

Organisationsteorier i praksis

Case: omorganiseringen af apopleksiområdet i Danmark

CASE: FORANDRING I ORGANISATIONER

1. februar 2017

Skrevet af: Ninna Meier & Kasper Elmholdt

ORGANISATIONSTEORIER I PRAKSIS

Case: omorganiseringen af apopleksiområdet i Danmark

Indledning

Casen som vi vil introducere i denne tekst, indeholder typiske organisatoriske fænomener, som vi vil bruge til at diskutere forskellige teoretiske perspektiver fra faget *Organisation og offentlig forvaltning*. Den organisation, som vi her bruger i arbejdet med de organisationsteoretiske perspektiver, er en del af den offentlige sektor: det er et afsnit på et offentligt hospital, som er en del af et større sundhedsvæsen, sammen med sundhedsydelser fra kommuner og de privatpraktiserende læger. De organisationsteoretiske perspektiver, som vi bruger casen til at diskutere, er dog også relevante i relation til private eller frivillige organisationer. Vi har udvalgt denne case som et illustrativt eksempel på mange af de udfordringer, som udspiller sig i omorganiseringen af den offentlige sektor i praksis og udformet den, så den kan bruges til at diskutere de teorier, som kan hjælpe med at analysere udfordringer. Casen er en todelt historie: vi følger en patient, Erik, der får en hjerneblødning (apopleksi), indlægges, udskrives og kommer hjem til kommunal genoptræning og pleje. Samtidig besøger vi også det apopleksi-afsnit, som Erik indlægges på, og får her en fornemmelse for afsnittets opbygning, arbejdets organisering og bemanning, den tværfaglige ledelse, samt arbejdet med at omsætte nationale retningslinjer for omorganisering til ændring i praksis.

Læst samlet kan casen bruges til at diskutere adskillige organisationsteoretiske perspektiver. I faget *Organisation og offentlig forvaltning* vil casen blive brugt til seks forelæsninger: (1) *Formel organisation: Bureaukrati, struktur og åbne organisationsforståelser* (lektion 5), (2) *Offentlige organisationer og omgivelser i et institutionelt perspektiv* (lektion 6), (3) *Organisationskultur* (lektion 7), (4) *Professioner og frontlinjemedarbejdere* (lektion 8), (5) *Magt, legitimitet og beslutningsprocesser i organisationer* (lektion 9), (6) *Forandringsprocesser* (lektion 11) *Ledelse i den offentlige sektor: samarbejde og sammenhæng på tværs* (lektion 12). Vi bruger således konkrete eksempler i casen til at diskutere teorier, der gennemgås i undervisningen. Ved at arbejde med casen i relation til de teoretiske perspektiver

fra forelæsninger får vi mulighed for at bruge teorierne aktivt i undervisningen, øve organisationsanalyse og diskutere mulige praktiske og metodiske fordele og ulemper ved at anvende et givent perspektiv i et konkret projektarbejde. I litteraturlisten og i noterne fremgår alle de anvendte kilder.

Casens indhold og læsevejledning

Alle personerne i casen er fiktive og sammensatte personer, som er udviklet på baggrund af rapporter om organisering og behandling af apopleksi (apopleksi betegner et slagtilfælde, der dækker over såvel blødning som blodprop i hjernen), forskning i apopleksi, politiske dokumenter og den forskning i sundhedsvæsenets organisering og ledelse, som vi har foretaget siden 2009.

Casen er opbygget på følgende måde: først møder vi Erik, der får en apopleksi, og som vi følger i indlæggelsen på hospitalet. Den indledende beskrivelse er vigtig for at få en forståelse af diagnosen apopleksi og den behandling, pleje og genoptræning, som tilbydes disse patienter. Dette er baggrunden for at forstå historien i casen og konteksten for den offentlige organisering: det arbejde, som frontlinjemedarbejderne laver med konkrete patienter indgår både i en konkret, lokal organisatorisk kontekst, samt en bredere institutionel og national kontekst.

Dernæst følger et afsnit, som giver viden om baggrunden for omorganiseringen af apopleksiområdet. Apopleksiområdet har gennemgået en række større forandringer over de seneste år, hvilket ikke er ualmindeligt i offentlige organisationer, og disse forandringer hører med til casens kontekst. Dette afsnit trækker på teorier om den offentlige sektors organisering og styring, og rejser en række spørgsmål her til.

Herefter kommer et afsnit om den konkrete organisatoriske forandring, som er en central del af casen. Forandringerne er blandt andet beskrevet i den nationale retningslinje for apopleksi, der indeholder de specifikke ændringer i organisatorisk og klinisk praksis. Omorganiseringen af apopleksiområdet illustrerer både den form for regulering og standardisering, som findes mange steder i den offentlige sektor (retningslinjer, procedurer, standarder, lovgivning), men casen viser også noget om hvordan organisatoriske forandringsprocesser ofte foregår 'top down' og 'bottom up' i den offentlige sektor. Denne dobbelthed bliver i casen eksemplificeret ved, at vi følger hvordan medicinsk forskningsviden 'rejser' internationalt fra store globale studier, dernæst 'oversættes' denne "evidens" nationalt i form af nationale retningslinjer for behandling, der endeligt skal implementeres og omsættes til ændret handling lokalt i mødet med patienterne

på et konkret hospital. Dette afsnit trækker på teorier om organisationsstrukturer, herunder det professionelle bureaukrati, netværksorganisering, og teorier om institutionel forandring.

I de efterfølgende afsnit zoomer vi ind på et konkret hospitalsafsnit. Her ankommer Erik med ambulancen til det medicinske modtagelsesafsnit, hvor han hurtigt modtager de indledende diagnostiske undersøgelser, som ligger i retningslinjen for apopleksi. Her møder vi læger og sygeplejersker på arbejde i selve modtagelsesafsnittet og på det apopleksi-afsnit, som Erik herefter indlægges på. I denne sidste del af casen har vi konstrueret konkrete eksempler på hverdagen på det fiktive afsnit, hvor ledere og medlemmer af de forskellige faggrupper på forskellig vis forholder sig til og indgår i arbejdet med at omsætte retningslinjen til ny organisering og forandret behandlingspraksis. Her går vi tæt på hvordan hverdagen i den offentlige sektor kan være organiseret og hvilke konsekvenser denne organisering har for frontlinjemedarbejderes arbejde, lederes opgave, samt fagprofessionelles interaktioner med patienter og pårørende. Dette afsnit trækker på teorier om arbejde, koordinering, ledelsesarbejde, samt fagprofessionelles samarbejde og interaktioner med standarder og teknologi. Til sidst følger vi Erik idet han udskrives, kommer hjem og skal modtage kommunal genoptræning, hjemmepleje til de ting, han ikke længere kan selv. Hans udskrivelse illustrerer overgangen og samarbejdet mellem primær sektor (kommunen) og sekundær sektor (hospitalet). Her hører vi også om hvilke konsekvenser Eriks sygdom har for hans kone og for deres fælles liv.

Bagerst i dokumentet kan I se et skema, der viser et overblik over sammenhængen mellem forelæsnningernes tema, pensumlitteratur og elementer af casen.

Efter denne introduktion vil vi nu møde Erik, og stifte bekendtskab med hans vej ind i- og igennem sundhedsvæsenet.

Organiseringen af apopleksiområdet:

Erik, en apopleksipatient

Det er en lun sommeraften i et sommerhusområde i Danmark. Erik, en 62 årig mand, har haft sin familie og sine store børn til middag. Erik har det ikke godt under middagen, han føler sig tung i hovedet, omtåget, men han vil ikke gøre et større nummer ud af det, for det er så hyggeligt at have alle samlet. Mens de unge hjælper hans kone Susanne med at tage ud af bordet, går Erik ind og lægger sig for at se om det hjælper. Det gør det nu ikke, synes han, og han står op igen, da kaffen og småkagerne er stillet frem på terrassen. Mens de drikker kaffe, er han stille og

børnene spørger et par gange, om han er ok, men han slår det hen.ⁱ Da gæsterne er gået, bliver Erik dog tiltagende dårlig. Han sætter sig tungt i lænestolen, for han er svimmel og han kan ikke se ordentligt, siger han. Susanne bliver bekymret. Hun synes også hans ansigt ser mærkeligt ud, hans ene mundvig hænger så underligt. ”Susanne”, siger Erik, besværet, ”Susanne! Hhhnnnn, du skal ... hmmm”. Det er tydeligt han prøver at tale, men der kommer ikke noget ud af hans mund, som Susanne kan forstå. Hun bliver bange og hun ringer 112. Ambulancen er der i løbet af kort til og Erik køres med fuld udrykning til det nærmeste hospital.ⁱⁱ Han har fået en blodprop i hjernen og han indlægges på hospitalet til behandling og pleje. Eriks hjerneskade er omfattende: han har lammelser i højre side af kroppen og hans hukommelse og evne til at udtrykke sig er meget påvirket. Han skal have intensiv genoptræning, først på apopleksiafsnittet på hospitalet, og derefter på det lokale sundhedscenter. Erik er ikke alene. Hvert år får omkring 12.000 danskere apopleksi og man antager at mellem 30.000 og 40.000 danskere lever med følgerne af denne sygdom. Dødeligheden inden for den første måned er ca. 15% og følgerne af sygdommen varierer afhængig af skadens omfang, men kan være betydelige og varige. Apopleksi den tredjehyppigste dødsårsag i den vestlige verden.ⁱⁱⁱ

Omorganisering af apopleksibehandlingen: Baggrund og forløb

Som ovenstående afsnit viser er apopleksi en sygdom med potentielt omfattende menneskelige og samfundsmæssige konsekvenser. Der forskes da også bredt internationalt i, hvordan man bedst behandler patienter med apopleksi. I den internationale organisation, Cochrane, samles og vurderes denne og anden medicinsk forskning og resultaterne af sådanne vurderinger udgives i det, der kaldes meta-reviews med det specifikke grundlag af forbedre viden om og dermed beslutningsgrundlaget for behandlinger^{iv}. Med udviklingen af evidens som grundlag for såvel kliniske som politiske beslutninger får denne form for rapporter og anbefalinger betydning for, hvordan fx apopleksibehandlingen i Danmark organiseres og praktiseres ude på de enkelte afdelinger.

De nationale retningslinjer (kaldet referenceprogrammer) laves i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, som er den øverste sundhedsfaglige myndighed i Danmark, og en del af Sundhed og Ældreministeriet.^v Formålet er at producere en ”opdateret, tværfaglig, evidensbaseret national retningslinje for apopleksiområdet”. Referenceprogrammet opstår tilbage i starten af 2000’erne af et behov for at etablere ”et ensartet behandlingsniveau for patienter med apopleksi kan fastsættes et behandlingsniveau, der bør kunne efterleves, uanset hvor i landet og på hvilken afdeling patienten bliver indlagt”.^{vi} Referenceprogrammerne opdateres med års mellemrum af faglige specialister inden for apopleksibehandlingen, således

af den nationale retningslinje, som referenceprogrammet er, er ajour med den nyeste internationale forskning og afspejler hvad den optimale udredning, behandling og genoptræning indeholder: ”Siden det første referenceprograms udgivelse i 2003 er der sket væsentligt nyt inden for behandling af patienter med akut apopleksi, og referenceprogrammet er ændret svarende til de nye undersøgelsesresultater. Enkelte steder har nye undersøgelser medført ændringer i rekommandationerne, og andre steder er rekommandationerne fra sidste referenceprogram blevet styrket eller svækket”.^{vii}

Omorganisering af apopleksibehandlingen: Den nationale retningslinje

På baggrund af Sundhedsstyrelsens rapport fra 1994 påbegyndes arbejdet med at omsætte den forskningsmæssige viden om hvilken evidens, der er på området, til konkret organisering og udførelse af behandlings/rehabiliteringspraksis over for apopleksipatienter. Erik får sin apopleksi i 2009. På dette tidspunkt er oprettelsen af specifikke apopleksiafsnit undervejs: ”Behandlingen af de ca. 12-13.000 patienter som årligt indlægges med apopleksi på danske sygehuse har inden for en relativ kort årrække undergået betydelige forandringer med oprettelse af specialiserede apopleksiafsnit”.^{viii} Dette er godt nyt for Erik, da evidensen bag denne omorganisering viser, at indlæggelse direkte på specialafsnit^{ix} giver et betydeligt bedre outcome for patienten: ”Effekten af behandling af patienter med apopleksi i specialiserede apopleksiafsnit kontra ”almindelig” internmedicinsk eller neurologisk afdeling er blevet undersøgt i adskillige randomiserede, kontrollerede studier. En samlet vurdering af den videnskabelige dokumentation foreligger i form af en Cochranemetaanalyse (56), hvor man fandt 20 undersøgelser omfattende 3.864 patienter, randomiseret til enten apopleksiafsnit eller ikke-specialiseret afdeling. Man fandt her, at behandlingen i specialiserede apopleksiafsnit medførte signifikant bedre overlevelse, bedre funktionsniveau ved udskrivelsen og færre udskrivelser til plejehjem”.^x

Denne evidens betyder at apopleksibehandlingen i Danmark omorganiseres, således at det er muligt at leve op til følgende af retningslinjens anbefalinger:

- Hospitaler, som skal behandle patienter med akut apopleksi, bør etablere specialiserede apopleksiafsnit^{xi}
- Ved akut apopleksi bør der visiteres til specialiserede apopleksiafsnit, uanset alder og uanset apopleksiens sværhedsgrad
- Ved formodning om apopleksi anbefales hurtig ambulancetransport til nærmeste hospital med apopleksiafsnit

I sundhedsstyrelsens rapport om hjerneskaderehabilitering fra 2010 finder man følgende korte beskrivelse af omorganiseringsprocessen: *”Indtil slutningen af 1980’erne foregik rehabilitering af erhvervet hjerneskade i hospitalsregi fortrinsvis på almene medicinske og neurologiske afdelinger. I første halvdel af 1990’erne skete der en gradvis etablering af apopleksiafsnit, hovedsageligt i tilknytning til neurologiske afdelinger, idet studier viste en positiv effekt af en sådan indsats (jf. afsnit 3.3.1). Denne udvikling fortsatte i løbet af 2000’erne, og hermed var også anbefalingerne fra 1994 på apopleksiområdet implementeret”*. Så langt så godt. Evidensen er tydelig, det er en klar fordel for patienterne, at de modtages og behandles i specialiserede apopleksiafsnit. Citatet fra rapporten beskriver at anbefalingerne fra 1994 er implementeret. Men hvordan foregår sådanne implementeringsprocesser i arbejdspraksis?

For at forstå struktureringen, organiseringen og udførelsen af det arbejde, der tilsammen udgør diagnosticering, behandling og genoptræning af apopleksipatienter, er vi nødt til kort at skitsere hvor dette arbejde udføres og af hvem. 1 januar 2007^{xii} ændrer Kommunalreformen fordelingen af arbejdsopgaver i den offentlige sektor: *”Med kommunalreformen i 2007 og ændringer i sundhedsloven i 2006 skete en reorganisering af ansvarsområder og arbejdsdelinger mellem regioner og kommuner. Reformen betød en decentralisering af genoptræningsindsatsen og kommunerne har fået større ansvar for hjerneskaderehabilitering efter endt hospitalsbehandling. Den specialiserede ambulante genoptræning varetages i hospitalsregi, mens almen og specialiseret genoptræning sker i kommunalt regi. Reformen igangsatte således reorganiseringer, som langt fra er afsluttet, hvor viden og kompetencer flyttes”*.^{xiii} For Erik, og patienter som ham, så betyder det kort fortalt, at behandling varetages på hospitalet, mens genoptræning/rehabilitering varetages i kommunalt regi. Som vi skal se senere i casen, så har denne opgavefordeling konsekvenser for hvordan arbejdet på et apopleksiafsnit organiseres og praktiseres, samt for det ledelses- og koordineringsarbejde, der skal laves i alle de instanser, der er en del af en apopleksipatientes forløb. Behandlingsforløbet er ikke blot distribueret imellem forskellige matrikler eller geografiske steder, men også imellem forskellige sektorer. Det betyder eksempelvis også, at de IT systemer som udgør en væsentlig del af kommunikationsinfrastrukturen, nu både ligger i regionalt og kommunalt regi – de skal med andre ord tale sammen. Et hospital har typisk flere kommuner i sit optageområde og skal dermed samarbejde med forskellige systemer og måder at håndtere ’overgangen’ fra hospital til kommune på, hvilket kan give anledning til koordineringsudfordringer.

Fra evidensbaseret viden til ændret praksis: Et eksempel på institutionel forandring:

Den politiske vilje til at omorganisere apopleksibehandlingen i DK i tråd med de internationale guidelines er tilstede og arbejdet påbegyndes. Som med størstedelen af forandringsprocesser i offentlige organisationer, så gælder det også for vores eksempel, at omorganiseringen på apopleksiområdet blot er en lille del af de forandringer, som sundhedsvæsenet undergår i denne periode. Sideløbende med den faglige, forskningsmæssige udvikling, som udviklingen af den nationale retningslinje for apopleksi er et eksempel på, så pågår der i denne periode også et arbejde med et fælles nationalt kvalitetsudviklingssystem, som munder ud i Den Danske Kvalitetsmodel.^{xiv} Denne model indeholder konkrete standarder for kvalitet på en lang række områder af de offentligt finansierede sundhedsydelser, herunder *generelle standarder*, *kliniske standarder*, samt *organisatoriske standarder*. Efterlevelse af standarderne i modellen er obligatorisk og performance måles på en række indikatorer og benchmarkes, så graden af indikatoropfyldelse kan monitoreres og sammenlignes. Apopleksi indgår som område i modellen med standarder og kvalitetsindikatorer, der bygger på referenceprogrammet (de nationale retningslinjer) for apopleksibehandling, og som bl.a. bruges til at måle og sammenligne kvaliteten af apopleksibehandling nationalt.^{xv}

Men hvordan sørger man for at denne viden og disse standarder faktisk bruges og efterleves i praksis, sådan at når mennesker som Erik ankommer til hospitalet, så modtages de direkte på et specialiseret afsnit og får tværfaglig behandling, pleje og genoptræning? For at forstå dette, vil vi nu zoome ind og besøge et fiktivt apopleksiafsnit i overgangsperioden, hvor arbejdet med at omsætte den obligatoriske nationale retningslinje til praksis pågår. Vi er nødt til at vide hvordan afsnittet er organiseret, hvilke organisatoriske forandringer, der er konsekvensen af den nationale omorganisering. Ydermere vi gerne vide hvordan lederne og medarbejderne arbejder med at omsætte elementerne i den nationale retningslinje for apopleksibehandling til arbejdspraksis, samtidig med at de naturligvis stadig yder behandling og pleje til patienter. Kort sagt, Erik indlægges.

Forandring af lokal organisering: besøg på et apopleksiafsnit

Det apopleksiafsnit, vi besøger, ligger på et middelstort hospital i Danmark. Her ankommer Erik med ambulancen og modtages af en sygeplejerske og en læge på det medicinske modtageafsnit.^{xvi} Erik kommer i en seng og en læge fra apopleksiafsnittet tilkaldes. Den læge, der tilser Erik, igangsætter forskellige undersøgelser for at fastslå omfanget og karakteren af Eriks skade. Efter de indledende undersøgelser flyttes Erik over på apopleksiafsnittet. Hans

kone Susanne følger med: Eriks talebesvær betyder at hun er en vigtig samarbejdspartner for sundhedspersonalet: det er Susanne der kan fortælle hvornår Erik begyndte at få symptomer, hvordan og hvor hurtigt disse udviklede sig. Det er også Susanne, der kan fortælle personalet om Eriks helbred og hverdag inden han blev syg. Al denne viden er vigtig i den videre plan for Erik. På apopleksiafsnittet bliver Erik indlagt: han hjælpes ud af tøjet og i hospitalstøj og op i en seng af to sygeplejersker, mens Susanne går ud i opholdsstuen og ringer til deres børn for at fortælle dem, hvad der er sket. Bagefter synker Susanne sammen i en stol og græder. En sygeplejerske lægger armen om hende og henter hende et glas vand. Hun sætter sig og snakker med Susanne, indtil hun bliver hentet af en veninde.

Efter den nationale omorganisering af behandlingen af hjerneblødning og blodpropper i hjernen er sat i værks, startende med omlægning til specialiserede apopleksiafsnit, så har afsnittet været tværfagligt ledet og organiseret. Det betyder, at afsnittet ledes af en overlæge i neurologi, en ledende terapeut og en afdelingssygeplejerske. De er hver ansvarlig for hhv. det lægefaglige arbejde, det terapeutiske arbejde og det sygeplejefaglige arbejde. De er fælles ansvarlige for afdelingens økonomi og performance, selvom de i praksis har fordelt opgaverne imellem sig. Overlægen Hanne har personaleansvar for lægerne, den ledende terapeut Martin har personaleansvar for afdelingens ergo- og fysioterapeuter og Signe, afdelingssygeplejersken, har personaleansvar for afdelingens sygeplejersker.

Arbejdspraksis og frontlinjemedarbejdere i apopleksibehandlingen
Apopleksiafsnittet består af en reception, hvor sekretærene sidder, en fælles opholdsstue til patienter og pårørende, et træningsrum, et medicinrum, en kaffestue til personalet, to tavlerum (et til hver plejegruppe), tre små kontorer til de tre ledere, samt 12 sengestuer til patienterne. Der er farverige plakater på væggene, små kroge med borde og stole, hvor man kan sidde og snakke eller læse blade, og i opholdsstuen er der tv, en reol med spil og bøger, samt planter og musikanlæg. Afdelingen er døgnbemandet. Fra 7-15 i dagvagten er der flest sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter, læger og sekretærer på arbejde. Fra 15 – 07 er der sygeplejersker, en enkelt sekretær og lægedækning via vagtlagssystemet (den medicinske mellemvagt kommer fast på afdelingen ved aftenstuegang og man kan ringe efter en medicinsk eller neurologisk bagvagt ved behov). Hver tirsdag og torsdag kommer taleterapeuten, og hjemmesygeplejersken og visitatoren fra de omkringliggende 5 kommuner kommer jævnligt på afdelingen, fordi de i fællesskab med patienten, de pårørende og personalet skal lægge en plan for udskrivelsen og den hjælp, som patienten har brug for, for at bo hjemme.

Hver morgen mødes dagholdets sygeplejersker og terapeuter i de to grupper, her får de overleveret information om, hvordan natten er gået fra nattevagterne, før disse går hjem og sover. Her gennemgår de hver enkelt patients tilstand og de diskuterer vedkommendes behandling, pleje og genoptræning. Det er også her at nye patienter, som f.eks. er meldt på vej ind i afdelingen via det elektroniske journal- og logistiksystem, tildeles en terapeut og en sygeplejerske, som allerede inden patienten er ankommet, går i gang med at sætte sig ind i patienten og gøre en sengestue klar. Det arbejde, der skal til at diagnosticere og behandle Erik, starter inden Erik er nået ind på hospitalet. Det er essentielt for apopleksipatienter, at samarbejdet mellem præhospitalet og hospitalet foregår på en sådan måde, at Erik modtager den relevante behandling *hurtigt og effektivt*. I Eriks tilfælde ventede han og Susanne for længe, før de ringede 112, og det var derfor ikke længere muligt at tilbyde ham den behandling, der skal gives indenfor det første, afgørende tidsrum.^{xvii} Det betyder, at Erik skal være indlagt, indtil han er klar til at overgå til rehabilitering i kommunalt regi.

Professioner og kultur: modstand og lokal håndtering af forandringsprocessen

I dette afsnit laver vi et lille skift i fokus mod afdelingen, som Erik indlægges på. På den afdeling som Erik bliver indlagt, må de også forholde sig til den nye nationale retningslinje. Nye dokumentationskrav har skabt særlige udfordringer, og personalet har kæmpet med at få det til at fungere, vi besøger derfor Hanne, Martin og Signe på et personalemøde, hvor de har sat emnet ”dokumentationspraksis” på dagsordenen.

Da de når til punktet dokumentationspraksis på mødet, starter Signe med at sige, at afsnittet stadig har områder, hvor dokumentationen halter bagefter: ”det er selvfølgelig vigtigst, at I sørger for patienterne, at I får dem mobiliseret og ud af sengen hurtigt. At I får vurderet dem hurtigt og får lagt en genoptræningsplan. Men hvis ikke vi også husker at få dokumenteret det inden for den tid, der står i indikatoren, så kan vi bare ikke dokumentere, at vi rent faktisk lever op til standarden”. ”Ja”, supplerer Martin, ”jeg ved godt at dokumentationssystemet er anerledes, og at det måske virker som ekstra-arbejde fordi I lige skal lære det, men altså, vi får bare et forklaringsproblem opadtil, hvis vi ikke gør det. Vi vil jo også gerne kunne demonstrere, at vi rent faktisk leverer den gode kvalitet, som vi faktisk gør”. En af sygeplejerskerne tager ordet: ”jeg kan bare ikke forsvare”, siger hun, ”at når her er drøn travlt og vi har patienter, som *virkelig* har brug for os, at jeg så skal sige til nogen, at jeg ikke kan hjælpe lige nu, fordi jeg er nødt til at gå ind på kontoret og taste noget ind, i stedet for at hjælpe med det toiletbesøg. Hver opgave tager jo den næste, mange gange *er* der ingen huller til den slags. Hvis jeg havde al tid

i hele verden, var det ikke et problem, men det har vi jo ikke”. Mange andre nikker og en af terapeuterne uddyber ”er det ikke også en vurderingssag hvornår det er vigtigst at bruge tid på den grundige vurdering af rehabiliteringsbehovet? Jeg mener, vi ser jo ugentligt patienter, hvor det bare ikke giver nogen mening? Hvor de f.eks. er så dårlige, at det simpelthen ikke er hensigtsmæssigt at bruge kræfterne her?”. Martin tager ordet, ”jo, selvfølgelig vil der altid være tilfælde, hvor det åbenlyst ikke er hensigtsmæssigt at sætte en grundig udredning af patientens behov for ergoterapi i gang lige med det samme”, ”det er jo her I så skal huske at bruge den kategori, der hedder ’ikke fagligt relevant’^{xviii}, når I dokumenterer”, supplerer Hanne. Johan, en yngre læge, bryder ind: ”jeg synes også det er væsentlig i al den her snak om problemer, at de her nationale retningslinjer, de er jo baseret på seriøs forskning. Forskning, der dokumenterer, at patienter får et bedre klinisk outcome, når man følger standarder. Det skal vi ikke glemme; det handler i bund og grund om, at de her patienter får bedre forløb, af en højere klinisk kvalitet, og det er derfor vi skal følge dem”. Den samlede personalegruppe bryder op i snak i smågrupper, der er diskussioner rundt omkring. De tre ledere udveksler blikke, det er tydeligt på personalegruppens reaktioner, at det ikke er sidste gang de må tage det her emne op.

Ledelse og implementeringsarbejdet: et langt, sejt træk

Efter personalemødet drøfter de i ledelsesgruppen udfordringerne på Hannes kontor. Hanne siger, ”jeg ville sådan ønske vi kunne få *hele* personalegruppen til at se, at hvis de bruger de ti minutter, -mere er det jo i realiteten nok ikke-, på lige at få dokumenteret det hver gang, så er vi bare bedre stillet. Den kommer ikke til at gå væk, den her opgave, og vi er bare *nødt til* at kunne vise, at vi gør det vi skal”. De andre nikker, og Signe tilføjer ”ja, men der er også en grund til at det er mine sygeplejersker, der peger på udfordringerne. Det er ofte dem, der står med patienterne og de pårørende i praksis, - lægerne kommer og går jo lidt – og de er garvede, mine sygeplejersker, de har mange års erfaring med at tage hånd om de her patienter. Og jeg får dem jo ind på kontoret til snakke, når de bliver klemte i det her, når de føler det er svært at fastholde den gode kvalitet i plejen samtidig med at skulle implementere alt det her”. Lederne aftaler, at de vil følge det her tæt og tage det op på næste personalemøde. I ugens løb beslutter Signe sig for at få snakket med så mange som muligt af sygeplejerskerne, bare lige kort, for at få en bedre fornemmelse af hvad de største udfordringer er. Martin beslutter sig for at aflaste terapeuterne lidt, det er ikke så længe siden har arbejdede i klinikken og han er jo alligevel i uniform hver dag, så han stikker hovedet ind på kontoret et par gange i løbet af ugen og spørger hvad han kan hjælpe med. Den dag, der er en sygemelding i en travl dagvagt, dækker han vedkommendes øvelser med en patient og hjælper en kollega med mobilisering af en dårlig

patient. I kaffepausen får han snakket med dem, der er på arbejde og han kan mærke, at det gør en forskel for personalet, at han ikke er bleg for at hjælpe, når der er brug for det.

Senere på ugen mødes de tre ledere til deres ugentlige ledermøde, hvor snakken igen falder på arbejdet med at få implementeret kvalitetsstandarderne i praksis. Martin starter: ”det er også et personalemæssigt problem”, siger han, ”jeg har simpelthen svært ved at få kabalen til at gå op. Med kravene om fysio- og ergoterapeutisk vurdering af patienten indenfor 2. indlæggelsesdøgn^{xix}, så er jeg jo nødt til at have en ordentlig dækning af fys og ergo ressourcer om aftenen og i weekenden. Og når jeg rykker folk fra dagvagt til aften- og weekendvagt, så er det dyrere, de vagter koster simpelthen mere at dække, *plus* at jeg har jo kun de folk, jeg har. Når jeg siger til Line og Olav, at de er nødt til at arbejde lørdag og søndag, så tager jeg jo de personaleressourcer fra dagsprogrammet af den virkelig vigtige daglige træning på afsnittet. Jeg ved simpelthen ikke, hvordan jeg skal få det til at gå op, når vi nu ikke må ansætte flere pga. af økonomien og besparelserne”, sukker Martin. De andre siger ikke noget først, men så taget Signe ordet: vi må prøve at gå til ledelsen i samlet trop. De må hjælpe os med at løse det”.

De tre ledere går til deres chefer, dvs. afdelingsledelsen bestående af den ledende overlæge og oversygeplejersken, men de går der fra med uforettet sag. Afdelingsledelsen fortæller at de får at vide af hospitalsledelsen, at der ikke vil blive kompenseret økonomisk og disse nye standarder selvfølgelig skal overholdes, det er ikke til diskussion. De beslutter, at starte en proces med hele personalegruppen, hvor de skal arbejde med de udfordringer, som de oplever i forbindelse med implementeringen af retningslinjen - processen starter monofagligt med temamøder i hver faggruppe; sygeplejerskerne, lægerne og terapeuterne.

Forsøg på meningskabelse

Første skridt i processen er Signes møde med gruppen af sygeplejersker. De er indkaldt til et temamøde en torsdag eftermiddag i frokoststuen. Signe sørger for at lave kaffe og sætte småkager frem. Sammen med den kvalitetsansvarlige sygeplejerske rykker hun rundt på bordene og stolene, så de står i en hestesko. Hun gør et nummer ud af at medbringe store ark papir, post-its i mange farver og sprittusser. Ligeså stille ankommer sygeplejerskerne og sætter sig ned. Der falder et par kommentarer om hesteskoen, men alle sætter sig og Signe går i gang. ”Velkommen”, siger hun, ”til det første i en række af temaeftermiddage, hvor vi sætter fokus på udfordringerne omkring den nye dokumentationspraksis. Lægegruppen og terapeuterne kommer også til at have de her drøftelser, vi starter for os selv og så skal vi selvfølgelig drøfte det sammen i den samlede personalegruppe”. Hun forklarer hvad formålet med mødet er: at få

kortlagt de problematikker og udfordringer, som personalet oplever i hverdagen, samt at få skitseret en række løsningsforslag i fælleskab. Hun deler tusser, post-its og papirer ud, og beder dem om i mindre grupper at skrive 3 ting ned: 1) hvad der kendetegner ”den gode pleje til en apopleksipatient”, 2) hvordan støtter retningslinjen den gode pleje og 3) hvad oplever I af udfordringer i arbejdet med at efterleve retningslinjerne i praksis. Grupperne arbejder koncentreret og da mødet er ved at være færdigt takker Signe for deltagelsen og engagementet. Mens de går og sætter stole på plads og rydder op, siger en af sygeplejerskerne ”jeg synes faktisk ikke at det er det store problem til hverdag, det her med dokumentationen. Måske gør vi det større end godt er, det handler nok i virkeligheden om, at vi bare skal gøre det. Vi kan jo ikke gøre noget ved det alligevel, det er kommet for at blive”. Signe sukker ved sig selv og tænker ”det er ikke nemt at gøre alle tilfredse”. Hun hænger de tegninger og post-it, som grupperne har lavet, op på den fælles opslagstavle. Her skal de hænge sammen med lægegruppens og terapeuternes tegninger og danne grundlag for det næste fællesmøde, hvor de tre ledere har besluttet at sætte fokus på løsninger. Hun sukker igen. Det er en lang proces og hun ved, at hun vil møde modstand fra personalet, særligt når de bliver presset på ressourcer, f.eks. på grund af sygdom.

Besøget på afdelingen i forhold til dokumentationspraksis i dette afsnit, er ikke uvæsentligt for at forstå, hvordan forløbet skal knytte an til det videre arbejde med Erik på tværs af blandt andet sektorer og fagfaglige grænser. I det øjeblik Erik bliver udskrevet, skal der nemlig pågå et samarbejde mellem primær og sekundær sektor, i dette samarbejde får dokumentationspraksisser og forskellige kommunikationsplatforme en ny væsentlighed. Vi vil i de næste og afsluttende afsnit følge Erik i sit videre forløb og tilbage til sit hjem.

IT, samarbejde og overgange

Mens Erik er indlagt, arbejder sygeplejersker og terapeuter med ham for at træne og forberede ham så meget som muligt på at komme tilbage til sit tidligere liv. Efter en periode med behandling og begyndende genoptræning vurderer sygeplejerskerne og terapeuterne i samråd med lægen, at Erik er klar til at blive udskrevet. Efter denne vurdering skal hospitalet have et møde med Erik, Susanne, og med den lokale visitator fra Eriks hjemkommune, så den kommunale hjemmepleje og genoptræningsenhed er klar til at tage over. I dag varetages opgaven med at koordinere og planlægge dette møde af en af sygeplejerskerne. Hun ringer til den kommunale visitator, men vedkommende er optaget på telefonen i de to timer, der er anført som telefontid. Frustreret går hun ud og henter sig en kop kaffe. Hun ved godt, at presset på kommunerne er stort, men hun kan ikke komme videre med Eriks udskrivelse, før hun har fået

kontakt til visitator og fået sat tid og dato for mødet. Det lykkes efter noget tid, og de får afholdt mødet og lagt en plan for Erik, som han og Susanne virker glad for. Efter mødet går lægen ind på sit kontor og laver et udskrivelsesbrev (epikrise), mens terapeuten ved siden af lægger sidste hånd på Eriks genoptræningsplan. Den har de kommunale fysioterapeuter brug for, når de skal overtage Eriks genoptræning, så det træning, de laver med Erik, hænger sammen med den træning han fik på hospitalet. Der er travlt på afsnittet, kollegaer småløber forbi på gangen, en alarm lyder fra stue 4. Men de er nødt til at få det her færdigt.

Når Erik udskrives, sender lægesekretæren indenfor 3 hverdage den epikrise (en epikrise er et kort sammendrag af en patients sygehistorie, indlæggelsesforløb og plan for efterbehandling¹), som lægen har lavet på baggrund af Eriks indlæggelse, til Eriks privatpraktiserende læge. Her modtager Eriks læge oplysninger om at Erik har været indlagt, hvorfor og hvad planen er fremadrettet. Epikriser sendes og modtages via det elektroniske patientjournalssystem eller det patientadministrative system.^{xx} Det er en afgørende del af kommunikationsinfrastrukturen, som er grundlaget for sammenhæng, kvalitet og patientsikkerhed i patientforløb, og der er kvalitetsstandarder herfor.

Erik udskrives og skal hjem

Efter indlæggelsen skal Erik hjem og fortsætte sin genoptræning, så han i videst muligt omfang, kan genoptage sit liv. Meget er forandret nu, han har stadig brug for hjælp til at komme i bad og i tøjet hver morgen. Det kommer den kommunale hjemmepleje og hjælper med, for Susanne har ikke kræfter til at løfte Erik og støtte ham, så han ikke falder. Erik kan godt være alene, men ikke i længere tid af gangen, fordi han stadig er så usikker på benene, at han risikerer at falde og komme yderligere til skade. Det var svært at finde rundt i den nye hverdag, med alle de skemaer og forskellige instanser, der pludselig er involverede i deres liv.

Eriks pleje og genoptræning (rehabiliteringen) håndteres dels i eget hjem af den kommunale hjemmepleje og dels i et træningscenter. Da Erik blev udskrevet fra hospitalet blev der blandt andet lavet et genoptræningsprogram til ham, som skulle følge Erik hjem. Hjemme hos Erik opstår der dog problemer, for hjemmeplejerne og fysioterapeuterne kan ikke håndtere genoptræningsprogrammet i hjemmet. Udfordringen er, at arbejdsmiljølovgivningen kræver, at hjemmeplejerne skal have en vis plads i hjemmet, for at kunne lave genoptræningsøvelserne, og der er ikke den plads i Eriks hjem, som lovgivningen foreskriver. Der opstår også en uenighed ift. rækkefølgen og tilgangen til genoptræningsforløbet, og der foregår derfor en

række tilpasninger, da Erik kommer hjem og fortsætter sit genoptræningsprogram. Disse tilpasninger har været en smule forvirrende for Erik, og til den efterfølgende kontrol på hospitalet, spørger Erik og Susanne derfor ind til, hvordan de skal forholde sig til, at planerne bliver ændret. På hospitalet siger de, at det er vigtigt, at de følger de planer, som de har fået med fra hospitalet, og at de skulle være afstemt med kommunen i forbindelse med mødet med visitator. Da Erik og Susanne kommer hjem fortæller de hjemmeplejeren, at de har fået at vide på hospitalet, at det er vigtigt de følger det givne program. Hjemmeplejeren forklarer, at hun er nød til at overholde arbejdsmiljølovgivningen, og derfor ikke kan lave korrektioner nu. Erik og Susanne er fortsat usikre og beslutter sig for, at tage fat i visitatoren, som forklarer at tilpasninger er ganske normale, men de bliver dog enige om, at flytte noget af genoptræningen til et træningscenter i nærheden. Selvom forløbet bliver bedre, oplever Erik og Susanne dog fortsat nogle uoverensstemmelser ift. hvad de har fået besked på fra hospitalet, og hvad kommunen gør ift. genoptræningsprogrammet. De beslutter sig for at undersøge det nærmere til næste kontrol på hospitalet.

Spørgsmål til casen:

Spørgsmålene nedenfor er udformet efter de overordnede organisationsteoretiske temaer, som er repræsenteret i forelæsningerne og pensumlitteraturen.

1) **Formel organisation: Bureaucrati, struktur og åbne organisationsforståelser**

1. Diskuter hvilken form for struktur et hospital kan forstås som indenfor Mintzberg's konfigurationer?
2. Hvilken betydning har formelle strukturer og bureaukrati på et hospital?
3. Inddrag teorier fra offentlig forvaltning og diskuter, hvilke styringsformer og teknologier der er på spil i casen (marked, hierarki, netværk, styringskæde etc.)?

2) **Offentlige organisationer og omgivelser i et institutionelt perspektiv**

Forstil jer, at I er medlem af hospitalsledelsen på hospitalet.

1. Hvad er jeres rolle i at sørge for at den nationale retningslinje oversættes til praksis?
2. Hvordan vil I legitimere den omorganisering, som retningslinjen kræver?
3. Diskuter mulige årsager til at retningslinjen kan modtages forskelligt af hhv sygeplejerskegruppen og lægegruppen – hvilke mulige legitimitetskriterier og forskellige normer kan være på spil?

3) **Organisationskultur**

1. Hvilke former for kulturteori kan være relevant i casen?
2. Diskuter hvilke værdier og normer, som er på spil i casen?
3. Hvordan bliver værdier og normer synlige i artefakter og teknologier?
4. Diskuter forklaringsmuligheder og begrænsninger i de forskellige teoretiske metaforer for kultur (Smircich artikel)?
5. Relater dagens kulturdiskussionen til sidste gangs institutionelle perspektiver?
Forskelle og ligheder?

4) Professioner og frontlinjemedarbejdere

1. Hvilke former for arbejde kan I se i casen? Hvad består de af og hvordan hænger de sammen? Kan I finde eksempler på forskellige koordineringsmekanismer?
2. Hvilke professioner/semi-professioner kan vi observere i casen?
3. Diskuter uenigheder og forskellige faglige hensyn i casen. Hvordan kan kontroverser teoretisk kvalificeres (eksempelvis ud fra et begreb som jurisdiktion eller professionel logik)?

5) Magt, legitimitet og beslutningsprocesser

1. Hvilke beslutningsprocesser ser vi i casen?
2. Diskuter hvordan forskellige beslutningsteorier kan forklare forskellige dele af disse beslutningsprocesser?
3. Hvilke forskelle kan vi observere i casen ud fra et rationelt og normbaseret perspektiv på beslutningsprocesser?
4. Hvordan kan vi forstå magt og legitimitets rolle i beslutningsprocesser?

6) Forandringsprocesser:

1. Diskuter den organisatoriske forandringsproces, som beskrives i casen, og de elementer, I vurderer som væsentligst i at forandringen blev en succes (jf. de angivne kilder). Argumenter for jeres valg.
2. Diskuter den rolle som dokumentationspraksisser ser ud til at spille i casen, også i relation til medlemmer af de forskellige faggrupper.
3. I casen er der både opbakning til og modstand mod forandringen. Diskuter disse, særligt med fokus på hvilke forklaringer, der kan være for begge positioner.
4. Diskuter betydningen af at kunne udtrykke bekymring og kritik

7) Ledelse i den offentlige sektor: samarbejde og sammenhæng på tværs:

Forestil jer at I er de tre afsnitsledere:

1. Hvilket ledelsesarbejde skal laves og af hvem for at retningslinjen implementeres?
2. Hvilke ledelsesopgaver ser I ellers som afgørende for afsnittets drift og udvikling?
3. Hvordan vil I gå videre herfra?
4. Hvad vil I prioritere? Argumenter for jeres valg ud fra pensum.

Sammenhæng mellem elementer i casen, temaerne i forelæsningerne og litteratur fra pensum

Forelæsnings-tema	Element af casen	Litteratur fra pensum	Analytisk pointe
Formel organisation: Bureaucrati, struktur og åbne organisationsforståelser	<ul style="list-style-type: none"> - Casen som helhed herunder: - Hospitalets rolle i den offentlige sektor - Hospitalet som organisationsstruktur - Samspil mellem primær og sekundær sektor (Erik udskrives og skal hjem) 	<ul style="list-style-type: none"> - Grundbog KMOT, kap. 2 og kap. 7 - Grundbog OOS, kap. 2 	Formel organisation er et centralt element i organiseringen af den offentlige sektor. Bureaucrati og struktur samt forskellige organisationskonfigurationer er vigtige analytiske opmærksomheder ift. at forstå, hvordan den offentlige sektor organiseres.
Offentlige organisationer og omgivelser i et institutionelt perspektiv	<ul style="list-style-type: none"> - Sundhedssektoren som institutionelt felt (aktører/organisationer) - Omorganiseringen af apopleksiområdet 	<ul style="list-style-type: none"> - Grundbog KMOT: kap 11 - Grundbog OOS, kap. 5 	Institutionel teori tilbyder en teoretisk analytisk ramme for at forstå hvordan hele eller dele af institutioner forandrer sig. Dette kan studeres på forskellige niveauer, f.eks. nationalt, organisatorisk og på gruppe/individ niveau
Organisationskultur	Samspil mellem forskellige faggrupper	<ul style="list-style-type: none"> - Grundbog KMOT: kap. 10 - Grundbog OOS, kap. 3. - Smircich, L. (1983). Concepts of culture and organizational analysis. 	Begrebet kultur spiller en stor rolle i mange forandringsinitiativer, og som en måde at forstå organisationer på. Kulturbegrebet kan forstås på mange måder, og det er vigtigt at være opmærksom på, hvilken kulturforståelse der ligger til grund for vores brug af begrebet.
Professioner og frontlinjemedarbejdere	- Hele casen indeholder forskellige professionelle, så fokus er derfor på casen som helhed.	<ul style="list-style-type: none"> - Grundbog OOS, kap. 13 - Llewellyn, Sue. "Two-way windows": clinicians as medical managers." 	Professioner som læger, sygeplejersker, socialrådgivere etc. spiller en stor rolle i den offentlige sektors frontlinje. Det bliver her centralt at kunne redegøre for, hvilke

		<ul style="list-style-type: none"> - Abbott, A. (1988). The system of professions. An essay on the division of expert labor. 	legitimitetsproblematikker der kan ligge til grund for konflikter og udfordringer imellem fagprofessionelle grupper.
Magt, legitimitet og beslutningsprocesser	<ul style="list-style-type: none"> - Beslutning om at indføre ny national retningslinje for apopleksiområdet. - Forandring på afdelingen og beslutning om videre proces. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grundbog KMOT: kap. 5 - Grundbog OOS, kap. 12. - March, J. G. (1995): "Hvordan beslutninger bliver til i organisationer" 	Beslutninger betragtes ofte som et kernefænomen i organisations- og forvaltningsteorien. Vi vil her fokusere på forskellige former for beslutningsprocesser hhv. rationelt orienterede og normorienterede forståelser samt magt og legitimitets rolle i sådanne processer.
Forandringsprocesser	<ul style="list-style-type: none"> -Implementeringen af de nye retningslinjer i praksis -Tiltag i afdelingen: møder, seminarer, diskussioner -Modstanden mod forandringen -Mening med forandring? 	<ul style="list-style-type: none"> - Grundbog KMOT: kap 13, kap 23 - Grundbog OOS, kap. 10. 	Når man skal studere forandringsprocesser, så studerer man hvordan fænomener ændres over tid. Teori om organisatoriske forandringsprocesser undersøger både planlagt og ikke-planlagt forandring. Det er vigtigt at definere <i>hvad</i> den organisatorisk forandring består af
Ledelse i den offentlige sektor: samarbejde og sammenhæng på tværs:	<p>De tre faglige ledere og deres samarbejde</p> <p>Interaktionerne med medarbejdergruppen på møder, konferencer og på gangen</p> <p>Når lederne laver 'almindeligt' arbejde</p> <p>Håndtering af konflikter og utilfredshed</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Grundbog OOS, kap. 11 - Crevani et al (2010) Leadership, not leaders: On the study of leadership as practices and interactions. - Yderligere informerende i grundbog KMOT: kap 28; kap 24 	Ledelse er et af de organisatoriske fænomener, som alle er enige om er vigtigt, men få er enige om hvad er. Der er forskellige måder at forstå ledelse på og hvilke fordele og ulemper disse giver. Centrale begreber: beslutninger, retning på arbejdet, fordeling af ressourcer, uddelegering af opgaver, personaleledelse.

Rapporter og artikler

Johnsen, P.S., Krog, R. B., Mainz, J., Elkjær, H. S., 2004. *Apopleksi og det nationale indikatorprogram - baggrund og foreløbige erfaringer*. Apopleksi 2004 / nr.1, s. 5-7. Findes på http://www.dsfa.dk/Dokumenter/Artikler/2004-1/Indikatorprogram_2004_1.pdf

Pedersen, M. M., 2005. *Erfaringer med referenceprogrammet for behandling af patienter med apopleksi*. Apopleksi 2005 / nr.1, s. 6-7. Findes på http://www.dsfa.dk/Dokumenter/Artikler/2005-1/erfaring_referenceprogram_2005.1.pdf

Dansk Selskab for Apopleksi, *Referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi*, København: 2012. Findes på <https://www.hjernesagen.dk/media/92213/Referenceprogram-apopleksi-2013.pdf>

Sundhedsstyrelsen, *Center for evaluering og medicinsk teknologivurdering. Evaluering af apopleksibehandling i Danmark 1990-2000 med fokus på organisation og struktur*. Kbh.: Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2002.

Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdokumentation. *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*. København: Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdokumentation, 2011
Serienavn 2011; 13(1). Findes på:
<http://www.sst.dk/~media/CB8CCFE77832456C8B1BABF2F558A661.ashx>

Slutnoter

ⁱReferenceprogram-apopleksi-2013.pdf

ⁱⁱ<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hjerte-og-blodkar/sygdomme/apopleksi/apopleksi-blodpropeller-bloedning-i-hjernen/>

ⁱⁱⁱ <https://www.hjernesagen.dk/media/92213/Referenceprogram-apopleksi-2013.pdf>

^{iv} <http://www.cochrane.org/about-us>

^v <https://www.sst.dk/da/om-os>

^{vi} <https://www.hjernesagen.dk/media/92213/Referenceprogram-apopleksi-2013.pdf>

^{vii} <https://www.hjernesagen.dk/media/92213/Referenceprogram-apopleksi-2013.pdf>

^{viii} http://www.dsfa.dk/Dokumenter/Artikler/2004-1/Indikatorprogram_2004_1.pdf

^{ix} Dansk Selskab for Apopleksi definerer et apopleksiafsnit som ”et geografisk defineret hospitalsafsnit, der udelukkende eller næsten udelukkende beskæftiger sig med udredning og behandling af patienter med apopleksi. Medarbejderne har særlig interesse, oplæring og kompetence inden for apopleksi, og er organiseret i multidisciplinære, tværfaglige og samarbejdende teams. Behandlingen medinddrager patienter og pårørende, og medarbejderne kompetenceudvikles løbende. Der er standardiserede procedurer for diagnostisk evaluering,

observation, akut behandling, rehabilitering og sekundær profylakse af apopleksi” (Dansk Selskab for Apopleksi 2013, p. 32).

^x <https://www.hjernesagen.dk/media/92213/Referenceprogram-apopleksi-2013.pdf>

^{xi} ” Et apopleksiafsnit er en sygehusafdeling, der udelukkende eller næsten udelukkende beskæftiger sig med udredning og behandling af patienter med apopleksi, og som er karakteriseret ved tværfaglige team, et personale med særlig interesse og kompetence for apopleksi, medinddragelse af pårørende og stadig kompetenceudvikling af personalet”. <https://www.hjernesagen.dk/media/92213/Referenceprogram-apopleksi-2013.pdf>

^{xii} <http://www.oim.dk/arbejdsomraader/kommunal-og-regionaloekonomi/kommunale-opgaver-og-struktur/kommunalreformen-i-2007.aspx>

^{xiii} <http://www.vest.rm.dk/siteassets/afdelinger/administrationen/kvalitet-og-udvikling/emner-div/kvalitet-og-udvikling/rapporter-mm/2013/samarbejde-i-sektorovergange-efter-etablering-af-det-udgaende-apopleksiteam-m-bilag-juni-13-.pdf> , p. 8

^{xiv} <http://www.ikas.dk/ddkm/forhistorie/> OBS: I 2015 besluttes det, at akkrediteringen af de offentlige hospitaler afsluttes og udfases.

^{xv} Et eksempel på en kvalitetsindikator er Indikator 12: Andel af patienter med akut apopleksi, der vurderes af fysioterapeut med henblik på afklaring af omfang og type af rehabilitering, samt tidspunkt for opstart af fysioterapi senest 2. indlæggelsesdag = mindst 90%. Kilde Dansk Apopleksiregister Årsrapport 2015, https://www.sundhed.dk/content/cms/69/4669_dansk-apopleksi-register_aarsrapport_2015_finalanonym.pdf

^{xvi} Siden Sundhedsstyrelsens anbefalinger til en styrket indsats for akutte patienter udkommer i 2007 og frem påbegyndes omorganiseringen af modtagelsen og behandlingen af akut skadede og syge patienter i Danmark, således at der oprettes Fælles Akutmodtagelser på udvalgte akuthospitaler: ”Der har været tale om en gennemgribende omlægning i regionerne inden for de sidste ti år med etableringen af de 21 døgnåbne akutmodtagelser. Akutmodtagelserne modtager med få undtagelser alle typer akutte patienter via én fælles indgang, herunder også de patienter, der tidligere blev modtaget og behandlet på landets ca. 40 skadestuer og akutsygehuse” (Sundhedsstyrelsen 2016, p. 5) <http://www.regioner.dk/media/3084/statusrapport-om-akutmodtagelserne.pdf>.

^{xvii} Dansk Selskab for Apopleksi 2013

^{xviii} ’Ikke faglig relevant’ er en mulig svarkategori i indikatorskemaet, se eks side 80 i Dansk Apopleksiregister Årsrapport 2015: https://www.sundhed.dk/content/cms/69/4669_dansk-apopleksi-register_aarsrapport_2015_finalanonym.pdf

^{xix} Udfordringen med at få aften og weekenddækning af fysio- og ergoterapeuter er en velkendt problematik i forbindelse med omorganiseringen af apopleksibehandlingen, se eks side 75-76 i Dansk Apopleksiregister Årsrapport 2015: https://www.sundhed.dk/content/cms/69/4669_dansk-apopleksi-register_aarsrapport_2015_finalanonym.pdf

^{xx} <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/syddanmark/almen-praksis/it/elektronisk-kommunikation-tvaersektoriel/laegepraksis/aftaler-elektronisk-kommunikation/epikrise/>