41.

21
Coiera E, Tombs V. Communication behaviours in a hospital setting: an observational study. BMJ 1998; 316(7132):673-676.

22
Payson HE, Barchas JD. A time study of medical teaching rounds. The New England Journal of Medicine 1965; 273(27):1468-1471.

23
Wray NP, Friedland JA, Ashton CM, Scheurich J, Zollo AJ. Characteristics of house staff work rounds on two academic general medicine services. J Med Educ 1986; 61(11):893-900.

24
Kvale S. Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forlag 1998.

25
Porter R. Ve og vel, medicinens historie fra oldtid til nutid. København: Rosinante 2000.

26
Vallgårda S. Sjukhus och fattigpolitik. Et bidrag til de danska sjukhusens historia 1750-1880. København: FADL 1985. (Københavns Universitet, Institut for Socialmedicin, publikation 17).

27
Vallgårda S. Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark. Et bidrag til det specialicerede sygehusvæsens historie 1930-1987. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag 1992.

28
Indenrigs- og Sundhedsministeriet. National IT-strategi for sundhedsvæsenet 2003-2007. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2003.

29
Bruun-Rasmussen M, Bernstein K, Vingtoft S, Andersen SK, Nøhr C. EPJ-observatoriet. Statusrapport 2003. Aalborg: EPJ-observatoriet 2003.

30
Svenningsen S. Electronic Patient Records and medical practice. Reorganization of roles, responsibilities, and risks. Dissertation submitted for the PhD-defense. Copenhagen: Copenhagen Business School. Department of Organization and Industrial Sociology 2002.

31
Fyns Amt, Udvikling- og Uddannelsesafdelingen. Evaluering af SHIFT-EPJ-projekt. Elektronisk patientjournal i Sygehus Fyn. Bilagsmateriale i bd. 2. Odense: Fyns Amt, Udviklingskontoret 2001 (SHIFT-EPJ rapport nr. 5).

32
Horsens Sygehus. Evaluering af fødejournalen på Horsens Sygehus. På baggrund af pilotdrift i perioden 1. december 1999-31. august 2000. Horsens: Horsens Sygehus 2002.

33
Rasmussen AD, Vejle Sygehus, Fischer & Lorenz A/S. Indføring af elektronisk patientjournal på Vejle og Give sygehuse. Bd 1: Evalueringsrapport. Bd. 2: Bilagsmateriale til evalueringsrapport. Vejle: Vejle Sygehus 1999.

34
Hastrup L, Iversen MB. Evaluering af den Elektroniske Patientjournal på Medicinsk og Intensiv afdeling, Kolding Sygehus. Spørgeskemaundersøgelse blandt læger, sekretærer og plejepersonale. Kolding: Kolding Sygehus 2003.

35
Baarts C. Her er vi alle ens. Om lighed og forskellighed i kommunikation mellem patienter og behandlere. København: Institut for Antropologi, Københavns Universitet 1998.

36
Jensen UJ, Wackerhausen S, Otto L, Elsaas P, Fromholt P, Munk K et al. Sundhedsbegreber – Filosofi og praksis. Jensen UJ and Andersen PF (red.). Århus: Philosophia 1994.

37
Busch HJ. Kampen om kontrol i samspillet mellem patienter og professionelle. I: Ploug Hansen H, Tishelman C (red.). Komplekst og varieret: en antologi om svensk-dansk psykosocial onkologi. Lund: Studentlitteratur 1997.

38
Nielsen NK. Krop og kulturanalyser. Den levende og den konstruerede krop. Odense: Odense Universitetsforlag 1997.

39
Timm H. At have en krop og at være en krop. GRUS 1997; 18(52):24-36.

40
Friesdorf W, Konichezky S, Gross-Alltag F, Federolf G, Schwilk B, Wiedeck H. System ergonomic analysis of the morning ward round in an intensive care unit. J Clin Monit 1994; 10(3):201-209.

41
Thomsen L. Kræftens videnskab – videnskabens kræfter. København: Københavns Universitet, Institut for Antropologi 2001.

42
Berg M, Bowker G. The multiple bodies of the medical record: Toward a Sociology of an Artifact. The Sociological Quarterly 1997; 38(3):513-537.

43
Svenningsen S. Den elektroniske patientjournal og medicinsk arbejde – reorganisering af roller, ansvar og risici på sygehuse. København: Handelshøjskolens Forlag 2004.

44
Jackson M. Minima Ethnographica. Intersubjectivity and the Anthropological Project. Chicago: The University of Chicago Press 1998.

45
Hastrup K. Menneskelig handling. illusion som dramatisk grundvilkår. Tidsskriftet Antropologi 2000; 41:5-22.

46
Jensen S, Nielsen H, Samuelsen H, Steffen V. Hvad er meningen med kræft. En antropologisk undersøgelse blandt danske behandlere og patienter. København: Kræftens bekæmpelses Forlag 1987.

47
Morgan D. Focus groups as qualitative research. London: SAGE 1997.

48
Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the Economic Evaluation of health Care Programmes. New York: Oxford University press 1997.

49
Sundhedsstyrelsen, Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Fælles mål og handleplan 2002-2006. København: Sundhedsstyrelsen 2002.

50
Coulter A. Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision-making. J Health Serv Res Policy 1997; 2(2):112-121.

51
Legg ES, Evans J. Patients' choices and perceptions after an invitation to participate in treatment decisions. Soc Sci Med 1992; 11(34):1217-1225.

52

Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. Canadian Medical Association Journal 1995; 9(152):1423-1433.

53
Hovedstadens Sygehusfællesskab. Standarder for hospitaler. Dansk oversættelse ved H:S efter Joint Commission International Accreditation. København: Hovedstadens Sygehusfællesskab 2000.

10 Bilag

Bilag 1 Søgestrategi

Søgestrategi – Stuegang i et historisk perspektiv
Med hensyn til det historiske materiale er litteratur søgt i databasen hos The Welcome Library, the Welcome Library for the History and Understanding of Medicine, under emnet History of Medicine er søgt på følgende MeSH-termer:

- Professional-patient-relations/all subheadings
- Patient-Participation/all subheadings
- Patient-Care-Planning/all subheadings.

I MeSH findes ingen term for »stuegang«, hvorfor der er søgt fritekst på ordene:

- Rounds
- Doctors rounds.

Dette gav 28 referencer.

Alle referencer blev gennemgået, men kun en enkelt handlede om stuegang i et historisk perspektiv. Der blev derfor suppleret med to referencer (26, 27), som beskriver udviklingen i sundhedsvæsenet i Danmark for derved indirekte at relatere stuegangen hertil.

Søgning i Medline 1966-2004 på Ward rounds* AND

- History-of-Medicine-15th-Cent'/all
- History-of-Medicine-16th-Cent'/all
- History-of-Medicine-17th-Cent'/all
- History-of-Medicine-18th-Cent'/all
- History-of-Medicine-19th-Cent'/all
- History-of-Medicine-20th-Cent'/all
- History-of-Medicine-21st-Cent'/all

Det gav ingen referencer.

Søgestrategi – Stuegang i et aktuelt perspektiv
Termen »stuegang« findes ikke som Medline MeSH-term. Der er derfor indledningsvis søgt fritekst på: Ward round« og Round« i Medline.

Denne søgning er kombineret med følgende MeSH-termer:

- Professional-patient-relations/all
- Patient-Participation/all
- Patient-Care-Planning/all.

Dette gav 434 referencer.

- Der er søgt efter relevant dansk litteratur om stuegang i DSI-Bib, der medtager såvel bøger/rapporter som artikler om emnet. I DSI-Bib er søgt på emneordene: »stuegang« og på »stuegang« AND »patientregistrering«.
- For at komplettere søgningen efter andre danske bøger om emnet er tillige søgt i DANBIB på ordet »stuegang«.

- For at komplettere søgningen efter danske artikler om emnet er der søgt i Ugeskrift for Læger (cd-rom) på ordet »stuegang«, i Månedsskrift for Praktisk Lægegerning (cd-rom) på ordet »stuegang«, og i Sygeplejersken (på Internettet) på ordet »stuegang«.

Søgestrategi – Litteratur om anvendelse af EPJ i stuegang

Med henblik på at udtrække den EPJ-relevante litteratur i Medline er ovenstående søgning kombineret med MeSH-termen:

- Medical-records-systems-computerized/all subheadings. Dette gav 4 referencer.
- Medical-records-systems-computerized/all AND Hospital-Information-Systems-organization-and-administration/all. Dette gav 23 referencer.
- Medical-Records-Systems-Computerized-organization-and-administration/all AND 'Patient-Participation'/all. Dette gav 4 referencer
- Medical-Records-Systems-Computerized-organization-and-administration/all AND 'Patient-Participation'/all. Dette gav 4 referencer.
- Medical-Records-Systems-Computerized-organization-and-administration/all AND 'Patient-Care-Planning'/Explode/all. Dette gav 34 referencer.

Sideløbende er der søgt i en række danske databaser for at identificere den danske litteratur, som ikke er medtaget i Medline. Dubletter er frasorteret i de nedenstående tal for fundne referencer.

DSI-Bib

- EPJ eller Elektronisk patientjournal og år >1998. Dette gav 32 referencer.

DanBib

- EPJ eller Elektronisk patientjournal og år >1998. Dette gav 68 referencer.

Ugeskrift for Læger

- EPJ eller Elektronisk patientjournal og år >1998. Dette gav 16 referencer.

Månedsskrift for Praktisk Lægegerning

- EPJ eller Elektronisk patientjournal og år >1998. Dette gav 4 referencer.

Den Danske Forskningsdatabase

- EPJ eller Elektronisk patientjournal og år >1998. Dette gav 3 referencer.

Alle referencer blev gennemgået. Af praktiske årsager valgte vi kun at inddrage den relevante, danske litteratur.

Bilag 2 Observationsguide

A. Fysiske rammer

- Er de fysiske rammer hæmmende eller fremmende for udførelsen af stuegang (fx flersengsstuer, patienter på gangene)?
- Er der samtalerum til personlig rådgivning/konsultation?
- Er der ro eller støj på afdelingen?
- Mødelokaler i forbindelse med tavlemøder, morgenkonferencer m.v.
- Personaleressourcer (er der sygdom, fravær o.a.?).
- Hvor mange patienter er indlagt?

B. Før stuegang

- Gruppeledermøde.
- Morgenrunde til patienterne, hvem skal have personlig rådgivning? Hvilke selektionskriterier anvendes?
- Sygeplejekonference.
- Hvem er sammen om at drøfte dagens stuegang?
- Hvad drøftes om dagens stuegang?
- Hvor foregår drøftelserne?
- Hvor meget tid bruges der?
- Hvordan er kommunikationen mellem deltagerne?
- Engagement?
- Andre observationer?

C. Selve stuegangen

- Hvilke personer gennemfører stuegang?
- Hvilke patienter tilses?
- Hvordan er kommunikationen mellem stuegangspersonalet?
- Hvem kommunikerer hvad til den enkelte patient?
- Hvordan kommunikeres til patienten?
  - Kort besked/længere samtale
  - Dialog/envejskommunikation
  - Patientinddragelse/henover hovedet på patienten
  - Sprog: forstås det af alle parter
  - Gøres der forskel på patienter
- Hvordan er stemningen imellem aktørerne?
  - tryg/utryg
  - munter/alvorlig
  - fri/ufri
- Hvordan modtager patienten stuegangen?
  - tilfredse/utilfredse
  - trygge/utrygge
  - har fået besked som forventet/har ikke fået besked som forventet)
- Hvad sker på gangen mellem stuerne? (hvad siges og aftales)
- Hvor meget tid bruges der?
- Andre observationer?

D. Efter stuegangen

- Er der en formel efter-stuegang, hvor alle parter mødes og drøfter patienter igen (tavlemøde)?
- Er der en uformel efter-stuegang, fx sygeplejerske der følger op inde hos patienten?
- Hvem dikterer til journalen?
- Hvem skriver i sygeplejekardex?
- Hvem bestiller undersøgelser, og hvilke undersøgelser drejer det sig om?
- Hvordan er stemningen mellem parterne?
- Hvor lang tid bruges der til forskellige aktiviteter?
- Andre observationer?

Bilag 3 Interviewguides – fokusgruppeinterviews med læger og sygeplejersker

Interviewguide – læge- og sygeplejerskeinterview Glostrup

Formål med stuegang
- Kan I definere formålet med jeres medicinske stuegang?
- Hvordan hænger formålet sammen med praksis?

Organisering af stuegang
- Hvad er fordelene ved organiseringen af jeres stuegang?
- Hvad er ulemperne ved organiseringen af jeres stuegang?

Både fordele og ulemper kan fx dreje sig om:
- stuegangsform (før-stuegang, stuegangsrunde, efter-stuegang, behovsstuegang m.v.)
- mødeformer (tavlemøder, konferencer, opfølgende møder, undervisning m.v.)
- stuegangspersonale og arbejdsdeling omkring patienterne, som skal have stuegang
- kollision med andre faggruppers aktiviteter på afdelingen (fx fysioterapeuter, laboranter)
- kommunikation med patienterne – holdninger til form og indhold.

Fremtidens stuegang
- Har I forslag til ideer til fremtiden/ændringer i forhold til nuværende stuegang?

Der kan specifikt spørges til den konkrete stuegangsform, hvis det ikke er kommet frem i tidligere temaer.

Før-stuegang
- Hvilken funktion har jeres før-stuegang?
- Hvad er godt ved jeres før-stuegang?
- Hvad er mindre godt ved jeres før-stuegang?

Stuegangs-runde
- Hvilken funktion har jeres stuegangsrunde?
- Hvad er godt ved jeres stuegangsrunde?
- Hvad er mindre godt ved jeres stuegangsrunde?

Efter-stuegang/opfølgning
- Hvilken funktion har jeres efter-stuegang/opfølgning?
- Hvad er godt ved jeres efter-stuegang/opfølgning?
- Hvad er mindre godt ved jeres efter-stuegang/opfølgning?

Interviewguide – lægeinterview Kalundborg

Formål med stuegang
- Hvad er formålet med personlig rådgivning?
- Hvordan hænger dette formål sammen med, hvordan den personlige rådgivning foregår i praksis?

Organisering af stuegang
- Hvad er fordelene ved personlig rådgivning?
- Hvad er ulemperne ved personlig rådgivning?

Før-stuegang = tavlemøde
- Hvad er tavlemødets funktion?
- Fordele ved tavlemødet?
  - Mere undervisning af yngre læger?
  - Færre afbrydelser?

- Ulemper ved tavlemøder?
  - Ikke altid en overlæge til stede?
  - Føler overlægen, at han har overblik over patienterne?
  - Føler de yngre læger sig rustet til personlig rådgivning efter tavlemødet?

Stuegangsrunde = personlig rådgivning

- Hvilken funktion har den personlige rådgivning?
- Fordele ved personlig rådgivning?
  - Bedre kommunikation med patienterne?
  - Mere effektiv arbejdsdeling?
  - Færre afbrydelser?
  - Færre fejl?
  - Mere kvalitet i patientforløbet?
- Ulemper ved personlig rådgivning?
- Hvordan fungerer kommunikationen med patienten under personlig rådgivning?
  - Håndtering af svære samtaler med patienten?
  - Uventede situationer hvor patienten bliver ked af det eller er bange?
  - Føler I at I klædt på til at håndtere situationer, hvor patienten er ked af det eller bange?
  - Spiller patienternes egne ressourcer en rolle i, hvordan den personlige rådgivning forløber? – Hvorfor – hvorfor ikke?
- Giver personlig rådgivning et mere effektivt patientforløb? Hvorfor – hvorfor ikke?
- Giver personlig rådgivning et patientforløb med større kontinuitet? Hvorfor – hvorfor ikke?

Efter-stuegang = opfølgning på personlig rådgivning

- Er der nogen form for opfølgning på den personlige rådgivning?
  - Beskriv hvilke aktiviteter I udfører som opfølgning
- Fordele ved opfølgning på personlig rådgivning?
- Ulemper ved opfølgning på personlig rådgivning?

Fremtidens stuegang

- Har I forslag til ideer til fremtidig stuegangsform?
- Har I forslag til ændringer i forhold til nuværende personlig rådgivning?

Interviewguide – sygeplejerskeinterview Kalundborg

Formål med stuegang

- Hvad er formålet med personlig rådgivning?
- Hvordan hænger dette formål sammen med, hvordan den personlige rådgivning foregår i praksis?

Organisering af stuegang

- Hvad er fordelene ved personlig rådgivning?
- Hvad er ulemperne ved personlig rådgivning?

Før-stuegang = morgenrunde, sygeplejerskekonference og tavlemøde

- Hvilken funktion har morgenrunden?
- Fordele ved morgenrunden?
  - Større ansvar?
  - Bedre patientkontakt?
- Ulemper ved morgenrunden?
  - Risiko for at overse noget hos patienterne?
  - Hvordan har I det med ansvaret for at udvælge patienter til personlig rådgivning?
- Hvilken funktion har sygeplejerskekonferencen?
  - Fordele ved sygeplejerskekonferencen?
  - Ulemper ved sygeplejerskekonferencen?

- Hvilken funktion har tavlemødet?
  - Fordele ved tavlemødet?
  - Ulemper ved tavlemødet?

Stuegangsrunde = personlig rådgivning

- Hvilken funktion har den personlige rådgivning?
- Hvilken rolle har i under selve den personlige rådgivning?
- Fordele ved personlig rådgivning?
  - Bedre kommunikation med patienterne?
  - Mere effektiv arbejdsdeling?
  - Færre afbrydelser?
  - Færre fejl?
  - Mere kvalitet i patientforløbet?
- Ulemper ved personlig rådgivning?
- Hvordan fungerer kommunikationen med patienten under personlig rådgivning?
  - Hvordan håndterer lægen svære samtaler med patienten?
  - Hvordan håndterer lægen uventede situationer, hvor patienten bliver ked af det eller er bange?
  - Hvordan håndterer I svære samtaler med patienten?
  - Hvordan håndterer I uventede situationer, hvor patienten bliver ked af det eller er bange?
  - Føler I at I klædt på til at håndtere situationer, hvor patienten er ked af det eller bange?
  - Spiller patienternes egne ressourcer en rolle i hvordan den personlige rådgivning forløber? – Hvorfor – hvorfor ikke?
- Giver personlig rådgivning et mere effektivt patientforløb? Hvorfor – hvorfor ikke?
- Giver personlig rådgivning et patientforløb med større kontinuitet? Hvorfor – hvorfor ikke?

Efter-stuegang = opfølgning på personlig rådgivning

- Er der nogen form for opfølgning på den personlige rådgivning?
  - Beskriv hvilke aktiviteter I udfører som opfølgning?
- Fordele ved opfølgning på personlig rådgivning?
- Ulemper ved opfølgning på personlig rådgivning?

Fremtidens stuegang

- Har I forslag til ideer til fremtidig stuegangsform?
- Har I forslag til ændringer i forhold til nuværende personlig rådgivning?

Interviewguide – lægeinterview Kolding

1. Beskriv stuegangsforløbet som det forløb sidst I gik stuegang?

2. Formål med stuegang

- Hvad er formålet med stuegang?
- Hvordan hænger dette formål sammen med, hvordan stuegangen foregår i praksis?

3. Organisering af stuegang

3.1. Før-stuegang

- Hvad er før-stuegangens funktion?
- Hvordan foregår samarbejdet mellem læge og sygeplejersker?
- Fordele ved før-stuegangen?
- Ulemper ved før-stuegangen?

3.2. Stuegangsrunde

- Hvilken funktion har stuegangsrunden?
- Har I vognen med EPJ'en med rundt på stuerne? Hvorfor/hvorfor ikke?

- Hvordan fungerer kommunikationen med patienten under stuegangsrunden?
  - Hvor lang tid bruger I ved hver enkelt patient? Bruger I tid nok?
  - Er der forskel på yngre og mere erfarne lægers kommunikation med patienterne?
- Hvilken rolle har sygeplejersken under stuegangsrunden?
- Når I at blive færdige med stuegang inden kl. 12?
- Hvorfor skal I være færdige med stuegang kl. 12?
- Fordele ved stuegangsrunden?
- Ulemper ved stuegangsrunden?

3.3. Efter-stuegang

- Er der nogen form for opfølgning på stuegangsrunden?
  - Beskriv hvilke aktiviteter I udfører som opfølgning?
- Tidsfrister i forhold til bestilling af prøver til laboratoriet, røntgen osv.?
- Fordele ved opfølgning på stuegangsrunden?
- Ulemper ved opfølgning på stuegangsrunden?

4. Stuegangen før og efter EPJ

- Har EPJ'en haft betydning for behandlingen og plejen af patienterne?
- Har EPJ'en haft betydning for kommunikationen med patienterne?
- Har stuegangsforløbet ændret sig efter EPJ er indført? Hvilke punkter?
- Har samarbejdet mellem læger og sygeplejersker ændret sig efter EPJ'en er blevet indført?
- Bruger I jeres tid anderledes nu? Hvordan? Hvorfor?
- Giver EPJ'en et mere effektivt patientforløb? Hvorfor/hvorfor ikke?
- Hvordan er I blevet uddannet til at bruge EPJ?
  - Har I modtaget nok undervisning i brugen af EPJ?
- Fordele ved EPJ?
- Ulemper ved EPJ?

Fremtidens stuegang

- Har I forslag til ideer til fremtidig stuegangsform?
- Har I forslag til ændringer i forhold til jeres nuværende stuegangsform?

Interviewguide – sygeplejersker Kolding

1. Beskriv stuegangsforløbet, som det forløb sidst I var med på stuegang?

2. Formål med stuegang

- Hvad er formålet med stuegang?
- Hvordan hænger dette formål sammen med, hvordan stuegangen foregår i praksis?

3. Organisering af stuegang

3.1. Før-stuegang

- Hvor tit sygeplejekonference om morgenen?
  - Fordele og ulemper?
- Hvad er før-stuegangens funktion?
- Hvad er jeres rolle under før-stuegangen?
- Hvordan foregår samarbejdet mellem læge og sygeplejersker?
- Fordele ved før-stuegangen?
- Ulemper ved før-stuegangen?

3.2. Stuegangsrunde

- Hvilken funktion har stuegangsrunden?
- Har I vognen med EPJ'en med rundt på stuerne? Hvorfor/hvorfor ikke?
- Hvad er jeres rolle på stuegangsrunden?

- Hvordan fungerer kommunikationen med patienten under stuegangsrunden?
  - Hvordan kommunikerer lægen med patienten?
  - Er der forskel på yngre og mere erfarne lægers kommunikation med patienterne?
  - Hvordan kommunikerer I med patienten?
- Fordele ved stuegangsrunden?
- Ulemper ved stuegangsrunden?

3.3. Efter-stuegang

- Er der nogen form for opfølgning på stuegangsrunden?
  - Beskriv hvilke aktiviteter I udfører som opfølgning?
- Fordele ved opfølgning på stuegangsrunden?
- Ulemper ved opfølgning på stuegangsrunden?

4. Stuegangen før og efter EPJ

- Har EPJ'en haft betydning for behandlingen og plejen af patienterne?
- Har EPJ'en haft betydning for kommunikationen med patienterne?
- Har stuegangsforløbet ændret sig efter EPJ er indført? Hvilke punkter?
- Har samarbejdet mellem læger og sygeplejersker ændret sig efter EPJ'en er blevet indført?
- Bruger I jeres tid anderledes nu? Hvordan? Hvorfor?
- Giver EPJ'en et mere effektivt patientforløb? Hvorfor/hvorfor ikke?
- Hvordan er I blevet uddannet til at bruge EPJ?
  - Har I modtaget nok undervisning i brugen af EPJ?
- Fordele ved EPJ?
- Ulemper ved EPJ?

5. Fremtidens stuegang

- Har I forslag til ideer til fremtidig stuegangsform?
- Har I forslag til ændringer i forhold til jeres nuværende stuegangsform?

Bilag 4 Interviewguide – individuelle interviews med patienter

Formålet med interviewene er at få beskrevet patienternes perspektiv på afdelingens stuegang: Hvad betyder stuegangen for patienterne i forhold til deres forståelse af deres sygdom/symptomer, og hvad synes de om stuegangsrunden?

A. Baggrundsvariable

Navn
Køn
Alder
Indlæggelsesdiagnose
Erhverv/stillingsbetegnelse

- Hvorfor er du blevet indlagt her?

B. Selve mødet med den konkrete stuegang

- Hvor længe har du været indlagt her?
- Hvor mange stuegange (personlig rådgivning) har oplevet?
- Har du været indlagt her på afdelingen før?
- Ved du hvornår du skal til stuegang/personlig rådgivning?
- Havde du forberedt dig til stuegang?
  - hvorfor og hvordan/hvorfor ikke?
- Hvad talte lægen om i dag?
- Forstod du hvad meningen var?
- Fik du sagt det du havde tænkt dig?
- Hvad syntes du alt i alt om stuegangen i dag?

C. Om stuegang generelt

- Hvad er formålet med stuegang?
- Hvad lægger du vægt på i lægens måde at være på?
- Hvad lægger du vægt på i sygeplejerskens måde at være på?
- Hvad er det bedste ved stuegang, når man er indlagt?
  - at man får besked på, hvad man fejler
  - at man får besked på, hvad der skal ske med én
  - at der i det hele taget bliver vist interesse for én
  - at det er overlægen, som går stuegang
- Hvad er ikke så godt ved stuegang?
  - det går for stærkt
  - at lægen siger noget uforståeligt
  - at alle de andre patienter kan høre, hvad der bliver sagt
  - at det er de helt unge/uerfarne, som går stuegang

Opgørelse af tidsforbrug i forbindelse med stuegang, Glostrup

Generelt om formål og afgrænsning

Formålet med tidsregistreringen er at opgøre det direkte tidsforbrug i forbindelse med stuegang med henblik på at sammenligne tidsforbruget ved forskellige former for stuegang.

Da der er en glidende overgang imellem aktiviteter knyttet til stuegangen og øvrige aktiviteter i den medicinske afdelings dagligdag, afgrænses registreringen til at omfatte tidsforbruget til:

Forberedelse af stuegangen, fx læsning af journal, læsning af kardex, klargøring af journal, afholdelse af »før-stuegang«

Gennemførelse af stuegangen: Fra besøg ved første patient til afslutning af besøg sidste patient.

Opfølgning på stuegangen: Opfølgende aktiviteter umiddelbart efter stuegangens afslutning, hvor beslutninger truffet på stuegangen omsættes til handling. Omfatter fx afholdelse af »efter-stuegang« skrivning af journal og kardex.

Tidsregistreringen omfatter ikke aktiviteter afledt af beslutninger taget på stuegangen, fx tidsforbrug til bestilling og gennemførelse af ordinationer (laboratorieprøver, undersøgelser, udskrivning af patienter m.v.). Ligeledes omfatter tidsregistreringen ikke efterfølgende information til patienter og pårørende.

Tidsforbruget for følgende personalegrupper registreres: Læger, sygeplejersker, lægesekretærer og sygeplejesekretærer.

Afgrænsningen er bl.a. foretaget ud fra et ønske om at begrænse tidsforbruget og kompleksiteten i tidsregistreringen med henblik på at opnå en valid dataindsamling. En mere uddybende registrering ville i givet fald have forudsat en alternativ registreringsmetode (fx observatør med stopur). En sådan metode er ikke mulig inden for rammerne af dette projekt.

Fremgangsmåde

Tidsregistreringen sker ved, at tidsforbruget til en række nærmere definerede aktiviteter knyttet til stuegangen registreres. Start- og sluttidspunktet for de pågældende aktiviteter registreres af personalet selv hver dag. Registreringen kan enten foretages løbende over dagen, når en given aktivitet er afsluttet, eller umiddelbart efter at alle aktiviteter tilknyttet dagens stuegang er afsluttet. Der udarbejdes et skema for hver personalegruppe med angivelse af de aktiviteter, der indgår i tidsregistreringen for den pågældende personalegruppe.

For at kunne tage højde for at en aktivitet i forbindelse med stuegangen bliver afbrudt af andre aktiviteter, er der mulighed for at notere flere start- og sluttidspunkter for en aktivitet. Sygeplejerskernes tidsforbrug til stuegang kan fx blive afbrudt, mens lægen går stuegang hos patienter, som ikke tilhører hendes gruppe. Hvis ventetiden benyttes til at skrive kardex, skal dette registreres (under denne aktivitet). Der skal dog kun anføres flere start- og sluttidspunkter, såfremt afbrydelsen har varet mere end 15 minutter. Der skal således ikke registreres et nyt starttidspunkt, hvis aktiviteten afbrydes af en kort telefonsamtale.

Der udpeges en person på afdelingen, som hver dag er ansvarlig for udlevering og indsamling af skemaer til de personer, som er involveret i stuegangen den pågældende dag.

Der foretages tidsregistrering alle hverdage i perioden 19.-30. maj (i alt 9 dage).

Registrering af tidsforbrug i forbindelse med stuegang på afsnit M21
Faggruppe: sygeplejersker

Dato: _____ Navn: _____

Angiv tidspunkt(er) (flere hvis aktiviteten afbrydes af andre opgaver).

Aktivitet:	Start	Slut	Start	Slut	Start	Slut
Forberedelse af stuegang						
Gennemlæsning af cardex						
Deltagelse i »før-stuegang«						
Anden aktivitet?						
Gennemførelse af stuegang						
Deltagelse i stuegang						
Efter stuegang						
Deltagelse i efter-stuegang						
Ajourføring af cardex						
Anden aktivitet?						

Bemærkninger:
Evt. årsager til at enkeltaktiviteter har haft en længere varighed end normalt.

_____

_____

Har forsinkelser i forbindelse med stuegangen medført at udførelse af ordinationer er blevet forsinket minimum 1 døgn (f.eks. forsinket bestilling af labprøver, fysioterapi, forsinket udskrivning)?

Angiv hvilke ordinationer: _____

_____

_____

_____

Registrering af tidsforbrug i forbindelse med stuegang på afsnit M21
Faggruppe: lægesekretær

Dato: _____ Navn: _____

Angiv tidspunkt(er) (flere hvis aktiviteten afbrydes af andre opgaver).

Aktivitet:	Start	Slut	Start	Slut	Start	Slut
Forberedelse af stuegang						
Klargøring af journal						
Anden aktivitet?						
Efter stuegang						
Ajourføring af journal						
Anden aktivitet?						

Bemærkninger:
Evt. årsager til at enkeltaktiviteter har haft en længere varighed end normalt.

_____

_____

Har forsinkelser i forbindelse med stuegangen medført at udførelse af ordinationer er blevet forsinket minimum 1 døgn (f.eks. forsinket bestilling af labprøver, fysioterapi, forsinket udskrivning)?

Angiv hvilke ordinationer: _____

_____

_____

_____

Registrering af tidsforbrug i forbindelse med stuegang på afsnit M21
Faggruppe: sygeplejesekretær

Dato: _____ Navn: _____

Angiv tidspunkt(er).

Aktivitet:	Start	Slut	Start	Slut	Start	Slut
Før stuegang						
??						
??						
Efter stuegang						
??						
??						

Bemærkninger:
Evt. årsager til at enkeltaktiviteter har haft en længere varighed end normalt.

_____

_____

Har forsinkelser i forbindelse med stuegangen medført at udførelse af ordinationer er blevet forsinket minimum 1 døgn (f.eks. forsinket bestilling af labprøver, fysioterapi, forsinket udskrivning)?

Angiv hvilke ordinationer: _____

_____

_____

_____

Registrering af tidsforbrug i forbindelse med stuegang på afsnit M21
Faggruppe: læger

Dato: _____ Navn: _____

Angiv tidspunkt(er) (flere hvis aktiviteten afbrydes af andre opgaver).

Aktivitet:	Start	Slut	Start	Slut	Start	Slut
Forberedelse af stuegang						
Gennemlæsning af journal						
Deltagelse i »før-stuegang«						
Anden aktivitet?						
Gennemførelse af stuegang						
Deltagelse i stuegang						
Efter stuegang						
Deltagelse i efter-stuegang						
Anden aktivitet?						

Bemærkninger:
Evt. årsager til at enkeltaktiviteter har haft en længere varighed end normalt.

_____

_____

Har forsinkelser i forbindelse med stuegangen medført at udførelse af ordinationer er blevet forsinket minimum 1 døgn (f.eks. forsinket bestilling af labprøver, fysioterapi, forsinket udskrivning)?

Angiv hvilke ordinationer: _____

_____

_____

_____

Opgørelse af tidsforbrug i forbindelse med personlig rådgivning, Kalundborg
Formålet med tidsregistreringen er at opgøre det direkte tidsforbrug i forbindelse med personlig rådgivning på Kalundborg Sygehus med henblik på at sammenligne tidsforbruget ved forskellige former for stuegang.

Tidsforbruget for følgende personalegrupper registreres: Læger, sygeplejersker (gruppeledere), sekretærer.

Da der er en glidende overgang imellem aktiviteter knyttet til personlig rådgivning og øvrige aktiviteter i den medicinske afdelings dagligdag, afgrænses registreringen til at omfatte tidsforbruget til aktiviteter.

Læger

- Gennemlæsning af journal inden personlig rådgivning
- Tavlemøde
- Gennemførelse af personlig rådgivning herunder planlægning af patientforløb og opfølgning på patienter i samarbejde med sygeplejerske (gruppelederen). Tiden fra afslutning af tavlemøde til lægen forlader afdelingen.

Sygeplejersker (gruppeledere)

- Forberedelse på gruppeleders kontor
- Gruppelederrunde hos patienter
- Sygeplejerskekonference
- Tavlemøde
- Patientsamtaler herunder planlægning af patientforløb og opfølgning på patienter i samarbejde med lægen
- Opfølgning på personlig rådgivning. Omfatter aktiviteter, der gennemføres umiddelbart efter afslutningen af personlig rådgivning, fx bestilling af ordinerede prøver og opfølgende information til patienter.

Sekretær

- Klargøring af journal inden patientrådgivning

Da ajourføring af journal ikke foregår som en samlet, uafbrudt aktivitet, men løbende over dagen, er det valgt ikke at registrere tidsforbruget til denne aktivitet.

Afgrænsningen af aktiviteter, der registreres, er bl.a. foretaget ud fra et ønske om at begrænse kompleksiteten i tidsregistreringen med henblik på at opnå pålidelige data. En mere uddybende registrering ville i givet fald have forudsat en alternativ registreringsmetode, fx observatør med stopur – en metode, der ikke er mulig inden for rammerne af dette projekt.

Fremgangsmåde

Start og sluttidspunktet for de pågældende aktiviteter registreres af personalet selv hver dag. Registreringen kan enten foretages løbende over dagen, når en given aktivitet er afsluttet, eller umiddelbart efter at alle aktiviteter tilknyttet dagens stuegang er afsluttet.

Der udfyldes et skema pr. dag pr. personalegruppe.

Der udpeges en person på afdelingen, som er ansvarlig for udlevering og indsamling af skemaer hver dag til de personer, som er involveret i stuegangen den pågældende dag.

Der foretages tidsregistrering alle hverdage i uge 45 og 46.

Registrering af tidsforbrug i forbindelse med personlige samtaler på M3, Kalundborg Sygehus
Faggruppe: sygeplejersker (gruppeledere)

Dato: _____ Navn: _____

	Start	Slut
Forberedelse på gruppeleders kontor		
Gruppelederrunde		
Sygeplejekonference		
Tavlemøde		
Patientsamtaler		

Opfølgning efter patientsamtaler		

Antal gennemførte patientsamtaler i gruppen: _____

Antal indlagte patienter i gruppen: _____

Evt. kommentarer: _____

Registrering af tidsforbrug i forbindelse med personlige samtaler på M3, Kalundborg Sygehus
Faggruppe: læger

Dato: _____ Navn: _____

	Start	Slut
Læsning af journal		
Tavlemøde		
Personlig rådgivning, planlægning og opfølgning		

Antal gennemførte patientsamtaler: _____

Evt. kommentarer: _____

Registrering af tidsforbrug i forbindelse med personlige samtaler på M3, Kalundborg Sygehus
Faggruppe: sekretær

Dato: _____ Navn: _____

	Start	Slut
Klargøring af journal		

Evt. kommentarer: _____

Opgørelse af tidsforbrug i forbindelse med stuegang, Kolding

Generelt om formål og afgrænsning

Formålet med tidsregistreringen er at opgøre det direkte tidsforbrug i forbindelse med stuegang med henblik på at sammenligne tidsforbruget ved forskellige former for stuegang. Tidsforbruget for følgende personalegrupper registreres: Læger, sygeplejersker og lægesekretærer. Tidsregistreringen er afgrænset til at omfatte nedenstående aktiviteter.

Sygeplejersker

Forberedelse af stuegang: Læsning af journal, plejeplan m.v.
Før stuegang: Patientgennemgang af patienter i samarbejde med lægen inden stuegangen.
Deltagelse i stuegang: Deltagelse i stuegang hos patienterne.
Ajourføring af EPJ: Opdatering af patienternes plejeplan m.v. i EPJ.
Patientsamtaler: Deltagelse i patientsamtaler.

Læger

Før stuegang: Gennemgang af patienter i samarbejde med sygeplejerske.
Deltagelse i stuegang: Stuegang hos patienterne.
Opfølgning på stuegang: Opfølgning på prøvesvar m.v.
Patientsamtaler: Deltagelse i patientsamtaler.

Lægesekretær

Ajourføring af journal: Skrivning af lægers journalnotater som opfølgning på stuegangen.

Afgrænsningen er bl.a. foretaget ud fra et ønske om at begrænse tidsforbruget og kompliceringsgraden af selve tidsregistreringen. En mere uddybende registrering ville i givet fald have forudsat en alternativ registreringsmetode (fx observatør med stopur).

Fremgangsmåde

Tidsregistreringen sker ved, at start- og sluttidspunktet for de ovenfor definerede aktiviteter registreres af personalet selv hver dag. Registreringen kan enten foretages løbende over dagen, når en given aktivitet er afsluttet, eller umiddelbart efter at alle aktiviteter tilknyttet dagens stuegang er afsluttet. Der udarbejdes et skema for hver personalegruppe med angivelse af de aktiviteter, der indgår i tidsregistreringen for den pågældende personalegruppe.

For at kunne tage højde for at en aktivitet i forbindelse med stuegangen kan blive afbrudt af andre aktiviteter, er der mulighed for at notere flere start- og sluttidspunkter for en aktivitet. Fx kan lægens tidsforbrug til før-stuegang og stuegang være splittet op i to perioder, såfremt aktiviteterne først gennemføres for ét team og dernæst et andet team i gruppen. Der skal dog kun anføres flere start- og sluttidspunkter, såfremt afbrydelsen har varet mere end 15 minutter. Der skal således ikke registreres et nyt starttidspunkt, hvis aktiviteten afbrydes af en kort telefonsamtale.

Registreringen gennemføres af de 2 sygeplejersker (gruppeledere) i hver af grupperne B1 og B2, der står for stuegangen den pågældende dag (4 skemaer). Endvidere gennemføres registreringen for de 2 læger, der går stuegang på henholdsvis B1 og B2 den pågældende dag (2 skemaer).

Afdelingssygeplejerske Anne Marie Kristensen er ansvarlig for udlevering og indsamling af skemaer til gruppeledere hver dag. Gruppelederne er ansvarlige for at udlevere og indsamle skemaer til de læger, som er ansvarlige for stuegangen i deres team den pågældende dag. Lægesekretærer administrerer selv skemaerne.

Der foretages tidsregistrering alle hverdage i uge 4 og 5, 2004.

Registrering af tidsforbrug på Medicinsk afdeling B1/B2, Kolding Sygehus
Faggruppe: sygeplejersker

Dato: _____ Navn: _____

Angiv tidspunkt(er) (flere hvis aktiviteten afbrydes af andre opgaver)*.

	Start	Slut	Start	Slut	Start	Slut
Før stuegangen						
Forberedelse til stuegang						
Deltagelse i før-stuegang						
Gennemførelse af stuegang						
Deltagelse i stuegang						
Efter stuegangen						
Ajourføring af EPJ						
Patientsamtale						

* Flere start-sluttidspunkter skal kun udfyldes i tilfælde hvor der har været afbrydelser af mere end 15 minutters varighed.

Bemærkninger:
F.eks. årsager til at enkeltaktiviteter har haft en længere varighed end normalt.

Har forsinkelser i forbindelse med stuegangen medført at udførelse af ordinationer er blevet forsinket minimum 1 døgn (f.eks. forsinket bestilling af labprøver, fysioterapi, forsinket udskrivning)?

Angiv hvilke ordinationer: _____

Evt. spørgsmål i forbindelse med udfyldelse af skemaet kan stilles til Anni Ankjær-Jensen aaj@dsi.dk tlf. 35 29 84 25.

Registrering af tidsforbrug på Medicinsk afdeling B1/B2, Kolding Sygehus
Faggruppe: lægesekretær

Dato: _____ Navn: _____

Angiv tidspunkt(er) (flere hvis aktiviteten afbrydes af andre opgaver)*.

	Start	Slut	Start	Slut	Start	Slut
Ajourføring af journal						

* Flere start-sluttidspunkter skal kun udfyldes i tilfælde hvor der har været afbrydelser af mere end ca. 15 minutters varighed.

Bemærkninger:
F.eks. årsager til at aktiviteten har haft en længere varighed end normalt.

_____

_____

Evt. spørgsmål i forbindelse med udfyldelse af skemaet kan stilles til Anni Ankjær-Jensen aaj@dsi.dk tlf. 35 29 84 25.

Bilag 6 Skabelon til beskrivelse af afdelingers faktuelle data

Overordnet beskrivelse af afdelingen

Fx:

Afsnit Mxx er et internt medicinsk døgnafsnit med subspeciale i diabetes. Afsnittet er normeret med 20 senge og er en del af medicinsk afdeling M på Glostrup Amtssygehus.

Patienter

Fx:

I afsnit Mxx indlægges intern-medicinske patienter og patienter med diabetes. Derudover indlægges patienter med astma, hjertesygdomme (morbus cordis), infektionssygdomme, lungebetændelse og kræft. Afsnittet modtager ikke ambulante patienter.

Hvis muligt en statistik (baseret på patientregistreringen) over antal udskrevne patienter i senest afsluttede år opgjort for de 10 hyppigste diagnoser:

Diagnose	Antal udskrevne i 2002	% af samtlige udskrevne i 2002

Aktivitet

Antal udskrevne i 2002 xxx
Antal sengedage i 2002 xxx
Gennemsnitlig liggetid x,x
Akut %

Personale

Plejepersonale

Afsnit M21 er normeret med

1 afdelingssygeplejerske
x 1. assistenter
y sygeplejeassistenter
z SoSu-assistenter

Afsnittet har følgende planlagte fremmøde:

	Hverdage	Lørdage/søndage og helligdage
Dagvagt		
Aftenvagt		
Nattevagt		

Lægepersonale

Afsnittet har tilknyttet en overlæge. Derudover betjenes afsnittet af afdeling M's lægestab, der består af

x overlæger
y afdelingslæger
z 1. reservelæger
v reservelæger

Sekretærgruppe

Til afsnittet er knyttet x lægesekretær og y sygeplejesekretær.

Fysiske rammer

Afdelingen består af xx sengestuer fordelt med y enestuer, z 2 sengsstuer og v 3 sengsstuer.

Der er desuden:
Undersøgelsesrum?
Samtalerum?
Sekretariat
Kontor for afdelingssygeplejerske?
Kontor til lægesekretær.

Bilag 7 Oversigt over afdelingernes fysiske rammer og personalesammensætning

Plejepersonale

BILAGSTABEL 1
Oversigt over normering af plejepersonale på de tre afsnit

Stilling	Glostrup	Kalundborg	Kolding
Afdelingssygeplejerske	1	1	1
Souschef	–	1	1
Sygeplejersker	12,8	12	14,88
Social- og sundhedsassistenter	8,8	10	7,12
Klinisk vejleder	1	–	–

Afsnittene har følgende planlagte fremmøde:

BILAGSTABEL 2
Planlagt fremmøde blandt plejepersonalet fordelt på hverdage og weekenddage

Hverdage	Glostrup	Kalundborg	Kolding
Dagvagt	7	7	8
Aftenvagt	3	3	4
Nattevagt	2	2	2

Lørdage/søn- og helligdage	Glostrup	Kalundborg	Kolding
Dagvagt	5	4	6
Aftenvagt	3	3	4
Nattevagt	2	2	2

Tabellerne viser, at der er meget små forskelle i plejenormeringen i de tre undersøgelsesafsnit på trods af en variation i antal senge: Glostrup 20 senge, Kalundborg 23 senge og Kolding 26 senge.

Lægepersonale
Lægerne er ansat på afdelingsniveau, men nogle overlæger kan være tilknyttet det specifikke afsnit.

Afsnit **M21 i Glostrup** har tilknyttet 1overlæge. Derudover betjenes afsnittet af afdeling M's lægestab.

Afsnit **M3 i Kalundborg** har tilknyttet 2 overlæger, heraf en vakant stilling i undersøgelsesperioden. Derudover betjenes afsnittet af lægestaben tilknyttet den funktionsbærende enhed, der dagligt afholder personlig rådgivning med afsnittets indlagte patienter. Det drejer sig om 2 reservelæger.

Afsnit **B1-B2 i Kolding** har tilknyttet 3 overlæger, hvor den ene er afsnitsansvarlig. Dagarbejdet er planlagt således, at der 3 gange ugentlig er stuegange ved 2 overlæger; de øvrige dage planlægges stuegangene med 1 overlæge og 1 introduktionslæge (medicinsk afdeling har i øjeblikket vakance på 1.reservelægestillingerne). Afsnittet betjenes af vagtholdet om aftenen og natten.

BILAGSTABEL 3
Oversigt over antal læger ansat på de tre medicinske afdelinger

Læger på afdelingerne	Glostrup	Kalundborg	Kolding
Overlæger	4	6	9
1. reservelæger	9	2	3
Reservelæger	14	7	12

Der er en væsentligt højere lægenormering i Kolding og Glostrup i forhold til Kalundborg. Der er næsten 100% flere overlæger ansat i Kolding end i Glostrup. Omvendt har Glostrup næsten 3 gange så mange 1. reservelæger som Kolding og Kalundborg. Afdelingerne kan imidlertid ikke direkte sammenlignes, da de er af forskellig størrelser.

Sekretærpersonale

BILAGSTABEL 4
Antal sekretærer på de tre afsnit

Sekretærer	Glostrup	Kalundborg	Kolding
Lægesekretær	1	2	2[27]
Sygeplejesekretær	1	–	–

Fysiske rammer og hjælpemidler

BILAGSTABEL 5
Oversigt over afsnittenes fysiske rammer

Fysiske rammer	Glostrup	Kalundborg	Kolding
Senge	20	23	26
Sengestuer i alt	10	9	12
Enestuer	3	3	4
2-sengsstuer	4	2	3
3-sengsstuer	3	4	5
Samtalerum	1	1	1
Sekretariat	1	1	1
Kontor for afdelingssygeplejerske	1	1	1
Kontor til lægesekretær	1	–	–
Sygeplejekontor	–	1	2
Kontor til sygeplejersker og læger (læse/skrive i kardex, diktere, telefon etc.)	–	1	1

BILAGSTABEL 6
Oversigt over afsnittenes hjælpemidler

Hjælpemidler	Glostrup	Kalundborg	Kolding
Tavle	X	–	–
Afsnitliste	X	X	X
Lægejournal	X	X	X[28]
Sygeplejekardex	X	X	–
Stuegangsvogn med lægejournaler	X	X	–
Diktafon og bånd	X	X	X[29]
Patientadministrativt system	X	X	X
Laboratoriesystem	X	X	X
EPJ-system	–	–	X

De fysiske rammer på de tre afdelinger har mange lighedspunkter. Kolding har dog 30% flere senge end Glostrup, og Kalundborg har 15% flere senge end Glostrup. Hjælpemidlerne er også meget lig hinanden. Den mest markante forskel er, at Kolding anvender EPJ og dermed har et fælles journalsystem til forskel for Kalundborg og Glostrup, hvor der både skal dokumenteres i lægejournal og sygeplejekardex.

27 Den ene sekretær arbejder i sengeafsnittet uden skriveopgaver for lægerne. Den anden er placeret i et centralt lægesekretariat for medicinsk afdeling med skriveopgaver for afsnit B1-B2.
28 Papirjournal med de informationer, som ikke er indeholdt i den elektroniske journal.
29 Dicom – digitalt dikteringssystem.

BILAGSTABEL 7
Afdelingernes aktivitetstal

Nøgletal	Glostrup	Kalundborg	Kolding[30]
Antal udskrevne i 2002	1.094	1.062	944
Antal sengedage i 2002	7.143	7.109	11.529
Senge	20	23	26
Gennemsnitlig liggetid	6,5	7	12,21

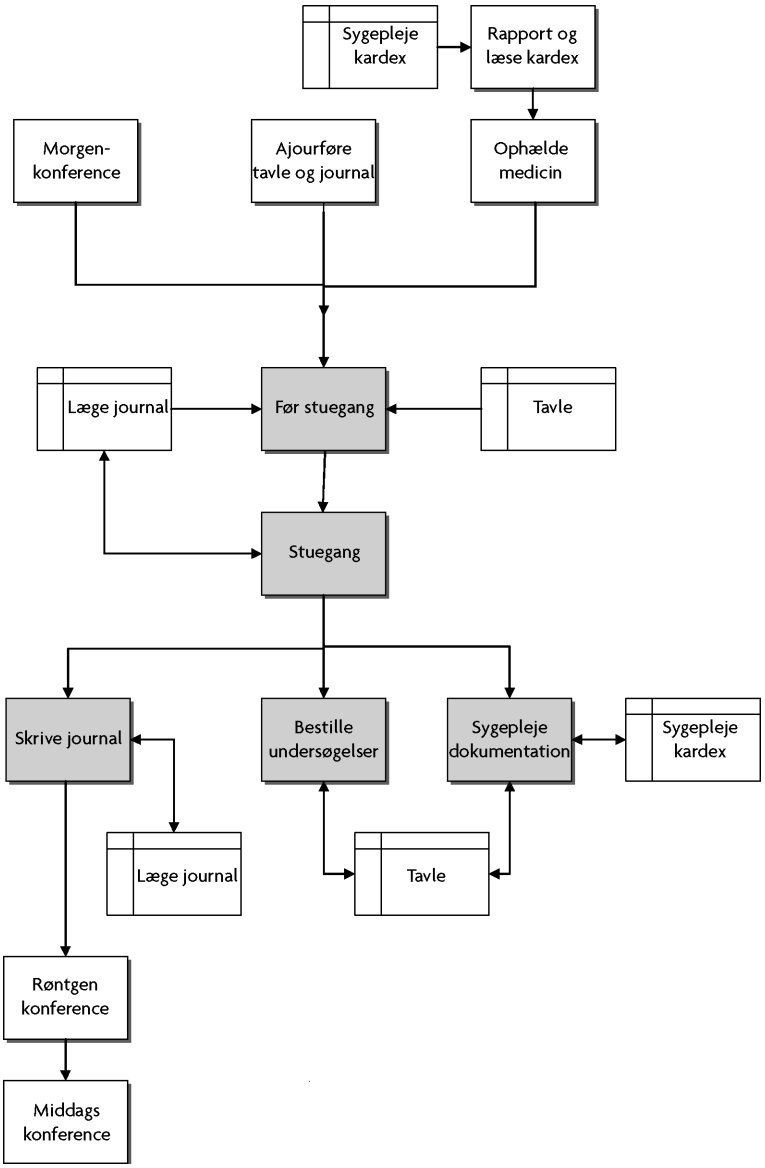
Tabellen viser bl.a., at antallet af sengedage er betydeligt højere i Kolding end på de to andre afdelinger. Den gennemsnitlige liggetid er næsten 100% højere i Kolding end på Glostrup og Kalundborg. Dette kan fx forklares med, at den medicinske afdeling har et akut modtageafsnit, hvor patienter bliver visiteret.

Afdelingerne har oplyst, at næsten alle deres patienter indlægges akut.

30 Aktivitetstal for Kolding er fra 2003.

Bilag 9 Stuegangsrelaterede aktiviteter – traditionel stuegang (Glostrup)

Stuegang på M21 – Glostrup



De gråtonede felter angiver de aktiviteter, der udføres i forbindelse med stuegangen: før-stuegang, stuegang, skrive journal, bestille undersøgelser, sygeplejedokumentation. De øvrige aktiviteter – markeret med hvide felter – er opgaver, der udføres på M21 i løbet af dagvagten, og som alle omhandler de indlagte patienter på afsnittet og dermed er relateret til stuegang. Disse aktiviteter er med til at sikre, at alle læger og sygeplejersker er opdateret om afsnittets patienter, og at alle informationer om patienterne er til rådighed for stuegangen.

Beskrivelse af det overordnede koncept for Personlig Rådgivning – Medicinsk Center, Vestsjællands Amt, marts 2002

Indledning

Indførelse af personlig rådgivning inden udgangen af 2002

Vestsjællands Amts politikere vedtog i 2000 en række mål og resultatkrav for Sygehus Vestsjælland, herunder bl.a. at Sygehus Vestsjælland skal sikre tryghed til patienterne gennem god kommunikation. Ét af resultatkravene er, at al stuegang skal være erstattet af personlig rådgivning inden udgangen af 2002. Således skal alle afdelinger og afsnit indenfor Medicinsk Center have indført personlig rådgivning som erstatning for den konventionelle stuegang i løbet af 2002.

Formål

Ligeværdig dialog

Formålet med personlig rådgivning er, at der mellem patient, læge, plejepersonale og evt. andet relevant personale foregår en ligeværdig dialog, som tager udgangspunkt i patientens situation. Patienten skal fornemme engagement og empati fra læge og plejepersonale, der med udgangspunkt i patientens sygdom, lægger en plan for respektiv udredning og behandling samt en plejeplan.

Patientens eget sygdomsbillede

Patienten skal samtidig have mulighed for at give en egen beskrivelse af sit sygdomsbillede og herigennem opleve, at der fra læge og plejepersonalets side lyttes og tages stilling til det fremførte.

Tryghed

Formålet er således, at der gennem en god kommunikation patient, læge og plejepersonale imellem skabes tryghed, og at der herigennem opnås de bedste forudsætninger for den rette udredning, behandling og pleje af patienterne.

Optimere og kvalitetssikre patientforløb

Derudover er formålet med at indføre personlig rådgivning at styrke kontinuiteten i patientforløbet, undgå forlængelse af indlæggelsestiden, og planlægge udskrivelse bedre og dermed opnå mere effektive patientforløb samtidig med at kvaliteten af det enkelte patientforløb forbedres.

Indhold i personlig rådgivning

Behandling

Informeret samtykke

Forebyggelse og sundhedsfremme

Som det fremgår af formålet, er et vigtigt element i den personlige rådgivning, at patienten selv får mulighed for at give en beskrivelse af eget sygdomsbillede.

Patienten skal desuden under samtalen modtage information omkring den iværksatte behandling og evt. bivirkninger og der skal aftales informeret samtykke. I samtalen indgår endvidere emner om sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme samt genoptræningsplan med udgangspunkt i den enkelte patient.

1-2 personlige samtaler

Behovskonsultation

Den personlige rådgivning er karakteriseret ved at være individuel og behovsorienteret. En patient med et typisk indlæggelsesforløb på ca. 6 dage tilbydes 1-2 personlige samtaler. På de øvrige dage vil der kunne være behov for en såkaldt behovskonsultation med henblik på opfølgende samtale og evt. ny somatisk vurdering. En opfølgende samtale kan evt. udføres af plejepersonalet.

Typisk patientforløb

Typisk patientforløb:

- Journal ved forvagt
- Gennemgang ved bagvagt indenfor 24 timer. 1. personlige samtale kan evt. foretages i forbindelse hermed
- 1-2 personlige samtaler under et gennemsnitligt indlæggelsesforløb på 6 dage.

1. personlig samtale

Personlig samtale 1: (personlig rådgivning) inkluderer samtale med henblik på tentativ diagnose, planlagt udredning og behandling samt samtykke og plejeplan m.v.

2. personlige samtale

Personlig samtale 2 (personlig rådgivning) med henblik på svar på undersøgelse, diagnostiske overvejelser, fortsat planlagt kontrol og behandling og plejeplan, evt. udfærdigelse af genoptræningsplan.

Deltagere i den personlige rådgivning

Individuelle behov og ønsker

Deltagere til den personlige samtale kan variere alt efter behov og ønske. Udover læge (kontaktlægen) og en sygeplejerske (kontaktsygeplejersken), kan det være patientens ønske, at en pårørende deltager i samtalen. Derudover kan det, alt efter behov, være hensigtsmæssigt, at der i samtalen inkluderes andre personalegrupper som fx fysio-/ergoterapeut, diætist, diabetessygeplejerske eller socialrådgiver.

2 kontaktpersoner

Kontaktperson: Alle patientforløb tildeles som minimum 2 kontaktpersoner, der fungerer som tovholder på den planlagte udredning, behandling og kontrol. Minimum én af kontaktpersonerne skal være gennemgående ved de personlige samtaler ved det enkelte patientforløb.

Tavlemøder

Hver dag (morgen) afholdes et kort struktureret tværfagligt tavlemøde, hvor de enkelte patienter gennemgås.

Alle relevante faggrupper deltager

Deltagerne til tavlemøderne er alle relevante faggrupper som medvirker til diagnosticering, behandling, pleje og terapi.

Tovholder, disciplin og struktur

Tavlemøder kræver i høj grad disciplin og struktur, hvilket nødvendiggøre en tovholder, der kan styre mødet. Tovholderfunktionen kan gå på skift mellem læger og plejepersonale.

Ved et tavlemøde klarlægges, hvorvidt en patient skal til:

Personlig rådgivning

- Personlig rådgivning

Behovskonsultation

- Behovskonsultation, f.eks med henblik på stetoskopi eller klinisk vurdering

Opfølgende samtale

- Opfølgende samtale, fx med plejepersonale

Rækkefølge

Endvidere koordineres i hvilken rækkefølge patienterne skal ind til personlig rådgivning samt hvem der er patientens kontaktpersoner.

Tavlemødet foregår, som navnet i sig selv antyder, omkring en tavle (evt. skema/liste), hvor de enkelte patienter er opført, ofte med stikord i form af diagnose og behandling, dato for indlæggelse/udskrivelse, kontaktpersoner m.v.

Erfarent personale en vigtig forudsætning for tavlemødet

En vigtig forudsætning for, at et tavlemøde er effektivt og tilstrækkeligt informativt er, at der deltager erfarent personale indenfor henholdsvis lægegruppen og sygeplejegruppen. Det yngre og mere uerfarne personale kan have ansvaret for den personlige rådgivning eller behovskonsultationerne, men med udgangspunkt i den gennemgang, der er foregået på tavlemødet ved det erfarne personale.

De fysiske rammer

De rette fysiske rammer kan være en vigtig forudsætning for opnåelse af en værdig dialog mellem patient, læge og plejepersonale. Personlig rådgivning kræver engagement og opmærksomhed fra personalets side, hvilket nødvendiggøre at samtalen kan foregå uforstyrret. Dette

Samtalerum

kræver ofte et specielt samtalerum gerne udstyret med et undersøgelsesleje, og hvor det er muligt at køre en sengeliggende patient ind.

Alle patienter skal så vidt muligt til personlig rådgivning i enerum.

Alternativet

Er dette imidlertid ikke praktisk muligt, må der skabes sammenlignelige ydre rammer, evt. på en sengestue.

Transport af patienter til samtalerum

Transporten af patienterne fra sengestuen ind til samtalerummet kan foretages af plejepersonalet, evt. servicemedarbejder. Det er vigtigt at koordineringen af transporten er planlagt, således at der ikke opstår for meget spildtid.

Beskrivelse af personlig rådgivning på M3, FBE-Intern medicin Kalundborg

Formål: at patienterne får mulighed for at tale med en læge under rolige forhold, hvor andre patienter ikke kan lytte med (se i øvrigt konceptet for personlig rådgivning).

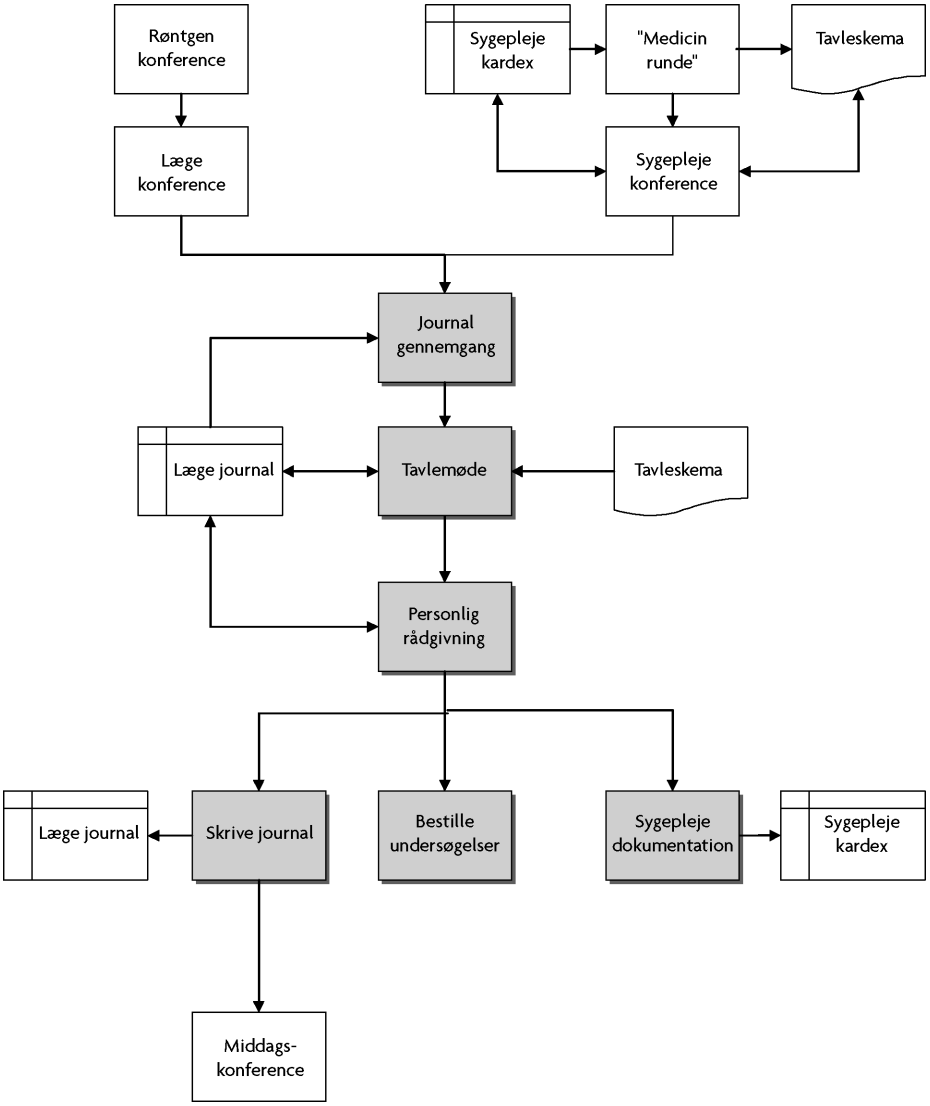
Følgende er aftalt med hensyn til personlig rådgivning:

1. Når lægen kommer i afdelingen, afholdes et møde med gruppelederne, hvor det aftales, hvem der skal til personlig rådgivning denne dag.
2. Der aftales en tid – typisk 10 minutter pr. patient til lægesamtale – afhængig af problemets karakter. Endvidere aftales det, hvilke patienter der kan modtage personlig rådgivning på stuen (alene), og hvilke der skal komme i samtalerummet.
3. Herefter har lægen mulighed for at gennemlæse journaler.

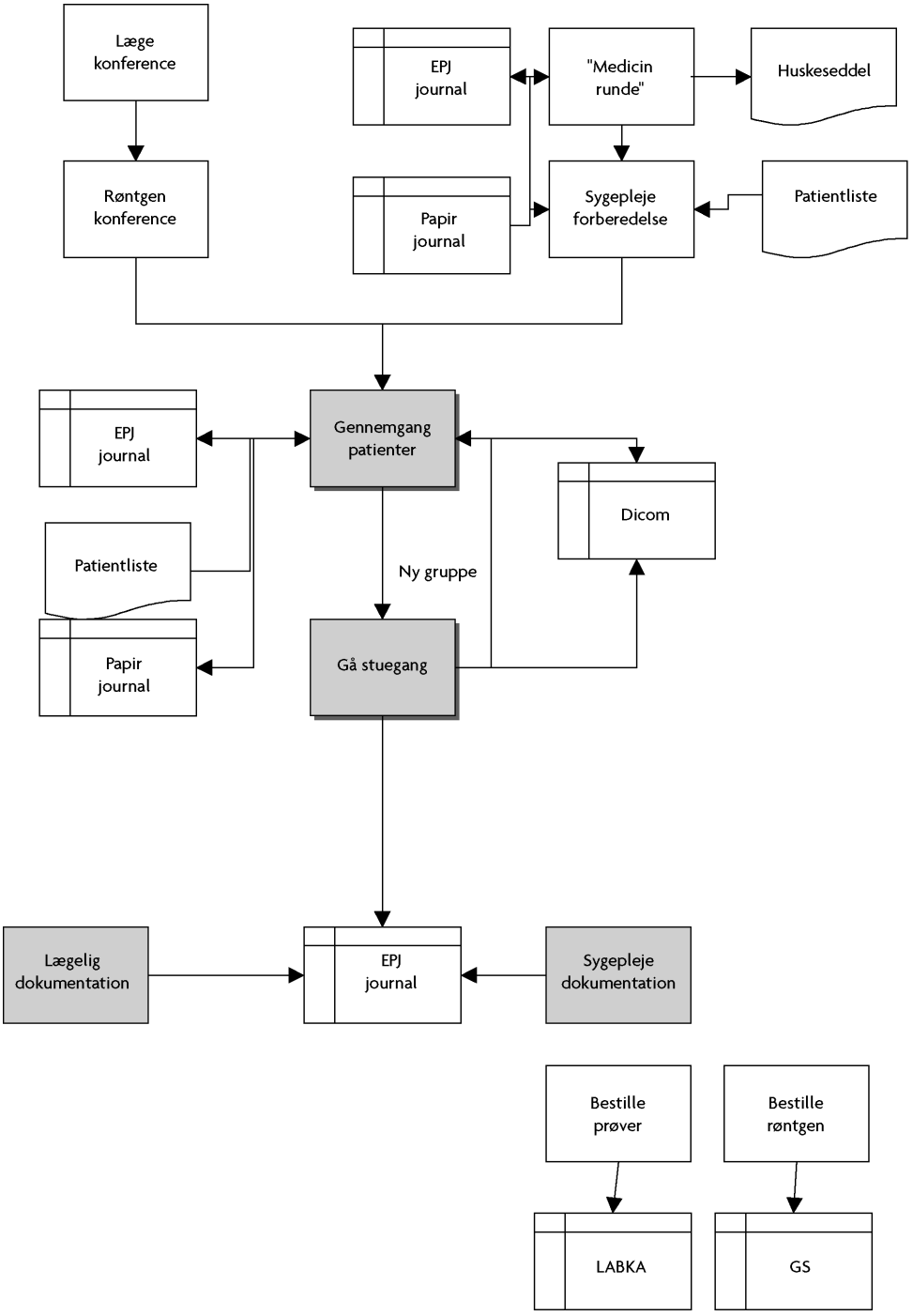
Inden opstart skal afdeling M3's patientpjece revideres, således at patienterne allerede ved indlæggelsen gøres opmærksom på, at der ikke længere afholdes stuegang i traditionel forstand, men at denne er erstattet af personlig rådgivning. Vi forestiller os, at et patientforløb typisk vil indeholde minimum 3 lægesamtaler:

1. Journaloptagelse
2. Planlægning af undersøgelsesforløb
3. Konklusion på undersøgelser
4. Evt. planlægning videre frem
5. Løbende behov.

Bilag 11 Stuegangsrelaterede aktiviteter – personlig rådgivning (Kalundborg)



Bilag 12 Stuegangsrelaterede aktiviteter – EPJ stuegang (Kolding)



Bilag 13 Sammenligning af de registrerede aktiviteter på de tre afdelinger

Dette bilag indeholder en diskussion af, hvorvidt tidsregistreringen for hver af personalegrupperne på de tre afdelinger er dækkende for det samlede tidsforbrug til stuegang, samt i hvilket omfang de aktiviteter, registreringen er baseret på, dækker de samme opgaver på de tre afdelinger.

SKEMA 1
Definerede aktiviteter, sygeplejersker

	Glostrup	Kolding	Kalundborg
Før-stuegang/personlig rådgivning	Læsning af kardex »Før-stuegang«	Forberedelse til stuegangsrunde (læsning af sygeplejejournal, plejeplan m.v.) »Før-stuegang«	Forberedelse på gruppeleders kontor. Gruppeleder-/morgen-runde (hos patienterne) Sygeplejekonference Tavlemøde
Stuegang/personlig rådgivning	Stuegangsrunde hos patienterne	Stuegangsrunde hos patienterne	Personlig rådgivning og planlægning
Opfølgning på stuegang/ personlig rådgivning	Ajourføring af kardex	Ajourføring af sygeplejejournal Opfølgning hos patienterne	Opfølgning på patientsamtaler

Med hensyn til forberedelsen af stuegangsrunden synes der at være overensstemmelse imellem de definerede aktiviteter for sygeplejerskerne på henholdsvis Glostrup og Kolding. Sygeplejekonferencen på Kalundborg Sygehus tjener ikke alene som forberedelse til stuegangsrunden, men også til almindelig koordinering og planlægning af sygeplejerskernes arbejdsopgaver den pågældende dag. Tavlemødet på Kalundborg Sygehus er at sammenligne med før-stuegangen på de to øvrige afdelinger. Imidlertid sker det, at tavlemødet aflyses (fremgik af observationsstudier og fokusgruppeinterview), og i disse tilfælde varetages tavlemødeaktiviteterne ind imellem de personlige rådgivninger. Derfor vil en del af det tidsforbrug, som på Kalundborg er registreret under personlig rådgivning, i realiteten svare til det, de to øvrige afdelinger har registreret under forberedelse til stuegangsrunde.

Selve stuegangsrunden dækker de samme aktiviteter på Kolding og Glostrup. På Kalundborg er denne aktivitet at sammenligne med patientsamtalerne ved personlig rådgivning. Jf. ovenstående bemærkninger dækker det registrerede tidsforbrug til personlige rådgivninger imidlertid i et vist omfang også opgaver, som ikke er direkte patientrelaterede.

På Glostrup omfatter sygeplejerskernes tidsregistrering af aktiviteter efter stuegangsrunden alene ajourføring af kardex og ikke andre opgaver, fx udførelse af ordinationer. Disse opgaver er omfattet af tidsregistreringen på de to ørige afdelinger.

Samlet set vil det registrerede tidsforbrug for sygeplejerskerne på Glostrup Amtssygehus undervurdere det samlede tidsforbrug, mens det registrerede tidsforbrug for sygeplejerskerne på Kalundborg vil overvurdere det samlede tidsforbrug. Det er ikke umiddelbart muligt at sammenligne fordelingen af tidsforbruget på forberedelse og gennemførelse af personlig rådgivning på Kalundborg med fordelingen på de to andre afdelinger.

SKEMA 2
Definerede aktiviteter, læger

	Glostrup	Kolding	Kalundborg
Før-stuegang/personlig rådgivning	Læsning af journal »Før-stuegang«	»Før-stuegang«	Læsning af journal Tavlemøde
Stuegangsrunde/ personlig rådgivning	Runde hos patienterne	Runde hos patienterne	Personlig rådgivning, planlægning og opfølgning efter personlig rådgivning
Opfølgning på stuegang/ personlig rådgivning	»Efter-stuegang« Opfølgning på stuegangsrunde	Opfølgning på stuegangsrunde	

De registrerede lægeaktiviteter før stuegangsrunden er på alle tre sygehuse dækkende for tidsforbruget til forberedelse af stuegangsrunden, idet det bemærkes, at lægerne på Kolding Sygehus ikke læste i journalen inden Før-stuegangen.

På Kalundborg Sygehus blev det valgt at registrere personlig rådgivning og planlægning af patientforløb som en samlet aktivitet, da det var vanskeligt tidsmæssigt at adskille disse opgaver. Som bemærket under gennemgangen af sygeplejerskernes aktiviteter blev tavlemødet på Kalundborg Sygehus af og til aflyst, hvorfor tidsforbruget til personlig rådgivning jævnligt også indeholdt »tavlemøde-opgaver«.

Samlet set dækker de registrerede tidsforbrug for lægerne på de 3 afdelinger de samme opgaver; dog er det ikke muligt at opsplitte tidsforbruget på Kalundborg Sygehus i »stuegangsrunde« og »opfølgning på stuegang« som på de to øvrige sygehuse.

SKEMA 3
Definerede aktiviteter, sekretærer

	Glostrup	Kolding	Kalundborg
Før-stuegang	Klargøring af journal	Ingen forberedelse	Klargøring af journal
Opfølgning på stuegangsrunde	Ajourføring af journal	Ajourføring af journal	Ikke registreret

På Kolding Sygehus, hvor man har elektronisk journal, er der ikke tidsforbrug til klargøring af journal. På Kalundborg foregik sekretærernes journalskrivning ikke samlet, men spredt over dagen imellem andre sekretæropgaver, hvorfor sekretærerne vurderede, at det ikke var muligt at registrere tidsforbruget hertil. Det er derfor ikke muligt at sammenligne det samlede tidsforbrug for sekretærer på de 3 afdelinger.