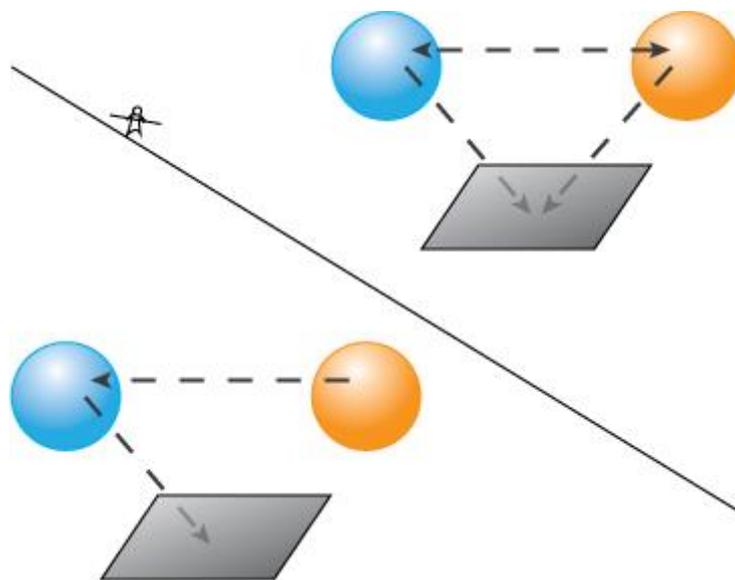


# Patientnær dokumentation i EPJ

At balancere teknologi, patientinddragelse og patientkontakt



Masterprojekt

Master i Sundhedsinformatik - Aalborg Universitet

**Udarbejdet af:**

Gruppe 3

Lasse Skjalm

Susanne Bjerglund Pedersen

**Vejleder:**

Karsten Ulrik Niss

**Dato:**

9. juni 2016



# Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	1
Abstract .....	7
Background.....	7
Goals .....	7
Methods .....	7
Conclusion .....	8
1.Problembeskrivelse.....	9
1.1 Indledning .....	9
1.2 Initierende undren .....	9
1.3 Rammebeskrivelse.....	10
1.4 Erfaringer fra Litteraturen .....	11
1.4.1 Litteratursøgning .....	11
1.4.2 Opsamling på fund .....	13
1.4.2.1 Patientinddragelse.....	13
1.4.2.2 Patientkontakt.....	14
1.5 Opsamling.....	16
2. Problemformulering.....	16
2.1 Problemafgrænsning.....	17
2.2 Definitioner af begreber .....	17
3. Metode.....	18
3.1 Indledning .....	18
3.2 Grounded Theory .....	19
3.2.1 Begrundelse for valg af Grounded Theory .....	19
3.2.2 Grounded Theory som metode.....	20
Åben kodning .....	21
Aksial kodning .....	21
Selektiv kodning .....	21

3.3 Dataindsamling .....	23
3.3.1 Interview.....	23
3.3.2 HEV Spørgeskemaundersøgelse .....	25
3.4 Analysemetode .....	26
3.4.1 Forberedelse - Lydfiler omsat til tekst.....	26
3.4.2 Åben kodning - Udvælgelse af nodes.....	26
3.4.3 Aksial kodning - Kodning til memos.....	27
3.4.4 Selektiv kodning - Sortering af memos i forhold til påstande.....	27
3.5 Opsamling.....	27
4. Analyse.....	28
4.1 Indledning .....	28
4.2 Metode.....	29
4.3 Kilder og data.....	30
4.4 Analyse .....	32
4.4.1 Patientinddragelse.....	32
4.4.1.1 Indledning.....	32
4.4.1.2 Fordele .....	33
Patientkontakt.....	33
Patientens inddragelse og indsigt .....	34
Patientens tryghed.....	35
Kvalitet i dokumentationen.....	36
Håndtering af komplekse forløb .....	36
4.4.1.3 Ulemper.....	37
Patientkontakt.....	37
Patientens indsigt .....	38
Diskretion.....	38
Rammer for dokumentation.....	38
Sygeplejerskens faglighed og alder .....	39
4.4.1.4 Neutralt.....	40
Patientens inddragelse .....	40

4.4.1.5 Opsamling - Patientinddragelse.....	41
4.4.2 Effektivitet og kvalitet.....	42
4.4.2.1 Indledning.....	42
4.4.2.2 Fordele .....	43
Effektivitet .....	43
Patientsikkerhed .....	43
Kvalitet for patienten .....	44
4.4.2.3 Ulemper.....	45
Effektivitet .....	45
Diskretion.....	45
Kvalitet for patienten .....	46
4.4.2.4 Neutralt.....	47
Effektivitet .....	47
Patientsikkerhed .....	47
4.4.2.5 Opsamling - Effektivitet og kvalitet.....	48
4.4.3 Praktiske og tekniske forhold.....	49
4.4.3.1 Indledning.....	49
4.4.3.2 Fordele .....	50
Generelt.....	50
Udstyr .....	50
Rummets indretning.....	50
4.4.3.3 Ulemper.....	51
Udstyr .....	51
Rummets indretning.....	52
Diskretion.....	52
EPJ.....	52
4.4.3.4 Neutralt.....	54
Udstyr .....	54
Rummets indretning.....	54
Diskretion.....	54

4.4.3.5 Opsamling - Praktiske og tekniske forhold .....	55
4.4.4 Andet.....	56
4.4.4.1 Indledning.....	56
4.4.4.2 Diverse .....	56
Diverse .....	56
4.4.4.3 Opsamling - Andet.....	57
5. Diskussion .....	58
5.1 Indledning .....	58
5.2 Metode.....	59
5.3 Diskussion.....	60
5.3.1 Påstand A.....	60
5.3.1.1 Argumenter for påstand A.....	60
Patientkontakt.....	60
Kvalitet af behandling.....	61
Kvalitet af dokumentation.....	62
Patientens tryghed.....	63
Patientens bidrag.....	63
5.3.1.2 Argumenter mod påstand A.....	64
5.3.1.3 Andre relevante udtalelser relateret til påstand A.....	66
5.3.2 Påstand B.....	67
5.3.2.1 Argumenter for påstand B.....	67
Patientkontakt.....	67
Udstyr som barriere .....	68
Andre.....	69
5.3.2.2 Argumenter mod påstand B.....	70
5.3.2.3 Andre relevante udtalelser relateret til påstand B.....	71
5.3.3 Diskussion af andre relevante temaer der ikke forholder sig til påstand A og B .....	72
Effektivitet.....	72
Diskretion.....	73
Andre.....	73

Udstyr .....	73
Ro til dokumentationsarbejdet.....	74
Faglighed.....	74
5.4 Opsamling.....	75
6. Metodekritik .....	77
6.1 GT som metode .....	77
6.2 Validering af den udviklede teori .....	77
6.3 Vores indsigt i GT.....	77
6.4 Datagrundlaget.....	78
6.5 Litteratursøgning som del af problemanalysen .....	79
6.6 Opsamling.....	79
7. Konklusion .....	80
Det kan lade sig gøre at øge patientinddragelsen uden at miste patientkontakten .....	80
Der er risici, men de kan håndteres .....	80
Fordelene opvejer ulemperne .....	81
Besvarelse af problemformulering.....	82
Anbefalinger.....	83
8. Perspektivering .....	84
Videre forskning .....	84
Relevante indsatser og projekter i forlængelse af vores projekt.....	84
Tak .....	85
Litteratur .....	86
Bilags oversigt .....	88
Bilag 1 - Mail Kvalitetschef Hospitalsenheden Vest.....	89
Bilag 2 – Litteratursøgningslog .....	91
Bilag 3 – Forskningsdesign .....	95
Bilag 4 – Analysedesign.....	96
Bilag 5 – HEV Spørgeskema.....	97
Bilag 6 – HEV Spørgeskema rapport.....	102
Bilag 8 – Interview Skriftlig information til informanter .....	111

Bilag 9 – Interview Guide .....	112
Bilag 10 – Interview Feltnoter.....	115
Bilag 11 – Interview 1-4 Indholdstabel.....	117
Bilag 12 – Nodes Fra de første til de endelige.....	140
Bilag 13 – Reference Views .....	144
Bilag 14 – Nodes Hierarki.....	212

# Abstract

## Background

There is a great focus on increasing patient involvement in the Danish healthcare sector. One way to increase involvement has been to encourage inpatients to participate in the documentation of their health and care plans. The hospital management is encouraging bringing in the electronic health record (EHR) to do the documentation at the bedside, and we see this as a new way of communicating and cooperating with inpatients.

This project examines the advantages and disadvantages of introducing a computer into the meeting between inpatients and nurses. We focus on the effect of combining technology with the human contact that is so essential to establish a good patient-nurse relationship. We further examine whether it opens up for an improvement in patient participation or if it increases the risk of losing the contact between nurse and patient.

## Goals

As nurses have to document at the bedside of and in cooperation with the patient, and we want to examine how the nurse balances the dilemma between introducing technology to increase participation and ensuring that the human contact to the patient remains intact. We therefore pose the following research question:

*“How does a nurse balance the dilemma between wanting to increase patient participation via the use of technology and the risk of losing the human contact to the patient, considering that technology demands the nurse's attention while doing the documentation in cooperation with the patient in the hospital?”*

The goal is to use data collected from interviews and questionnaire to propose a theory grounded in data, which can describe how nurses get the best results when documenting in cooperation with inpatients.

## Methods

The main methodological approach is the use of Grounded Theory.

The project is based primarily on qualitative empirical data from four semi-structured interviews with nurses who all have experience with documenting in cooperation with inpatients. In addition to that, we use 375 responses from a questionnaire, about the use of EHR in cooperation with the

patient. The respondents to the questionnaire are a mix of clinical personnel from a mid-sized regional hospital in Denmark, and the interviewees are nurses from four different wards in two different Danish hospitals, one regional and one university hospital.

Data have gone through a structured analysis consisting of Open, Axial and Selective coding of the data. We have used the Qualitative Data Analysis tool NVivo 11 to do the Open and Axial coding.

## Conclusion

Our research leads us to conclude that if you want to document in cooperation with inpatients, you can increase the patient participation without losing the human contact to the patient in the process.

It requires, amongst other things, that the nurse is very conscious about where the nurse's attention is directed, and in this paper we include recommendations on how to maintain the contact to the inpatient while increasing the patient participation with the use of technology.

There are risks that the patient-nurse contact could be disrupted by introducing technology into the process. These risks are manageable though, and most are of a sort that local management can either remove or in the least dramatically reduce these risks.

We have also found that the advantages outweighs the possible disadvantages. If the nurse manages to maintain a good human contact while documenting in cooperation with the inpatient, it can increase the patient participation, compliance and sense of security in the care and treatment during the hospital admission. It can also increase the potential to utilize the patient's own physical, emotional and mental resources in their own treatment and care. Additionally we have also seen a reduction in time spent on documentation and planning processes.

# 1. Problembeskrivelse

## 1.1 Indledning

I løbet af de seneste år er den elektroniske patientjournal (EPJ) efterhånden fuldt implementeret overalt i de danske regioner. I implementeringsperioden skulle personalet vænne sig til det elektroniske arbejdsredskab, som nu er blevet et redskab, som ingen kunne forestille sig at undvære.

Før de elektroniske journaler, blev der nogle steder arbejdet med åbne sygeplejehandlinger og dokumentation sammen med patient/borger. Journalen blev taget med på stuegang og man kunne slå op og finde oplysninger hos patienten. Da den elektroniske journal kom, flyttede journalerne og dermed dokumentationsarbejdet mange steder ind på kontorerne.

Nu ser vi et stigende fokus på at få dokumentationsredskabet tættere på patienter igen.

Et eksempel på dette er ledelsen for Hospitalsenheden Vest, der peger på følgende områder, der forventes forbedret ved at anvende EPJ sammen med patienten (Bilag 1):

- Forbedret patientinddragelse (patienter kan se prøvesvar og at vigtige oplysninger om dem og deres forløb er noteret)
- Forbedret arbejdsmiljø (dokumentationsarbejdet kan gøres i sammenhæng med handlingen)
- Forbedret dokumentation (mere tidstro og direkte dokumentation, reduktion af dobbeltdokumentation)
- Forbedret patientsikkerhed (det der dokumenteres straks, kan andre handle på)

## 1.2 Initierende undren

Når vi ser dette fokus på at dokumentere i EPJ sammen med patienten for at udføre den sundhedsfaglige dokumentation i samarbejde med patienten, ser vi det som en forandring og udvikling i personalets måde både for både at kommunikere og arbejde med patienten.

Vi undrer os over hvad det kommer til at betyde for personalets arbejdsprocesser og for patient-personale relationen?

Vi undrer os over om man har undersøgt fordele og ulemper ved denne forandring? Opvejer fordelene overhovedet ulemperne?

Hvordan får man det bedste ud af denne ændring i patientinddragelsen?

For at begynde at finde svaret på vores initierende undren, undersøger vi rammerne og bevæggrundene for dette fokus på at flytte dokumentationen ud fra kontorene og tilbage på sengestuen.

## 1.3 Rammebeskrivelse

Det er uden tvivl, at det danske sundhedsvæsen længe har søgt at sætte patienten i centrum, og selvom det har været nævnt under forskellige navne, er det stadig det samme overordnede mål - nemlig at inddrage borger eller patient yderligere i deres behandling.

Fra nationalt, til regionalt og kommunalt plan og helt ud i de enkelte afdelinger er dette fokus at finde i strategier og indsatser.

Det mest tydelige eksempel på dette er i øjeblikket de 8 nationale kvalitetsmål 8 for hele det danske sundhedsvæsen, som Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og KL er blevet enige om i april 2016 (Sundheds- og ældreministeriet, et al., 2016). Her nævnes 'Øget patientinddragelse' specifikt som ét af de 8 kvalitetsmål.

Fokus på øget patientinddragelse er langtfra alene i de 8 nye mål for det danske sundhedsvæsen, men findes også i flere andre sammenhænge. Eksempelvis:

### Nationalt Kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-2018

- Behandling med patienten i centrum - inddragelse og sammenhæng  
*"... styrkelse af personalets kompetencer og mere systematisk brug af redskaber, der understøtter fælles beslutningstagning, skal være med til at sikre, at patienter og pårørende i højere grad bliver hørt og inddraget i deres egen behandling"*  
(Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2015 s. 4)

### Danske Regioner: "Plan for Borgernes Sundhedsvæsen – vores sundhedsvæsen"

- *"Vision for Borgernes Sundhedsvæsen - vores sundhedsvæsen. Vi ønsker at fremme en kultur i sundhedsvæsenet, hvor vi sammen skaber tryghed og kvalitet, optimale forløb og inddrager borgerne i beslutninger om egen sundhed og behandling."*  
(Danske Regioner, 2015)

Danske Regioner: "Strategi for IT-understøttelse af Patient Empowerment"

- Sætter fokus på patientinddragelse med to strategiske principper på organisatorisk niveau. *Empowerment gennem deling af viden og Skab en kultur med aktiv involvering og ligestilling.* (Regionernes Sundheds-it, 2011 s. 7)

Region Midtjylland. "Mere sundhed i det nære - på borgerens præmisser":

- *Sundhedsaftalen markerer, at vi vil et sundhedsvæsen, hvor borgere og pårørendes ressourcer bringes i spil, og hvor borgere deltager aktivt i eget behandlings- og rehabiliteringsforløb* (Region Midtjylland og de 19 kommuner i Regionen, 2015)

Fra patientforeningerne i Danmark ser vi også lignende fokus, hvor det mest klare eksempel på dette er at paraplyforeningen Danske Patienter har oprettet et nyt Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet, ViBiS (Danske Patienter, 2016).

Der er dog også parter der advarer mod effekterne ved en øget patientinddragelse, som f.eks. Sygeplejeetisk Råd, der mener at patientinvolvering tilgodeser den ressourcestærke patient, og frygter at de sårbare patienter bliver tabere i det inddragende sundhedsvæsen (Christiansen, 2015).

## 1.4 Erfaringer fra Litteraturen

I den videre søgen efter svar på vores initierende undring søger vi efter erfaringer i litteraturen.

Vi vil foretage en litteratursøgning, for at se hvilke erfaringer der findes om fordele og ulemper ved at udføre dokumentationen sammen med patienterne.

### 1.4.1 Litteratursøgning

Vi beslutter os til at søge efter litteratur, der beskæftiger sig med dokumentation sammen med patienten.

PubMed, Embase og Cochrane er de primære databaser vi vil søge i, da disse er de største og mest anerkendte databaser for sundhedsfaglig forskningslitteratur. PubMed giver adgang til Medline som dækker over 5600 sundhedsvidenskabelige tidsskrifter (NIH U.S. National Library of Medicine). Embase mere end 8500 videnskabelige tidsskrifter, hvoraf flere tusinde ikke dækkes af MedLine (Elsevier). Cochrane er den ledende database for sundhedsvidenskabelige systematiske review (Cochrane Library).

Vi vil desuden orientere os i andre databaser, for bedre at sikre at vi ikke går glip af potentielt relevante artikler, der ikke findes i de initiale søgninger.

Vi har valgt at inklusionskriteriet for søgningen er at fund skal omhandle teknologi i arbejdet med patienten og/eller dokumentation sammen med patienten.

I forhold til vores litteratursøgning definerer vi begrebet teknologi som værende hardware (f.eks. computere), software (f.eks. EPJ) og andet som f.eks. måleudstyr mm.

Med begrebet dokumentation forstår vi i denne sammenhæng den sundhedsfaglige dokumentation der registreres i EPJ.

I vores søgning vil vi også anvende søgetermer ud over dem der relaterer sig til ovenstående, hvor et eksempel på dette kunne være 'patient empowerment'. Vi gør dette for også at søge lidt bredere, og se om der skulle være relevante fund uden for vores initiale afgrænsning.

Den vedlagte litteratursøgningslog (Bilag 2) viser bl.a. dato, database og søgetermer samt resultater og eventuelle udvalgte artikler.

De artikler vi fandt mest relevante ud fra litteratursøgning, efterfølgende gennemlæsning samt eventuel kædesøgning er følgende:

- Strauss, Beth, "The Patient Perception of the Nurse-Patient Relationship When Nurses Utilize an Electronic Health Record Within a Hospital Setting" , CIN: Computers, Informatics, Nursing, Vol.31, No.12, 2013, s.596-604
- Vawdrey et al, "A Tablet Computer Application for Patients to Participate in Their Hospital care" AMIA Annu Symp Proc. 2011, s.1428-1435
- Gaudet, Cynthia A, "Electronic Documentation and Nurse-Patient Interaction", Advances ind Nursing Science, Vol.00, No.00, s.1-12, 2015
- Kongsuwan W, Locsin R, "Thai nurses experience of caring for persons with life-sustaining technologies in intensive care settings: a phenomenological study", Elsevier Intensive and Critical Care Nursing, 2011, 27, s.102-110
- Sigma Theta Tau International, "The Power of Ten 2011-2013, Nurse Leaders Address the Profession's Ten Most Pressing issues.", Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International, 2011
- Dykes et.al, "Building and testing a patient-centric electronic bedside communication center", Journal of Gerontological Nursing, Vol. 39, No. 1, 2013, s.15-19

I nedenstående afsnit vil vi samle op på den udvalgte litteratur og se hvad der siges om at anvende teknologi for f.eks. at dokumentere sammen med patienten.

## 1.4.2 Opsamling på fund

### 1.4.2.1 Patientinddragelse

Beth Strauss har undersøgt, hvad der sker i sygeplejerske-patient relationen, når sygeplejersken har en computer med på patientstuen. Der er beskrevet både positive og negative oplevelser set fra patientens perspektiv. Men der argumenteres for, at det godt kan lade sig gøre at opretholde en god kontakt til og opmærksomhed på patienten, og kommunikere effektivt med patienten. Det kræver, at sygeplejersken er opmærksom på fire ting (Strauss, 2013 s. 603, Tabel 2):

1. Anerkendelse af og opmærksomhed på patientens behov for pleje før man ser i EPJ
2. Forklar alt hvad man gør på computeren, inkl. når man tilgår personlige sundhedsdata
3. Forklar rationalet i elektronisk generede spørgsmål og sygeplejeprotokoller
4. Anerkend og hav opmærksomhed på patientens pleje behov, før man forlader patientstuen

Som baggrund for et studie af effekten af at stille tablet med oplysninger fra EPJ til rådighed for patienter, med det formål at inddrage dem bedre i deres indlæggelsesforløb, har Vawdrey et al. (2011) fundet, at mangel på adgang til information og aktivt engagement i eget forløb, får patienter og pårørende til at føle sig fremmedgjorte, usikre og bekymrede. De henviser til studier, der viser, at hvis patienter får tilstrækkelig information for at forstå deres kliniske situation, reducerer det konflikt omkring beslutningstagning, og det forbedrer patientens compliance (s. 1429, Ibid.). Med andre ord; patientinddragelse fremmer patientens forståelse for og samarbejde om behandlingen.

Som en del af forberedelserne til de nye supersygehuse i Region Midtjylland, har der været et projekt "Skærme på enestuer", hvor man har afprøvet anvendelse af skærme med forskellige oplysninger, bl.a. En spejling af dele af patientens EPJ.

"Skærme på enestuer" er et tværregionalt pejlemærke projekt<sup>1</sup>, som skal være med til at fremme it-understøttet interaktion mellem patienter og hospitaler. Formålet med projektet er at undersøge, hvilke nye muligheder inden for interaktion mellem patient og hospital, der åbner sig, når den aktive og involverede patient kobles med nye, brugervenlige teknologier og medier (Region Midtjylland, 2014 s. 7). Blandt resultaterne nævnes, at medarbejderne ser muligheder i at kunne illustrere og drøfte en diagnose, behandlingsplan m.v. med patienterne på en skærm.

---

<sup>1</sup> En del af pejlemærkerne i Danske Regioners "Godt sygehusbyggeri", pejlemærke 10 *IT-understøttet interaktion med patienter og pårørende* (Danske Regioner, 2013)

### 1.4.2.2 Patientkontakt

Enrico Coiera refererer til et studie, hvor man fandt at tilstedeværelse af en computer havde negativ indflydelse på måden læger kommunikerer med patienter i konsultationen. Når læger sad med en computer overfor en patient, fandt de at

*“... doctors confined themselves to short responses to patient questions, delayed responding, glanced at the screen in preference to the patient, or structured the interview around the computer rather than the patient.”* (Coiera, 2003 s. 276)

Guy Maddern (Maddern, 2015) argumenterer for, at anvendelsen af EPJ sammen med patienten er med til at mindske kontakten mellem kliniker og patienten.

Cynthia Gaudet tager i sin undersøgelse *“Electronic Documentation and Nurse-Patient Interaction”* (Gaudet, 2015) bl.a. udgangspunkt i et studie, (Kongsuwan, et al., 2011), hvor respondenterne havde indikeret at *“...using technology fosters less patient contact”* og *“primacy of technology leads to less caring”*, samt at *“sometimes the patient is waiting for our eyes but our eyes don’t look at the patient.”* (Kongsuwan, et al., 2011 s. 2, Ibid.).

Gaudet (2015) konkluderer, at elektronisk dokumentation på sengestuen indebærer en kompleks relation, som foruden patienten involverer sygeplejersken, computeren, disses placering i lokalet og den påkrævede dokumentation. Relationen påvirkes af miljøet i lokalet, placering af pc'en og afbrydelser i arbejdet, hvilket udfordrer ”logistikken” i sygeplejerske – patient interaktionen.

Sygeplejersken kan nemt forfalde til at prioritere udfyldelse af obligatoriske lister inden for en computergenereret tidsgrænse, hvilket giver risiko for at sygeplejersken så at sige kommer til at ”arbejde for computeren” i stedet for at have fokus på patientens egentlige behov.

Gaudet finder et behov for en videreudvikling af elektroniske dokumentationssystemer, der kan forbedre/udvikle sygeplejerskens ”workflow” ved elektronisk dokumentation på sengestuen med henblik på at støtte patientens aktive deltagelse i egen pleje (Gaudet, 2015 s. 11).

I en udgivelse fra Sigma Theta Tau, som er den næststørste sygeplejerske organisation i verden (Sigma Theta Tau International, 2011), lægger ti ledende sygeplejersker op til debat om teknologiens indflydelse på sygeplejen i kapitlet *“What impact does technology have on nursing?”* De ser teknologiens fremmarch som potentielt positivt for udviklingen af sygeplejen, såfremt sygeplejersker er opmærksomme på at være med ved bordet, når ny teknologi skal designes,

udvikles og implementeres. De ser en fare i, at teknologien kan *“erect psychological walls between nurses and patients”* (s. 15, Ibid.).

I Beth Strauss' undersøgelse *“The Patient Perception of the Nurse-Patient Relationship When Nurses Utilize an Electronic Health Record Within a Hospital Setting.”* (Strauss, 2013) er der citater fra interviews med indlagte patienter om deres oplevelse af sygeplejerske-patient relationen, når sygeplejersken bruger en computer på patientstuen. De fleste har positive oplevelser, men der er også eksempler, hvor patienter har følt, at sygeplejersken var mere optaget af at ordne sine opgaver på computeren, end at tage sig af patienten.

*“One patient conveyed his disappointment when a nurse entered his room and proceeded to the computer without acknowledging or talking to him first. Patienten siger “... you don't feel quite as “in touch” with the person you're speaking with, when they are ... clearly ... focused on something else that's happening.”* (s. 599, Ibid.).

Dykes et al. (2013) har fundet at

*“Poor communication between providers and patients and their families, and the exclusion of patients from active involvement in their own care are significant problems that can contribute to deficiencies in providing safe, patient-centered health care.”* (s. 15, Ibid.)

På den baggrund beskrives et udviklingsarbejde med et *“Patient-Centric Electronic Bedside Communication Center”*, hvor indlagte patienter gives bedre mulighed for adgang til sundhedsoplysninger.

I *“Evalueringsrapport Pilotafprøvning af den interaktive hospitalsstue”* (Region Midtjylland, 2014) beskrives en afprøvning af spejling af data fra EPJ på en skærm på patient enestuer. Her finder de, at

*“Der eksisterer [...] nogen modvilje ift. at dokumentere under samtale med patienterne og overfor en mulig risiko for manglende opmærksomhed på patienternes reaktioner under samtalen. Fremadrettet bør der derfor være opmærksomhed på, hvordan man på en god måde kan kombinere samtale og dokumentation på sengestuen”* (s. 21, Ibid.).

## 1.5 Opsamling

Ovenstående fund tyder på at der er to centrale modsætninger der skaber et dilemma for det personale der skal til at inddrage patienten ved at udføre den sundhedsfaglige dokumentation sammen med patienten. Vi mener, at de to nedenstående påstande kan rumme fundene fra litteraturen samt tydeligt vise dilemmaet:

### **Påstand A:**

***Inddragelse af teknologi i arbejdet med patienten kan øge patientinddragelsen***

### **Påstand B:**

***Inddragelse af teknologi i arbejdet med patienten øger risikoen for at miste patientkontakten***

Sagt med andre ord er dilemmaet: Vil du øge patientinddragelsen skal du anvende teknologi, men vil du sikre patientkontakten skal du ikke anvende teknologi.

Betyder det dermed at det bliver et spørgsmål om patienter mister kontakten til personalet i bytte for øget inddragelse?

Med udgangspunkt i påstandene og dilemmaet vil vi undersøge hvordan sundhedspersonalet kan balancere dette dilemma i deres arbejde med patienten. Det leder os frem til følgende problemformulering.

## 2. Problemformulering

***Hvordan balancerer sygeplejersker i dilemmaet mellem patientinddragelse via teknologi og risikoen for at miste kontakten til patienten, når teknologien kræver fokus i udførelsen af den sundhedsfaglige dokumentation sammen med den indlagte patient?***

## 2.1 Problemafgrænsning

Som ses i problemformuleringen har vi valgt at afgrænse os til at undersøge sygeplejerskers anvendelse af teknologi til at dokumentere sammen med den indlagte patient.

Det har vi valgt, da vi mener at sygeplejersker er en faggruppe, der både udfører en stor del af den sundhedsfaglige dokumentation samt har en bevidsthed om hvad der er god faglig dokumentation. Vi forventer, at de vil være gode til at reflektere over hvad og hvordan de dokumenterer.

Det er også en faggruppe, som vi både har nem adgang til at inddrage i undersøgelsen og vi har stor viden om hvordan faggruppen arbejder.

Sidst skal nævnes at selvom noget af den førnævnte litteratur også beskæftiger sig med andre sundhedsfaglige faggrupper og nogle steder et udvidet teknologibegreb i forhold til vores afgrænsning, mener vi stadig at det er anvendeligt i vores undersøgelse.

## 2.2 Definitioner af begreber

Vi anvender nedenstående begreber løbende i rapporten, og vil her give en kort definition på hvad vi mener, når vi bruger disse begreber.

- 'Teknologi' forstået som EPJ på computeren.
- 'Dokumentation' som den sundhedsfaglige dokumentation, der registreres i EPJ.
- 'Udstyr' forstået som både det tekniske f.eks. computer, ledninger m.m. og praktiske f.eks. rulleborde, stole m.m.

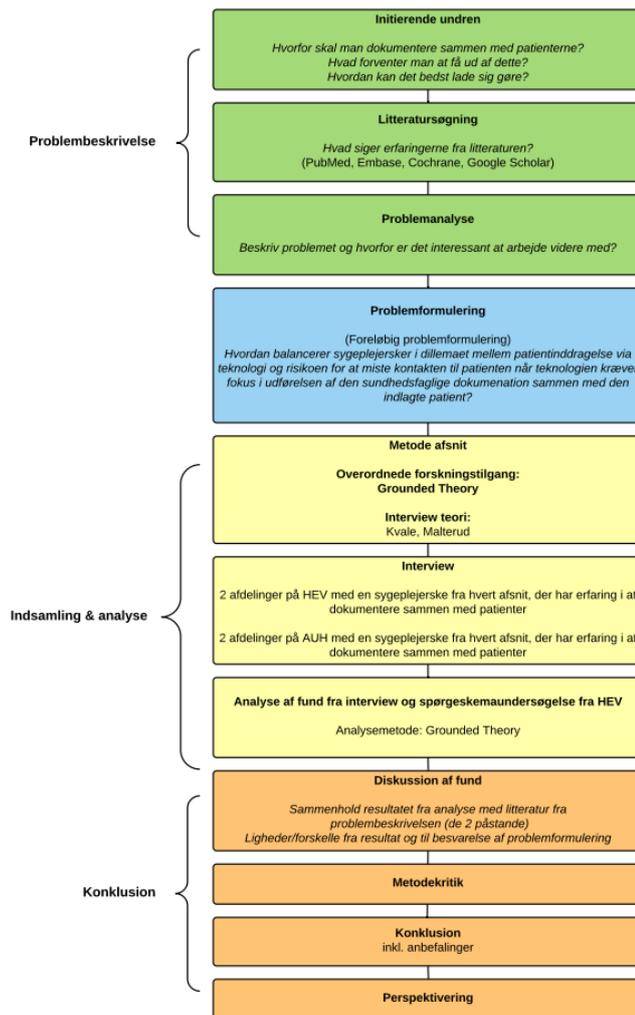
# 3. Metode

## 3.1 Indledning

### Forskningsdesign

Vi vil her beskrive den metode, vi har valgt at anvende for at besvare problemformuleringen.

Det overordnede forskningsdesign fremgår af Bilag 3 og er illustreret her.



Figur 1 Forskningsdesign

Vi har nu lavet en problembeskrivelse (grøn) og er nået frem til en problemformulering (blå).

Nu vil vi beskrive metoden til at besvare problemformuleringen vha. empirisk materiale og analyse heraf (gul).

Efter analysen af det empiriske materiale følger (orange) en diskussion af undersøgelsesresultaterne, samt en metodekritik, hvor vi vil forholde os til metodens anvendelighed til besvarelse af problemformuleringen.

Det hele munder ud i konklusionen, hvor problemformuleringen besvares. Konklusionen omsættes til praktisk anvendelse udformet som et sæt af anbefalinger til, hvordan man kan balancere mellem muligheden for bedre patientinddragelse og risikoen for reduceret patientkontakt, når de skal tage computeren med og dokumentere sammen med patienten. Sluttelig vil vi redegøre for de perspektiver vi ser for anvendelse af vore resultater og pege på, hvad det kunne være relevant at undersøge videre.

## 3.2 Grounded Theory

Vi har valgt at arbejde efter principperne i Grounded Theory (GT).

Kvale beskriver GT i sin ordliste på denne måde:

*“En systematisk strategi for teoriudvikling uden en forudgående teoretisk referenceramme; teorier af denne art udvikles ved at binde kendsgerninger sammen via begrebsliggørelse snarere end gennem slutninger og hypotesetestning.”* (Kvale, et al., 2015 s. 407)

### 3.2.1 Begrundelse for valg af Grounded Theory

Formålet med undersøgelsen er at udforske det fænomen, der udspiller sig i relationen mellem sygeplejerske og patient, når sygeplejersken har en computer med. Vores hensigt er at udvikle teori om, hvordan dokumentation sammen med patienten udføres på den mest hensigtsmæssige måde, når patienten skal inddrages, uden at det går ud over den menneskelige kontakt mellem sygeplejerske og patient.

Vi har valgt Grounded Theory, fordi *“Grounded Theory sigter mod at udvikle teorier, der er anvendelige for praksis”* (Martinsen, et al., 2011 s. 65). I GT udvikles teori på baggrund af empiriske data og bliver på den måde forankret i den praksis, som de empiriske data er hentet i. Martinsen et al. beskriver det således:

*“... kan anvendes til at undersøge sociale processer og sociale strukturer, og metoden er anvendelig indenfor enhver disciplin, hvor man har et ønske om at udvikle teori, som er forankret (grounded) i praksis.”* (s. 65, Ibid.).

Tabel 1. Forskningstilgange	
FORSKNINGSTILGANG	GROUNDED THEORY
FORSKNINGSINTERESSE	Udvikling af situationsspecifik teori med baggrund i sociale processer og strukturer.
FORSKNINGSSPØRGSMÅL	Hvordan udtrykkes mening og betydning i bestemte sociale interaktioner.
FORSKNINGS RESULTAT	Teori, der er rodfæstet i praksis.

Figur 2 Udsnit af Tabel 1 (Martinsen, et al., 2011 s. 65)

Metoden er oprindeligt udviklet af Glaser og Strauss i 1967 (Glaser, et al., 1999) og siden videreudviklet af Corbin og Strauss (Corbin, et al., 2015). Hvor Glaser overvejende lod sig lede af empirien, anerkender Corbin i højere grad forskeren som aktivt medvirkende i konstruktion af teorien (Vallgård, et al., 2007 s. 79).

Vi arbejder ud fra metoden som beskrevet i Corbin og Strauss' videreudvikling (2015).

I vores arbejde med datamaterialet må vi være bevidste om vores egen rolle i udvikling af teorien. Corbin og Strauss udtrykker det på denne måde:

*“.. the final theory that is constructed though grounded in data is a representation of both participant and researcher. Another researcher could take the same data and by placing a different emphasis on the data construct a different theory. The most important thing is that whatever theory is produced is grounded and that it gives another insight and understanding into human behavior.”* (Corbin, et al., 2015 s. 29).

### 3.2.2 Grounded Theory som metode

GT bygger på den antagelse, at verden er kompleks, og der gives ingen simple forklaringer på at ting sker, og på hvilke faktorer, der influerer på hinanden for at det sker (Corbin, et al., 2015 s. 28)

Dataindsamlingen begynder, når man har besluttet, hvilket problemfelt, man vil undersøge. Den viden man har om problemfeltet, giver udgangspunkt for beslutningen om hvor og hvordan man vil indsamle data. Man kan ikke vide på forhånd hvilke faktorer, der har betydning og indbyrdes sammenhænge, men må være åben for, hvad data viser (Glaser, et al., 1999).

Data i GT kan være forskelligartede som i alle kvalitative studier. Det kan f.eks. være interview eller feltstudier, men også andet som film, avisartikler og mange andre ting (Corbin, et al., 2015 s. 37). Dataindsamlingen har til formål at tilvejebringe os viden om den virkelighed, som vi undersøger. Corbin og Strauss beskriver, at det man får ud af at arbejde ud fra GT, er en mulighed for at træde ind i deltagernes verden og se den fra deres perspektiv og “... *make discoveries that will contribute to the development of empirical knowledge.* ” (Corbin, et al., 2015 s. 14).

Analysen er en systematisk og iterativ proces, som er beskrevet meget detaljeret af Corbin og Strauss (Corbin, et al., 2015).

Systematikken kan beskrives i tre faser. Her beskrevet med inspiration fra Kvale (Kvale, et al., 2015), Vallgård og Koch (Vallgård, et al., 2007 s. 79-80) og Corbin og Strauss (Corbin, et al., 2015).

## Åben kodning

Ved åben kodning skal man identificere og navngive de fænomener, man finder i datamaterialet (Vallgård, et al., 2007). Det vil sige lede efter de temaer, der er indeholdt i datamaterialet. Fænomenerne samles i emnekategorier og underinddeles ud fra egenskaber og dimensioner.

## Aksial kodning

Ved aksial kodning skal man lede efter mønstre og undersøge de indbyrdes sammenhænge mellem emne kategorierne (Vallgård, et al., 2007), “...*to explain what is going on.*” (Corbin, et al., 2015 s. 344).

## Selektiv kodning

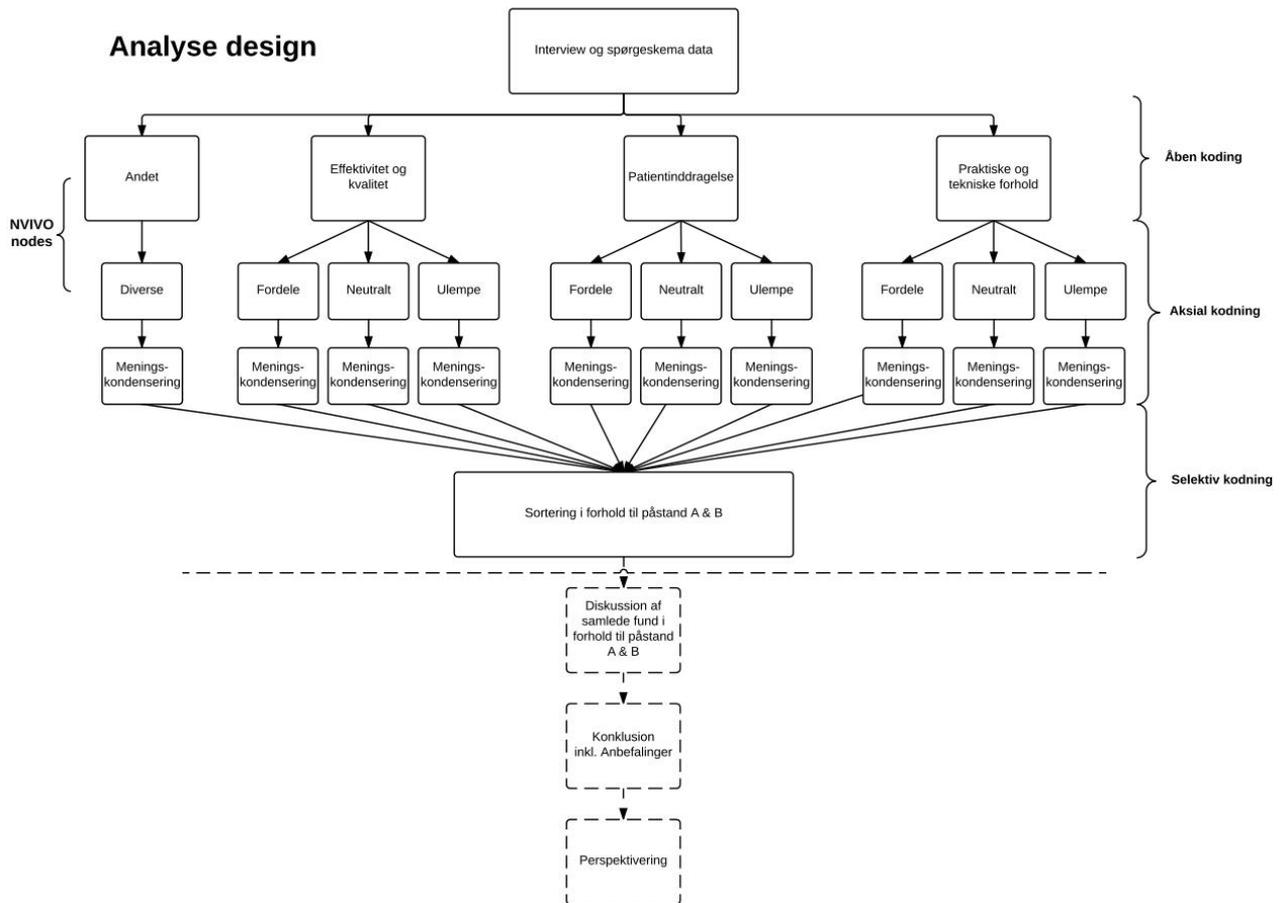
Ved selektiv kodning findes mekanismer, processer og omstændigheder, der skal til for at frembringe en given tilstand (Vallgård, et al., 2007). Her begynder man at danne formuleringer, der bliver starten på den teori, der er under udvikling (Corbin, et al., 2015). Kodningen bliver mere fokuseret og man bevæger sig fra et deskriptivt til et mere teoretisk niveau via kodningsprocessen (Kvale, et al., 2015).

Gennem hele processen kan man gå frem og tilbage for at validere, om man fik fat på den rigtige betydning og mening med det, man så i datamaterialet. Man fortsætter processen indtil “mætning”, som vil sige, at man erkender, at yderligere kodning ikke synes at give anledning til nye indsigter og fortolkninger (Kvale, et al., 2015).

Denne systematiske analyseproces fører frem til beskrivelse af den teori, man har udviklet på baggrund af data.

Vi vil beskrive, hvordan vi har anvendt faserne i GT undervejs i de følgende kapitler.

Vores Analysedesign er illustreret i Bilag 4.



Figur 3 Analysedesign – se Bilag 4

## 3.3 Dataindsamling

Vi vælger at kombinere dataindsamlingen med data fra forskellige kvalitative kilder og på den måde benytte os af metodetriangulering. Vallgård og Koch beskriver fordelene herved på denne måde:

*“... metodetriangulering, hvor man typisk supplerer den ene type undersøgelse med den anden for at opnå en bedre forståelse af det genstandsfelt, man undersøger, f.eks. en spørgeskemaundersøgelse og individuelle interviews”*

(Vallgård, et al., 2007 s. 61)

Vores primære datakilde er semistrukturerede interviews, som vi udfører for at få mulighed for at træde ind i den verden, hvor dokumentation sammen med patienten foregår.

Sekundært har vi fået adgang til besvarelserne på en spørgeskemaundersøgelse (Bilag 5) udsendt af hospitalsledelsen og Kvalitet og Udviklingsafdelingen på Hospitalsenheden Vest (HEV), Region Midtjylland. Formålet var at få afdækket fordele og ulemper ved at bruge EPJ på stuerne, samt i hvilke situationer EPJ anvendes sammen med patienten.

Spørgeskemaundersøgelsen får en dobbelt rolle i vores undersøgelse, idet vi forud for planlægning af interviewene læste den rapport, der var udgivet fra Kvalitet og Udvikling (Bilag 6), samt de rå-data, som vi fik adgang til (Bilag 7).

Det er kendetegnende for GT, at indsamling af data sker løbende efterhånden som man bliver klogere på det emne, man undersøger (Corbin, et al., 2015 s. 140). Vi brugte denne første gennemlæsning som udgangspunkt og inspiration for den følgende interview undersøgelse.

### 3.3.1 Interview

Da vi gerne vil udvikle teori på baggrund af data, mener vi, at der er behov for at indsamle data hos personer, der specifikt har erfaring med at dokumentere sammen med indlagte patienter. Derfor valgte vi at udføre semistrukturerede interviews med sygeplejersker på sengeafsnit.

For at få variation i datagrundlaget, valgte vi at rekruttere sygeplejersker fra både den østlige og vestlige ende af Region Midtjylland med et universitetshospital, Aarhus Universitetshospital (AUH) og et regionshospital, Hospitalsenheden Vest (HEV).

Vi interviewede to sygeplejersker fra to forskellige afdelinger på begge hospitaler.

Da vi har et gruppemedlem, der er ansat som sygeplejerske på HEV, var det vigtigt at undgå bias ved et for tæt kendskab til personer og afdelinger. Vi valgte derfor sygeplejersker, som ikke er nære kolleger. Ved samtale med personer, hvis hverdag man kender, kunne man have

tilbøjelighed til at forstå det usagte og det ville nemt blive unaturligt at stille nysgerrige og uddybende spørgsmål til ting, som ville være kendt fra dagligdagen.

*”Udgangspunktet for rekruttering af deltagere er mennesker, som har oplevet eller er involveret i det, man undersøger.”* (Martinsen, et al., 2011 s. 66). I vores henvendelse til afdelingerne, via afdelingernes Klinisk IT ansvarlige, bad vi derfor om sygeplejersker, som havde praktisk erfaring med at anvende EPJ sammen med indlagte patienter.

Interviewene blev indledt med en kort briefing og udlevering af skriftlig information (Bilag 8) om formålet, information om frivillighed og anonymitet og at vores interesse var at få del i deres viden og oplevelser fra den virkelighed, de befinder sig i (Kvale, et al., 2015 s. 183).

Vi udarbejdede en interviewguide (Bilag 9) for at sikre, at vi fik spurgt til emner, der kunne bidrage med ny viden til besvarelse af vores problemformulering. Vi anvendte semistrukturerede interviews *“because they enable researchers to maintain some consistency over the concepts that are covered in each interview”* (Corbin, et al., 2015 s. 39).

For at fastholde det umiddelbare indtryk og vore første refleksioner omkring interviewene, samt facts om deltagerne, skrev vi feltnoter undervejs (Kvale, et al., 2015). (Bilag 10). De anvendes som baggrundsviden i det videre analysearbejde.

Vi begyndte analysen efter de første to interviews. Martinsen og Norlyk siger, at *”... da dataindsamling foregår parallelt med analyse og inklusion af deltagere, vil forskeren løbende justere interviewguiden i takt med at indsigt i fænomenet øges.”* (Martinsen, et al., 2011 s. 66).

Vi fandt dog ikke anledning til at ændre interviewguiden, men var opmærksomme på at spørge uddybende til de temaer, som de første havde nævnt, ved de efterfølgende to interviews.

### 3.3.2 HEV Spørgeskemaundersøgelse

Spørgeskemaet blev udsendt til ca. 2000 medarbejdere på alle HEV' s afdelinger i november 2015. Det blev besvaret af 375 personer fordelt på forskellige faggrupper, hvor mere end halvdelen var sygeplejersker. (Se Bilag 6).

#### 1. Hvilken faggruppe tilhører du?

	Respondenter	Procent
Læge	66	17,6%
Sygeplejerske	220	58,7%
Terapeut	28	7,5%
Jordemoder	19	5,1%
SOSU	13	3,5%
Andet	29	7,7%
I alt	375	100,0%

Figur 4 Fra HEV Spørgeskema Rapport Bilag 6

Respondenterne er en blanding af personale der har og ikke har erfaring med at anvende EPJ sammen med patienterne.

Spørgeskemaets spørgsmål 3-7 var fritekstfelter. Det kan ikke helt sidestilles med data indsamlet ved interview, hvor man har mulighed for at spørge uddybende til, hvad respondenterne mener med det sagte, men i Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering (Kristensen, et al., 2007) beskrives det, at spørgsmål med plads til fri tekst

*“giver mere nuancerede svarmuligheder, men fortolkningen kan kræve kvalitative analyser, hvilket er tidskrævende især ved spørgeskemaundersøgelser, som omfatter mange personer. “*

Vi betragter disse tekster som udtryk for en “udtalt mening”, der kommer fra respondenterne og vælger at analysere dem sammen med data indsamlet ved interview.

## 3.4 Analysemetode

Vi har fulgt den systematik for analysen, som er beskrevet i afsnit 3.2.2. Her følger en beskrivelse af, hvordan vi har gjort det i praksis.

### 3.4.1 Forberedelse - Lydfile omsat til tekst

Vi optog lyd fra interviewene for at huske, hvad der blev sagt. Forud for analysen lyttede vi lydfilerne igennem flere gange og skrev en indholdsoversigt med direkte gengivelse af udvalgte citater fra de interviewede (Bilag 11). Formålet med det var at omsætte lyd til tekst, som er den form, der gør rå-data tilgængeligt for analyse (Malterud, 2011 s. 75). Vi har ikke transskriberet direkte. Malterud skriver, at

*“Skriver vi akkurat det som ble sagt, får vi ikke nødvendigvis en god gjengivelse av det som ble hørt. Ordrett skriftliggjøring av mundtligheter kan paradoksalt nok gi leseren et annet bilde av samtalen enn det samsamtalepartene hørte i situasjonen”* (Malterud, 2011 s. 76).

Vi har anvendt NVivo 11 (program til Qualitative Data Analysis, QDA). Ud for hver række i indholdsoversigten genereres time-span, som gjorde os i stand til at finde tilbage i lydfilerne, hvis der var steder, hvor vi var usikre på, om vi havde gengivet den rette mening. I denne proces var vi bevidste om, at der ligger en tolkning fra vores side i den udvælgelse, der sker, men ved hjælp af flere gennemlysninger har vi stræbt efter at gengive meningen så nøjagtigt som muligt.

### 3.4.2 Åben kodning - Udvælgelse af nodes

Teksterne fra spørgsmål 3-7 blev sat ind i samme NVivo projekt, så vi kunne lave en samlet kodning på data fra spørgeskema og interview.

Vi begyndte analysen med en åben kodning (Corbin, et al., 2015 s. 238), for at se, hvilke temaer, der viste sig at være indeholdt i data. Første åbne kodning udførte vi hver for sig for siden at drøfte hvad de kategorier, vi havde navngivet, stod for. Når vi er flere om at udføre den samme undersøgelse, er det vigtigt at være enige om, hvad vi forstår ved de begreber, vi anvender. Corbin og Strauss siger: *“It is important that each researcher knows the categories being investigated so that he or she knows what to listen for...”* (Corbin, et al., 2015 s. 146).

Ved yderligere gennemlysning og drøftelser af den mening, vi fandt i de forskellige kategorier, kom vi frem til de endelige kategorier. I NVivo kaldes kategorierne nodes.

Denne proces fremgår i detaljer i Bilag 12 - Nodes Fra de første til de endelige.

### 3.4.3 Aksial kodning - Kodning til memos

Hele tekstmaterialet fra interview og spørgeskema blev nu kodet til de nodes, vi havde valgt. Dvs. vi fik et overblik over fordelingen af udtalelser, der forholdt sig neutralt eller til fordele og ulemper ved de overordnede kategorier Patientinddragelse, Effektivitet og Kvalitet, Praktiske og tekniske forhold, samt andet relevant. (Se Bilag 4 Analysedesign). Denne kodning blev fulgt af en kondensering af den mening, der er udtrykt i den tekst, vi har kodet til underkategorierne fordele, ulemper og neutralt. Denne tekst fremgår af Reference views i Bilag 13. Meningen med det sagte, som vi her kondenserer, sidestiller vi med GT begrebet "Summary Memo", som betegner en opsummering af meningen (Corbin, et al., 2015 s. 122). Dette er beskrevet nærmere i Analysen.

### 3.4.4 Selektiv kodning - Sortering af memos i forhold til påstande

Ifølge Corbin og Strauss er analyseprocessen "*..looking for relationships and trying to identify patterns.*" (s. 86, Ibid.). For at identificere sammenhænge mellem kategorierne og forholdet til de to påstande, vi udledte i Problemanalysen, lavede vi en ny sortering af meningsindholdet, hvor vi ledte efter argumenter for og imod henholdsvis påstand A og B. Denne sortering ledte os frem til en diskussion af de fund, vi har gjort i datamaterialet i forhold til de to påstande.

## 3.5 Opsamling

Hermed har vi beskrevet metoden i teori og praksis.

Til slut i rapporten vil vi samle en konklusion hvor vi vil svare på problemformuleringen og fremsætte et sæt anbefalinger. Vi vil også kommentere på de vigtigste argumenter for og i mod påstandene, samt perspektivere i forhold til hvordan disse anbefalinger kan omsættes til praksis.

Metoder til den videre proces er beskrevet efterhånden som den bliver udført i Analyse og Diskussions afsnittene, som følger efter dette afsnit.

## 4. Analyse

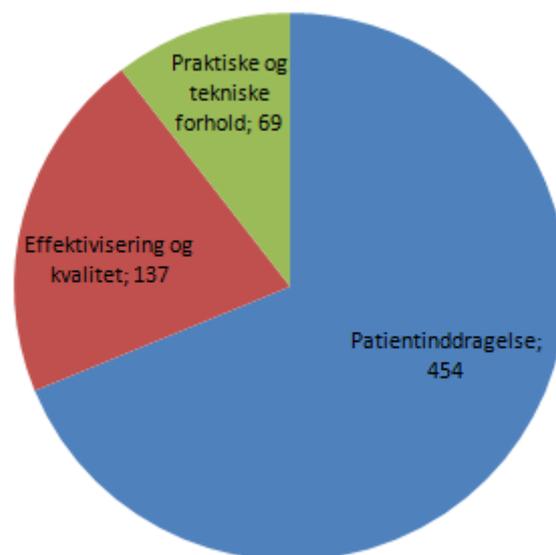
### 4.1 Indledning

I dette afsnit vil vi kondensere meningen med de udtalelser, vi har sorteret ved hjælp af kodningen beskrevet i metodeafsnittet. Ved kodningen fik vi i alt 660 referencer (Bilag 14), som fordelte sig i noderne for de tre hovedemner, samt en Andet kategori (124 referencer) hvor udtalelserne ikke faldt ind under de tre hovedemner:

- Patientinddragelse
- Effektivisering og kvalitet
- Praktiske og tekniske forhold

Gennemgang af Andet kategorien foregår sidst i dette afsnit efter de tre hovedemner.

Antallet af nodes kodet under hvert af de tre hovedemner fordelte sig som vist på denne figur.



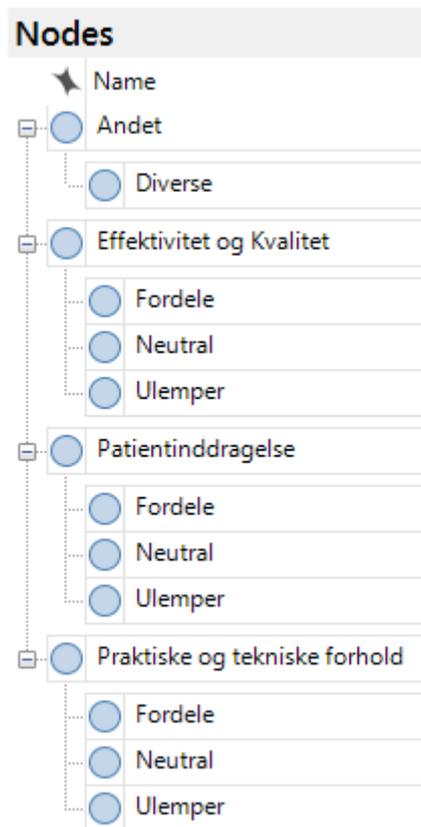
Figur 5 Fordeling af nodes på hovedemner

I det følgende vil vi beskrive den mening, vi har trukket ud af de udtalelser, vi har kodet under hvert emne og underbygge det med udvalgte citater fra interviews og spørgeskemaer. For hvert hovedemne gennemgår vi henholdsvis fordele, ulemper og neutrale udtalelser, og laver en opsamling på meningsindholdet for hvert emne.

Men først en beskrivelse af metoden til meningskondensering, samt en forklaring på hvordan vi refererer til datamaterialet.

## 4.2 Metode

Efter at have gennemgået besvarelser fra spørgeskemaundersøgelsen samt data fra interviewene, har vi lavet en Åben kodning ved at oprette kategorier i NVivo. Disse kategorier betegnes nodes i NVivo. Oprettelsen af nodes og dermed kategoriseringen af meningen fra data var en iterativ proces, hvor vi var igennem datamaterialet flere gange, og hvor antal og navngivningen af nodes ændrede sig flere gange. Strukturen på de endelige nodes kan ses af nedenstående figur:



Figur 6 Nodes hierarki

Efter at have kodet data har vi trukket lister (Reference views. Se Bilag 13) med kodet data ud af NVivo, går vi i gang med at anvende disse lister til at lave en meningskondensering. Den mening med det sagte, som vi her kondenserer, sidestiller vi med GT begrebet “Summary Memo”, som betegner en opsummering af meningen (Corbin, et al., 2015 s. 122). Vi beholder kategorierne fra nodes, men søger at finde ind til hvilken mening informanterne ville udtrykke med de enkelte udtalelser.

*“Analysis is the act of taking data, thinking about it, and denoting concepts to stand for the analyst’s interpretation of the meaning intended by the participant.”*

(Corbin, et al., 2015 s. 88)

I denne proces vil vi bestræbe os på at genfortælle informanternes meningsindhold så loyalt som muligt, men er bevidste om, at der ligger en egen tolkning i den mening, som vi refererer (Malterud, 2011 s. 99).

Vi vil gengive meningen med udtalelserne om de enkelte emner og underbygge dette ved at citere udvalgte referencer. Ifølge Vallgård og Koch skal man vælge de citater, *"der bedst illustrerer en pointe, hvis flere citater viser det samme"* (2007 s. 81). De citater, vi nævner, er udvalgte. I mange tilfælde vil der være (mange) flere citater, der kunne hentes ind og underbygge den samme mening.

I det følgende afsnit vil vi beskrive, hvordan man kan finde tilbage til et enkelt citat i den samlede mængde af udtalelser.

I de nedenstående afsnit vil vi udlede mening samt opsummere koncepter og kategorier fra de data, vi har opsamlet og kodet.

Hvert af nedenstående memoer er nummereret, for at vi kan liste dem op i systematiske og overskuelige diagrammer og referere til dem i det efterfølgende diskussionsafsnit.

## 4.3 Kilder og data

Alle udtalelser, der er kodet under hver enkelt under node, er trukket ud i et reference view. Alle reference views kan ses i Bilag 13. Navngivning af reference views fremgår af denne tabel:

<b>Node</b>	<b>Under node</b>	<b>Reference View Navn</b>
Patientinddragelse	Fordele	Reference view - Patientinddragelse - Fordele
	Ulemper	Reference view - Patientinddragelse - Ulemper
	Neutral	Reference view - Patientinddragelse - Neutral
Effektivitet og kvalitet	Fordele	Reference view - Effektivitet og kvalitet - Fordele
	Ulemper	Reference view - Effektivitet og kvalitet - Ulemper
	Neutral	Reference view - Effektivitet og kvalitet - Neutral
Praktiske og tekniske forhold	Fordele	Reference view - Praktiske og tekniske forhold - Fordele
	Ulemper	Reference view - Praktiske og tekniske forhold - Ulemper
	Neutral	Reference view - Praktiske og tekniske forhold - Neutral

Tabel 1

Hvert citat der er udvalgt i nedenstående meningskondensering vil have en reference, der angiver oprindelsen på citatet. Referencen er delt i to, hvor første del angiver hvilket interview eller spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen det stammer fra, og anden del angiver referencenummeret fra reference view dokumentet.

Følgende liste viser forkortelserne der findes i referencerne:

De 4 interview med sygeplejersker, der har erfaring med at anvende EPJ på patientstuer:

- I1 - Interview 1
- I2 - Interview 2
- I3 - Interview 3
- I4 - Interview 4

Besvarelser fra spørgeskemaundersøgelse på de fem udvalgte spørgsmål:

- Spg. 3 - Spørgsmål 3 (I hvilke situationer anvender du EPJ, når du er sammen med patienten?)
- Spg. 4 - Spørgsmål 4 (Hvordan inddrages patienten, når du anvender EPJ sammen med patienten?)
- Spg. 5 - Spørgsmål 5 (Hvilke fordele er der for anvendelse af EPJ i patientens nærhed?)
- Spg. 6 - Spørgsmål 6 (Hvilke barrierer er der for anvendelse af EPJ i patientens nærhed?)
- Spg. 7 - Spørgsmål 7 (Har du andet du vil tilføje?)

Eksempel - Dette udvalgte citat findes under Patientinddragelse, Fordele

- *“Så bruger man måske også mere tid hos patienten i og med at man laver dokumentationen hos patienten.” (I4, ref. 9)*

Hvis man vil finde, hvor dette udvalgte citat stammer fra, angiver I4 at det stammer fra Interview #4 og har reference nummer 9 i det afsnit i reference view dokumentet ”Reference view - Patientinddragelse – Fordele” (Bilag 13).

## 4.4 Analyse

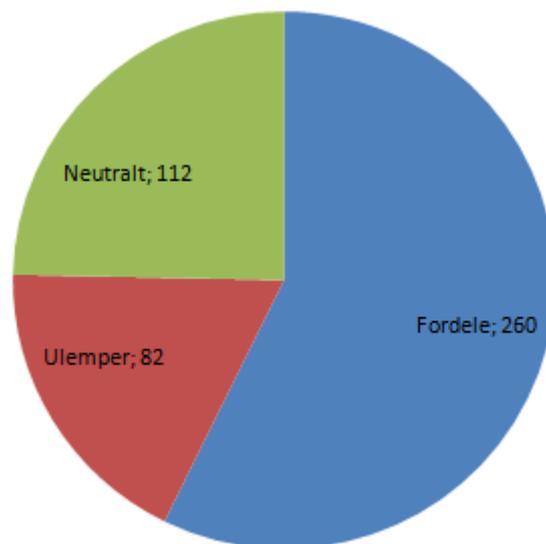
I det nedenstående findes meningskondenseringen for hvert overordnet emne med en indledning før og opsamling efter hvert emne.

### 4.4.1 Patientinddragelse

#### 4.4.1.1 Indledning

Patientinddragelse var antalsmæssigt klart det største emne for svarene fra respondenterne. Svarene er fortrinsvis positive, og mange kan se klare fordele for patientinddragelsen ved at dokumentere sammen med patienten. Det er dog ikke et helt entydigt positivt billede, og der blev da også nævnt et ikke ubetydeligt antal ulemper. Vi finder en overvægt af ulemper nævnt i spørgeskemaundersøgelsen. Til forskel for Effektivitet og Kvalitet samt Praktiske og tekniske forhold, var der i dette emne mange svar der forholdt sig neutralt.

Denne fordeling kan ses i nedenstående model.



Figur 7 Fordeling af nodes Patientinddragelse

I nedenstående går vi i dybden med fordelene, ulemperne og de neutrale svar, for derefter at samle op til sidst.

#### 4.4.1.2 Fordele

Oversigt over overskrifter og tilhørende memoer i dette afsnit.

Patientinddragelse		Memo nummer
Fordele	Patientkontakt	1-4
	Patientens inddragelse og indsigt	5-8
	Patientens tryghed	9-11
	Kvalitet i dokumentationen	12
	Håndtering af komplekse forløb	13

Tabel 2

#### Patientkontakt

1. Det nævnes som en fordel, at man får mulighed for at tilbringe mere tid sammen med patienten, når man udfører dokumentationen på patientstuen. Men for at det kan blive en succes, er det nødvendigt at være bevidst om at skabe klarhed over, hvornår man dokumenterer og hvornår man taler med patienten.
  - *“Så bruger man måske også mere tid hos patienten i og med at man laver dokumentationen hos patienten.”* (I4, ref. 9)
  - *“Man har øjenkontakt idet man taler, og så skriver man.”* Veksler mellem at se på patienten og skrive. ” (I3, ref. 13)
2. Man kan få noget godt ud af det i patientkontakten, hvis man tør at være til stede og møde patienten med de spørgsmål, der måtte opstå. Sygeplejerskens faglige niveau har betydning, da det at dokumentere sammen med patienten kræver, at man føler sig fagligt velfunderet.
  - *“Kræver at man er faglig velfunderet at turde at gå ind til patienten, før man har læst om patienten ”* (I2, ref. 18)
  - *“Anbefaler nye kollegaer, at de går direkte ind til patienten. Og tør være der i de spørgsmål, der kommer.”* (I2, ref. 19)
3. Andre ser mest fordelene i, at man har mulighed for at registrere måleresultater tidstro og i samme arbejdsgang, når man er hos patienten. Der er meget, der kan lade sig gøre at dokumentere sammen med patienten.
  - *“Alt hvad der skrives, måles, noteres om patienterne, noteres på stuerne. Det er rigtig fint.”* (I4, ref. 1)

4. Det opfattes ikke som en barriere, at sygeplejersken anvender computer på sengestuen.
- *"Jeg synes at det er det samme, som sad jeg og skrev på et stykke papir. De er jo vant til det alle vegne, at der er computer med. Det tager ikke noget fra det der møde mellem patient og sygeplejerske."* (I3, ref. 5)

### Patientens inddragelse og indsigt

5. Når der dokumenteres sammen med patienten, er det nemmere for sygeplejersken at gøre det tydeligt for patienten, hvilke oplysninger, det er vigtigt at få med i journalen. Det giver patienter en bedre forståelse for, hvad der er vigtige oplysninger for sundhedspersonalet, for at de kan få mulighed for at tilbyde den bedste behandling.
- *"Nogle gange har de en anden opfattelse af hvad der er relevant at der skrives, og det er noget man skal synliggøre for dem."* (I4, ref. 16)
  - *"... vil det også blive patientens ønske i højere grad og ikke noget jeg sidder og finder på inde på kontoret. Hvis man sidder og gør det på stuen, er man bare i højere grad tilbøjelig til at høre hvordan kunne du tænke dig at vi hjælper dig på dette område."* (I4, ref. 7)
6. Det giver patienterne større ansvar for de planer, der lægges, at de inddrages i arbejdet med at beskrive planerne i det, der dokumenteres i journalen. Det kan betyde større compliance, og det kan bidrage til at undgå misforståelser. Patienterne kommer på den måde til at arbejde bedre med på eget behandlingsforløb.
- *"De er helt med på, hvad det er der sker. Hvad er det nu, der er gang i, hvad er det, der skal ske her. At de selv er med i hele deres behandling."* (I2, ref. 16)
  - *"Medinddragelse, større forståelse for behandlingen, øget patientansvar medfører ofte bedre compliance."* (Spg. 5, ref. 26)
  - *"Man kan hjælpe dem med at forstå hvad der blev sagt [...] og deres egen sygdom. Det kan også være patienter der har været i krise de sidste mange dage, og så kan man gå forløbet igennem. Det kan være ptt. der har været delirøse eller pt. fra et andet afsnit, så man kan forklare hvad der skete. Så har man en hurtig tilgang til viden, som man kan give videre."* (I4, ref. 15)
7. Det er muligt at nedskrive planer sammen med patienten, når man har computeren med på stuen. Erfaringen er, at de planer, der udarbejdes i samarbejde med patienten, er de planer, der kommer til at fungere, og selvom det måtte medføre en tidsmæssigt længere arbejdsgang, er det givet godt ud.
- *"Der er rigtig meget vundet ved at lytte til patienten. Det nytter ikke at vi lægger en plan som vi næste dag kan vurdere at den virker ikke, for det er ikke det patienten ønsker. Det kan godt være, at det er en her og nu opgave der er tidskrævende, men den er vundet for de kommende dages behandling."* (I4, ref. 13)

- *"Nu bliver det lidt mere det patienten faktisk fortæller, hvor det tidligere mere var vores opfattelse." (I3 ref.14)*
8. Nogle peger på at inddragelsen og patientens ansvar for eget forløb kunne blive endnu bedre, hvis patienterne selv kunne bidrage til dokumentationen.
- *"Ja, f.eks. kostregistrering. Det ville være rigtigt fedt at de kunne gøre det. [...] For nogle patienter er det også en del af deres forståelse af sygdommen, hvad der kommer ind og hvad der kommer ud. Så de havde et let tilgængeligt redskab, som kan arbejde sammen med vores, ville være fantastisk, for det er noget af det, de skal tænke, når de kommer hjem. Starte patientoplæring på den måde. Det ville være rigtigt smart, hvis patienten selv kunne udfylde." (I3, ref. 10)*

## Patientens tryghed

9. Det øger trygheden til personalet og behandlingen hos patienterne, når dokumentationen bliver udført sammen med dem, og det dermed er tydeligt, hvad der bliver dokumenteret, og hvad der ikke gør.
- *"Det kan jeg meget godt lide, at der er den synlighed, at lige nu er det ikke nødvendigvis en tavshedspligt mellem patienten og mig, men noget jeg skriver ned og det kan de se jeg gør. Så der bliver sagt der er også [...] til den skrevne journal, og ikke en personlig samtale. Det er at patienten er bevidst om at det ikke kun er noget mellem ham og mig. Det er synligt for hele plejegruppen og læger og terapeuter på afdelingen. Vi italesætter det også." (I4, ref.2+3)*
  - *"Snakker med patienterne om, hvad der bliver skrevet. Det oplever jeg giver en meget større tillid fra patienterne." (I4, ref. 3)*
10. Det øger trygheden hos patienten at personalet hurtigt kan finde svar på spørgsmål.
- *"Patienterne har mulighed for at stille spørgsmål til dagens gang, og dem har vi nemmere ved at finde." (I3, ref. 1)*
11. Det giver tryghed for patienten at vide, hvad der står i journalen. Nogle læser direkte op fra EPJ, andre tager udgangspunkt i det, der står i EPJ og fortolker oplysningerne, så de kan videregives i et sprog patienten forstår.
- *"Læser indhold fra journalen højt for patienten, for at resumere, hvad der er sket." (I2, ref. 10)*
  - *"Læser ikke direkte op, men læser selv og forklarer for patienten." (I3, ref. 6)*

## Kvalitet i dokumentationen

12. Mange af respondenterne giver udtryk for, at de gerne bruger EPJ sammen med patienten til at tjekke facts, så de sikrer, at de oplysninger, der står i journalen stemmer overens med patientens opfattelse.

- *“Jeg læser op fra journalen og spørger om dette stemmer overens med de oplysninger de har fået at vide.”* (Spg. 4, ref. 25)
- *“Enkelte gange læser jeg op af hvad jeg har skrevet. Hvis jeg er i tvivl om jeg har skrevet det korrekt ned. Sommetider får vi 2 forskellige historier, lægen får én og vi får en anden.”* (I1, ref. 2)
- *“At risikoen for at der forekommer misforståelser reduceres. Patientsikkerhed og kvalitet.”* (Spg. 5, ref. 4)
- *“Jeg har jo kun positive oplevelser ved at stå og snakke med patienten om det. Jeg ved at vi har forstået hinanden - det er rart.”* (I3, ref. 12)

## Håndtering af komplekse forløb

13. Når der dokumenteres sammen med patienterne på sengestuen, kan det hjælpe til nemmere at håndtere komplekse forløb, hvor der er mange forskellige oplysninger der skal dokumenteres, da man kan afklare det meste med det samme og undgår forstyrrelser mellem at have fået oplysningerne og dokumentationen af oplysningerne

- *“Ved komplekse ptt. hvor der er mange ting med sonde, medicin, pleje, lejrning osv. kan jeg få de ting skrevet ind hurtigt når jeg står der, også hvis der er hjælper eller pårørende med som kan fortælle nyttige ting.”* (I1, ref. 4)
- *“Samtaler med pårørende, hvor de har praktiske ting, de gerne vil have der bliver husket en anden gang.”* (I3, ref. 8)

### 4.4.1.3 Ulemper

Oversigt over overskrifter og tilhørende memoer i dette afsnit.

Patientinddragelse		Memo nummer
Ulemper	Patientkontakt	14-16
	Patientens indsig	17-18
	Diskretion	19
	Rammer for dokumentation	20-21
	Sygeplejerskens faglighed og alder	22

Tabel 3

#### Patientkontakt

14. Der gives udtryk for, at pc'en kan stå i vejen for en god opmærksomhed på det patienten fortæller.

- *“Nogle gange kigger vi mere på den (computeren) end vi gør på patienten”* (I1, ref.1)
- *“Jeg står meget og kigger ned mens de fortæller”* (I1, ref.2)
- *“Hvis man står med skærmen i mellem sig, kunne man miste koncentrationen i hvad der egentligt bliver sagt”* (I4, ref.4)

15. Adskillige nævner at det tager fokus fra patienten at computeren er med, når man er sammen med patienten.

- *“bruger jeg ikke epj sammen med pt - det tager fokus fra pt hvis man skal sidde og rode i epj - det kan virke uprofessionelt og uforberedt”* (Spg.4, ref.5)
- *“Det tager noget af den nærhed og opmærksomhed som man får ved kontakt uden en skærm i mellem”* (Spg.6, ref.13)
- *“At man virker uinteresseret, som hvis man sidder på mobilen hele tiden i sociale sammenhænge”* (Spg.6, ref.33)

16. Nogle synes, at de kommer til at opføre sig uhøfligt, når de skal se på computerskærmen imens de taler med patienten.

- *“Kan ikke være bekendt at sidde og skrive hos patienten”* (I2, ref.13)
- *“Synes faktisk det er upersonligt og ubehøvet at sidde med computer, når man taler/vurderer patienten”* (Spg.6, ref.41)

## Patientens indsigt

17. Der er nogle, der slet ikke mener, at patienterne skal have noget med journalen at gøre. Deres opfattelse er, at EPJ udelukkende er personalets arbejdsredskab. Patienterne har ikke kompetence til at forstå sproget i journalen, eller de kan være kognitivt ude af stand til at forstå situationen. Der kan være skrevet noget, som endnu ikke er bekræftet eller ikke formidlet til patienten, hvilket kan forårsage misforståelser.

- *“Ellers betragter jeg EPJ som mit arbejdsredskab som patienten ikke skal anvende”* (Spg.4, ref.4)
- *“Sprog (vores fagsprog giver ikke mening for patienterne) ”* (Spg.6, ref.14)
- *“maligne mistanker, som ikke tidligere har været drøftet”* (Spg.6, ref.12)

18. Det kan skabe mistillid, at patienten kan se, at der skal skrives meget, hvis ikke man forklarer, hvad og hvorfor det skal skrives

- *“Hvis der er meget at skrive, kan patienten blive mistroisk. Skal du skrive så meget ned?”* (I2, ref.2)

## Diskretion

19. Det nævnes som en barriere, at der kan være problemer med diskretion, men egentlig forbindes dette ikke med at have computeren med på stuen. Mere et problem, at der er flere patienter på samme stue.

- *“Prøver at tale, så andre patienter ikke kan høre, hvad der bliver sagt om den enkelte. Vender ryggen til, trækker for. Men næsten umuligt”* (I2, ref.7)
- *“Det er jo ikke de der dybe samtaler, vi har der inde”. “Man prøver jo at være diskret. Diskretion - ingen forskel om det er computeren, eller papir, jeg har med.”* (I3, ref.1)

## Rammer for dokumentation

20. Man kan blive så optaget af pligten til at udfylde bestemte ting, at det bliver styrende for det, man fokuserer på.

- *“Jeg skal have skrevet min dokumentation først, før jeg kan tage mig af pt.”* (I1, ref.3)
- *“Noget er måske lidt for styret i forhold til at komme på banen med noget at det der i virkeligheden fylder for dem”* (I4, ref.1)
- *“Ensidig fokusering på EPJ's afkrydsningsboks”* (Spg.6, ref.4)

21. Det kan være vanskeligt, at have tid og overskud til at have patienten med i det der skal dokumenteres, samtidig med at man skal udføre praktiske opgaver og observere patienten.

- *“Patienten får at vide jeg skriver journal notat fx under fødsel. Inddrages ikke, det er der ikke overskud/tid til” (Spg.4, ref.1)*
- *“Det er svært at få dok iv beh samtidig med at det skal gives og pt skal observeres. Det bliver oftest dok efterfølgende og tidspunktet rettet til så godt som muligt” (Spg.6, ref.28)*

## Sygeplejerskens faglighed og alder

22. Der er en opfattelse af forskelle på aldersgrupper hos sygeplejersker, hvor de yngre modsat de ældre er gode til hurtigt formulere sig på skrift, men de yngre sygeplejersker føler sig usikre på deres faglighed og har derved svært ved at udføre dokumentationen sammen med patienten. De peger på, at det kræver et vist kompetenceniveau at lave planer i samarbejde med patienten inde på stuen, og på vigtigheden af muligheden for at gå ud og sparre med kolleger.

- *“Den ældre generation af kollegaerne, 50+ har lidt svært ved det, og det er nok det med at formulere sig på en skærm” [...] “De yngre er gode til at skrive enormt hurtigt og vant til at skrive om sygepleje” (14, ref.8)*
- *“Mange af de unge siger, at de ikke kan koncentrere sig, hvis de skal skrive inde hos patienten. ” [...] “De med knap så høj kompetence, er usikre og afhængige af papirnotater. “De føler at de udstiller deres uvidenhed” (12, ref.9)*
- *“De nye sygeplejersker i højere grad kommer til kort, når man førhen gik på kontoret og sammen med en mere sygeplejefaglig kompetent kollega, kunne lægge en plan. Der kan det sværere for en ny sygeplejersker at gå ind på stuen og lægge en plan” [...] “Man kan også gå ud og sparre. ” (14, ref.7)*

#### 4.4.1.4 Neutralt

Oversigt over overskrifter og tilhørende memoer i dette afsnit.

Patientinddragelse		Memo nummer
Neutralt	Patientens inddragelse	23-24

Tabel 4

#### Patientens inddragelse

23. Nogle af respondenterne fra spørgeskemaundersøgelsen bruger ikke at inddrage patienterne i brugen af EPJ. Andre inddrager kun patienten til tjek eller visning af faktuelle ting som ID, blodprøver og medicin.

- *“Hovedsageligt er det kun mig der bruger EPJ for at slå op for at kunne give svar på spørgsmål, omkring medicin blodprøver og tider til undersøgelser” (Spg.4, ref.4)*
- *“jeg inddrager ham jo egl. ikke, men viser ham bl.pr.-svar f. eks. Alt andet skriver jeg, efter han er gået” (Spg.4, ref.18)*
- *“Nogle patienter er i deres dagligdag fortrolig med computeren og er klar over at det er vores arbejdsredskab. For dem kan det føles helt naturligt at anvende EPJ hos. Hos andre vil det føles forkert” (Spg.7, ref.3)*

24. Nogle giver udtryk for, at de ikke oplever, at det gør nogen forskel om de dokumenterer hos patienten eller ude på kontoret. I nogle sammenhænge eller situationer giver det ikke mening at dokumentere sammen med patienten. F.eks. hvis patienten ikke er kognitivt til stede.

- *“Nogle ting er svært at skrive inde på stuen. F.eks. lange sygeplejerapporter om de gamle patienter. Patienten er faldet i søvn. Det virker unaturligt” (I2, ref.1)*
- *“Ingen forskel om jeg skriver det inde på stuen eller på kontoret. Ved ikke om patienten har nogen bestemt opfattelse af det. Jeg har en dialog med patienten, men det gør ikke forskel hvor jeg er, når jeg skriver” (I3, ref.1)*

#### 4.4.1.5 Opsamling - Patientinddragelse

Som ses i ovenstående er der mange fordele, som kan bidrage til at forbedre patientinddragelsen ved at dokumentere sammen med patienten, men også nogle væsentlige ulemper som faren for at miste den personlige kontakt til patienten og problemerne med at opnå diskretion på sengestuerne. Disse ulemper skal med i overvejelserne, hvis man opnå fordelene ved at udføre dokumentationen på sengestuen sammen med patienten.

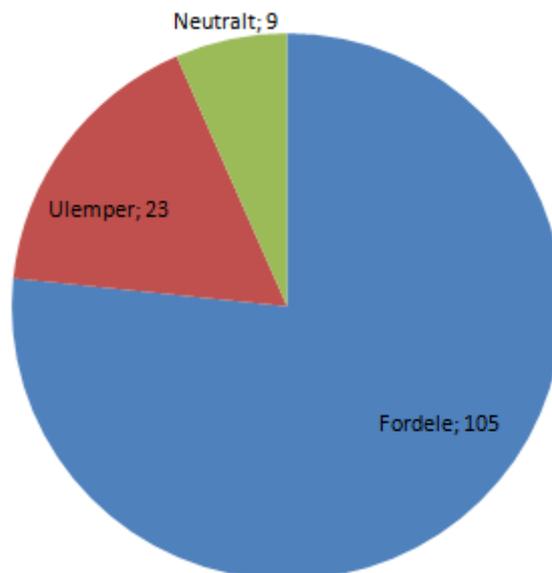
Et væsentligt punkt at drage frem i forståelsen af ovenstående, er fordelingen på fordele og ulemper og sammenhængen med kilderne. Overordnede er der en overvægt af fordele fra interviewene, hvilke er foretaget med sygeplejersker, der har erfaring med at dokumentere sammen med patienterne. Størstedelen af ulemperne findes i svarene på spørgeskemaet som ikke nødvendigvis er fra personale, der har konkrete erfaringer med dette emne.

## 4.4.2 Effektivitet og kvalitet

### 4.4.2.1 Indledning

Der er mange respondenter, både fra interview og spørgeskema, der ser fordele i forhold til effektivitet og kvalitet for patienten. Nogle kan slet ikke se fordele. Andre peger på ulemper i forhold til effektiviteten og kvaliteten i det arbejde, man er i stand til at udføre, når man har EPJ med hos patienterne.

Fordelingen af udtalelser om fordele, ulemper og neutrale holdninger i forhold til effektivitet og kvalitet fremgår af denne model.



Figur 8 Fordeling af nodes Effektivitet og kvalitet

I det følgende er hovedtrækkene i forhold til effektivitet og kvalitet ridset op.

#### 4.4.2.2 Fordele

Oversigt over overskrifter og tilhørende memoer i dette afsnit.

Effektivitet og kvalitet		Memo nummer
Fordele	Effektivitet	25-27
	Patientsikkerhed	28-29
	Kvalitet for patienten	30-32

Tabel 5

#### Effektivitet

25. Det opleves som mere effektivt og nemmere at holde styr på dagens opgaver, når opgaverne ved hver enkelt patient kan gøres færdig imens man er hos patienten. Der er stor risiko for at blive afbrudt i sine tanker, hvis man går ud af stuen.

- *“Der går ting tabt, når jeg går ud af døren” [...] “Det er helt klart en fordel... at få det skrevet ned så længe jeg er hos den patient” (I1, ref.4)*
- *“Man tømmer også sit eget hoved. Som sygeplejerske er det meget hensigtsmæssigt at man får afsluttet en problemstilling, så man ikke har noget man skal huske eller vende tilbage til”, “Så kan man lettere holde nogle flere bolde i luften, hvis man får færdiggjort nogle ting” (I4, ref.8)*

26. Det sparer tid og er mere sikkert at skrive direkte ind, i stedet for at have en midlertidig dokumentation på papirlapper.

- *“Ingen dobbelt dokumentation (først på papir og så i EPJ) ” (Spg.5, ref.55)*

27. Det er muligt at observere og være sammen med patienterne samtidig med, at man udfører dokumentationsarbejdet, hvilket opleves som værende mere effektivt.

- *“Du har mulighed for at dokumentere i takt med at der svares...man kan blive hos patienten” (Spg.5, ref.48)*
- *“observation samtidig med dokumentation” (Spg.5, ref.63)*

#### Patientsikkerhed

28. Det er mere patientsikkert, at oplysninger bliver dokumenteret hos patienten, så det kan kontrolleres, om det er den rette patientjournal, om patienten kan bekræfte oplysningerne, om patienten er enig i sygeplejerskens opfattelse af situationen.

- *“Glemmer ikke noget.” (I3, ref.4)*

- *“Mest af alt patientsikkerheden, at man er sikker på at man får dokumenteret den rigtige problemstilling på den rigtige patient” (I4, ref.8)*
- *“at der bliver dokumenteret korrekt” (Spg.5, ref.41)*

29. Dokumentation bliver mere korrekt og anvendelig, når den udføres tidstro. Det giver f.eks. ikke nogen mening at registrere TOKS værdier på et senere tidspunkt, da ideen med at gøre det straks, er at der skal beregnes en score, der afgør, om patienten skal ses af en læge her og nu.

- *“Fordel at TOKS scoren bliver beregnet med det samme, når man skriver den ind i EPJ” (I3, ref.5)*
- *“Ved IV beh, dok der straks i EPJ” (Spg.4, ref.1)*

### Kvalitet for patienten

30. Der kan gives bedre kvalitet i information og kommunikation f.eks. ved stuegangen, når oplysninger i EPJ er lige ved hånden og kan vises frem til patienterne. Det er hurtigere at finde svar på patienternes spørgsmål.

- *“Mange patienter har helt konkret behov for viden og at kunne følge med. Og så kan man lynhurtigt svare” [...] “Den daglige stuegang blive virkeligt højnet” (I4, ref.7)*
- *“At man staraks kan slå op og se svaret på de spørgsmål pt. Stiller” (Spg.5, ref.5)*

31. Det er en fordel både for patienter og personale, at forløbene kan afvikles hurtigere, når oplysninger er lige ved hånden og nyt kan dokumenteres og planlægges med det samme.

- *“Det gør tingene lidt hurtigere [...] skal ikke gå ind til patienten igen, hvis jeg har et tillægsspørgsmål” (I3, ref.7)*
- *“Rigtig ofte har de (patienter) selv en masse handlingsplaner selv i hovedet [...] og kan hurtigt give udtryk for hvad der virker. Så hvis i sidste ende vil det trække længere ud hvis jeg har skrevet planen på kontoret i stedet for sammen med pt.” (I4, ref.6)*

32. Når patientjournalen er lige ved hånden, har patienterne mere direkte adgang til at få indflydelse på, hvad der bliver skrevet, samt bevidsthed om, at der bliver skrevet noget om dem.

- *“Nogle gange har de også nogle ting de gerne vil have skrevet ind” (I1, ref.6)*
- *“De kan give udtryk for om der er noget de vil have journalført” (I4, ref.9)*

### 4.4.2.3 Ulemper

Oversigt over overskrifter og tilhørende memoer i dette afsnit.

Effektivitet og kvalitet		Memo nummer
Ulemper	Effektivitet	33-34
	Diskretion	35
	Kvalitet for patienten	36

Tabel 6

#### Effektivitet

33. Der udtrykkes en bekymring for, at det vil tage mere tid at forklare ting, hvis patienterne selv kan se, hvad der står i journalen og skal medinddrages i det, der skal skrives.

- *“Vender du skærmen om til pt.? “Nej, det bliver for omfattende, jeg har ikke tid til det [...] ellers kommer der en kæmpe smøre.” (I1, ref.2)*
- *“Det kræver mere tid, hvis de skal medinddrages i det du skriver. Tid er i forvejen kritisk” (Spg.6, ref.13)*
- *“Eks. blodprøver - at de ser "røde tal" som kan bekymre. Kræver mere tid til forklaring” (Spg.6, ref.15)*

34. Dokumentationsarbejdet kan kræve ro til fordybelse og f.eks. kontakt til og sparring med andre fagpersoner. Det kan være vanskeligt at få tilstrækkelig ro til det på patientstuerne, hvor der er mange afbrydelser.

- *“Uro og afbrydelser på stuen” (Spg.6, ref.6)*
- *“mange arbejdsopgaver oveni hinanden på flersengsstue hvor man ikke kan nå at dokumentere efterhånden” (Spg.6, ref.9)*
- *“På stuegang hos især børn fungerer det ikke godt at skrive/diktere længere stuegangsnotater, henvisninger m.m. og konferere telefonisk inde hos patienterne” (Spg.7, ref.2)*

#### Diskretion

35. Det er vanskeligt at undgå, at patienter ser oplysninger om andre på skærmen og hører samtaler med andre på flersengsstuer. Nogle finder det umuligt at anvende EPJ sammen med patienten af den grund.

- *“Hvis skrankelisten står fremme og patienten kommer til at se den får de kendskab til andre patienter, hviolket ikke er lovligt” (Spg.6, ref.6)*

- *“vil være ganske godt men aktuelt er der ikke enestuer og derfor umuligt at bruge til stuegang, journaloptagelse” (Spg.5, ref.1)*

## Kvalitet for patienten

36. Det er vanskeligt at koncentrere sig om patienten, når man har pc'en med. Det påvirker den opmærksomhed, man kan have på patienten. Nogle vælger at adskille det, være sammen med patienten først og skrive bagefter.

- *“At fagpersonen sidder med ansigtet mod skærmen i stedet for mod patienten” (Spg.6, ref.15)*
- *“At pc står mellem pt og sundhedspersonalet og øjenkontakt bliver sporadisk. Pc bliver centrum og "fylder" meget” (Spg.6, ref.7)*
- *“Jeg koncentrerer mig om patienten, mens han er i vores ambulatorium, og så skriver jeg bagefter” (Spg.5, ref.2)*

#### 4.4.2.4 Neutralt

Oversigt over overskrifter og tilhørende memoer i dette afsnit.

Effektivitet og kvalitet		Memo nummer
Neutralt	Effektivitet	37-39
	Patientsikkerhed	40

Tabel 7

#### Effektivitet

37. Det tager hverken mere eller mindre tid at dokumentere hos patienten, da mængde, af det, der skal dokumenteres er den samme uanset hvor dokumentationen foregår. Det er hverken mere eller mindre effektivt. Det kan være mere tidskrævende at tale med patienten om dokumentationen, men det opvejes af den tid man sparer ved planlægningen – at man ikke skal sidde på kontoret og lave vurderingen uden patienten.

- *“Nej, det tager den tid, det tager, for dokumentationskravet er det samme. Det er hverken mere eller mindre effektivt”* (12, ref.2)
- *“Nogle patienter har stort talebehov [...] Det kan være tidskrævende.” “Ved ptt. der tydeligt giver udtryk for hvad der er et problem, kan man spare tid ved planlægningen, så man ikke skal sidde på kontoret og gætte/selv lave vurderingen alene”* (14, ref.1)

38. Der er ro til at skrive på enestuerne, men patienter og pårørende kan godt være en forstyrrende faktor

- *“Da vi har et sengstuer, er der ro til at skrive og læse”* (Spg.5, ref.1)
- *“ser begrænsninger i hvornår man kan bruge computer på sengestuer: f.eks når man i forbindelse med at skrive dagens rapport skal reflektere og evt drøfte en situation med kollega. Der er ikke ro på sengestuerne til dette. Pt. og pårørende vil være forstyrrende i refleksionssituationen”* (Spg.7, ref.2)

39. Det kunne være en fordel, hvis patienterne selv kunne skrive nogle oplysninger i journalen.

- *“Så er jeg fri for at spørge”* (11, ref.2).

#### Patientsikkerhed

40. Det er en fordel at kunne skrive straks, men dette er ikke altid muligt pga tidspres.

- *“hvis der sker mange ting, kan man godt glemme noget, hvis ikke man når at få det skrevet, når det sker”* (12, ref.1)

#### 4.4.2.5 Opsamling - Effektivitet og kvalitet

Som også vist i modellen i indledningen fyldte fordelene mest, og de fordele, der bliver trukket frem, drejer sig især om muligheden for at skrive tingene straks og dermed blive færdig i én arbejdsgang, samt tidstro og korrekt dokumentation, patientsikkerhed og muligheden for at finde svar på patientens spørgsmål med det samme. Desuden har patienterne mulighed for at få indflydelse på noget af det, der bliver dokumenteret.

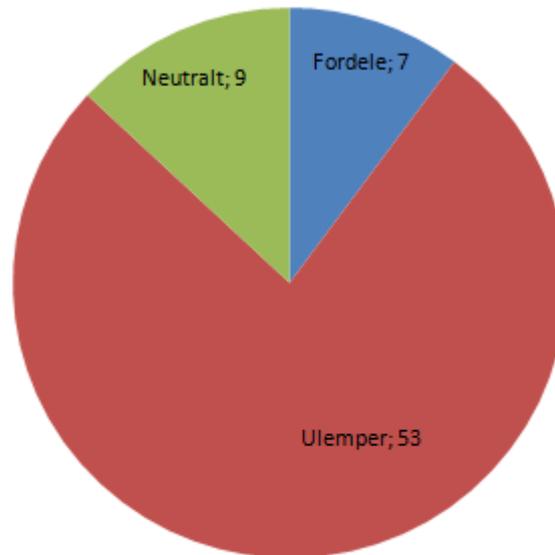
Arbejdet opleves på den ene side som mere effektivt og der er mulighed for at yde en bedre kvalitet, men det kan være en ulempe at patienterne kan få mulighed for at se oplysninger på tidspunkter, hvor personalet ikke har tid til at give uddybende forklaringer. Det kan give anledning til misforståelser, samt forsinkelse af personalet når der skal gives uddybende forklaringer til patienterne. Det kan desuden opleves som forstyrrende at patienterne er til stede, når sygeplejersken har brug for ro til at koncentrere sig om dokumentationsarbejdet.

Nogle har den opfattelse at det ikke er tidsbesparende at dokumentere sammen med patienten, fordi mængden af dokumentation er den samme uanset hvor man befinder sig, når arbejdet udføres, men de argumenterer for, at patienterne får en bedre sygdomsforståelse, når de får mulighed for at være til stede, når det sker.

## 4.4.3 Praktiske og tekniske forhold

### 4.4.3.1 Indledning

De praktiske og tekniske forhold fylder ikke så meget som de andre emner i det samlede datasæt, men der er dog stadig en stor vægt særligt på ulemperne. Fordelingen fremgår af nedenstående model.



Figur 9 Fordeling af nodes Praktiske og tekniske forhold

De primære områder som dette emne omhandler relaterer sig til selve det tekniske udstyr (hardware og software), det praktiske udstyr (borde, ledninger m.m.), til rummenes indretning og de rammer disse udstikker for hvordan sygeplejerskerne kan udføre dokumentationen sammen med patienten.

I nedenstående meningskondensering vil fokus på henholdsvis udstyret og rummene også tydeligt afspejles i kategorierne under fordelene og ulemperne, samt de neutrale udtalelser.

### 4.4.3.2 Fordele

Oversigt over overskrifter og tilhørende memoer i dette afsnit.

Praktiske og tekniske forhold		Memo nummer
Fordele	Generelt	41-42
	Udstyr	43-44
	Rummets indretning	45

Tabel 8

#### Generelt

41. Det nævnes, at det er vigtigt med en tydelighed i "nu skriver jeg, og nu snakker vi". Det kan f.eks. fysisk være at gå hen til en computer centralt placeret i rummet
  - *"Jeg synes at der er fint, at nu går man til skærmen og skriver det man har aftalt, og går tilbage og har dialog"* (I4, ref.4)
42. Patienter anser det ikke for unaturligt, at der arbejdes med en computer på en sengestue
  - *"Patienter er vant til, at den skærm den er der"* (I4, ref.5)

#### Udstyr

43. Sygeplejerskerne er åbne for, at patienter selv kunne få mulighed for at følge med og bidrage med oplysninger via en tablet til patienterne.
  - *"Det ville dog være smart for pt. hvis det var en tablet de selv kunne sidde med."* (I1, ref.1)
44. Det er nyttigt, hvis der er bærbare computere til rådighed, selvom der er fastmonteret computere på sengestuerne, specielt hvis der skal dokumenteres mere end bare almindelige observationer.
  - *"Vi har i princippet også bærbare computere, som vi ind i mellem vælger at tage med ind. Særligt på 4 sengs stuer hvis man skal lave journaloptagelse [...] hvor man skal bruge den lidt mere end bare lige notere sig de almindelige observationer"* (I4, ref.2)

#### Rummets indretning

45. Sygeplejerskerne sørger for at sætte sig ned ved siden af patienten, så der opstår et ligeværdigt forhold når sygeplejersken taler med patienten og skal dokumentere.
  - *"Sætter mig meget gerne ned, hvis der er en stol. Ligeværdigt forhold, når jeg taler med patienten"* (I2, ref. 1)

### 4.4.3.3 Ulemper

Oversigt over overskrifter og tilhørende memoer i dette afsnit.

Praktiske og tekniske forhold		Memo nummer
Ulemper	Udstyr	46-52
	Rummets indretning	53-54
	Diskretion	55
	EPJ	56-57

Tabel 9

#### Udstyr

46. Der kan være problemer med at få udstyr til at holde strøm en hel arbejdsdag, og det er problematisk at anvende det med strømledning i stedet for batteri.
- *“Har svært ved at holde strøm. Dårligt batteri, eller ikke opladet. Problemer med at få ledningen til at nå, så man kan stå hensigtsmæssigt i forhold til patienten”*  
(I2, ref.1)
47. Det er et problem, at sikre at udstyret altid er ladet op og opdateret, da ingen har et tydeligt ansvar for dette
- *“Det fungerer tit ikke. Ingen har ansvaret for at de altid fungerer”* (I2, ref. 3)
48. Nogle PC'er er alt for langsomme til at starte op og proceduren for at logge ind og ud tager også lang tid
- *“Nogle pc'er er langsomme. Det kan tage et kvarter at starte en pc”* (I2, ref. 1)
49. Hvis der anvendes borde, og disse ikke kan hæves og sænkes giver det problemer med arbejdsstillingen.
50. Det er et problem, hvis der ikke er udstyr nok til hver personale, og udstyret derfor skal deles i spidsbelastningsperioder. Det giver problemer med login/logout, der kan blokere for at foretage dokumentationen på sengestuen.
- *“Det er en problemstilling på en 4 sengs stue hvor vi fire om én computer. Vi kan kun notere på vores personlige login. Hvis jeg skal notere noget og der er en anden der er logget ind, vil det enten foregå ved at skrive det på en seddel og skrive det på stuegangskontoret eller også venter man til der er ledigt. “Det er om morgenen, det er et størst problem, da vi skal forbi alle patienter på stuen på én gang”* (I4, ref.1+2)

51. Det er problematisk at holde udstyret tilstrækkeligt rengjort
- *“Hvis man skal anvende PC-en patientnært er der noget hygiejnemæssigt i vores tastaturer. De kan ikke rengøres sufficient. Der bør måske tænkes på medicinske tastaturer, der tåler rengøring”* (Spg.7, ref.3)
52. Nogle steder er det slet ikke en mulighed at tage EPJ med ind til patienterne, fordi der ikke er bærbart udstyr.
- *“EPJ er ikke tilgængeligt sammen med patienterne. Vi har ikke bærbare computere/tablets”* (Spg.3, ref.1)

## Rummets indretning

53. Det kan være svært at håndtere rulleborde med ledningerne og pladsmangel på stuerne, specielt flersengsstuer. Det resulterer i at det er svært at få en optimal placering i forhold til patienten.
- *“Det er lige der, hvor man får plads til at stå. Der er ikke meget plads”* (I3, ref.1)
54. Ved fastmonteret computer kan der opstå gene for patienter, hvis skærmen ikke slukkes og dermed lyser om natten.
- *“Der er mange patienter, der generes af skærmene der lyser om natten”* (I4, ref.4)

## Diskretion

55. Det kan være et problem at opnå diskretion på flersengsstuer. Nogle forsøger at afhjælpe det ved at sætte sig tæt på patienten med en bærbar pc.
- *“Jeg spørger absolut om et minimum [...] på flersengsstuer. Det er rarere at have et rum, hvor man kun er patienten og mig og pårørende, og så få skrevet alt det der er på hjertet lige der”* (I1, ref.1)
  - *“Det kan blive en meget personlig snak i et meget stort rum. Vi kan ikke bede alle om at gå ud på sådan en flersengsstue. Det er fint at man kan signalere lidt fortrolighed ved at tage en computer med ned til sengen og trække gardinet lidt for”* (I4, ref.3)

## EPJ

56. Den elektroniske patientjournal er udviklet som arbejdsredskab til sundhedspersonalet, og er derfor både i opbygning og sprogbrug ikke møntet på patienter
- *“EPJ er ikke udviklet for patienter, og selve setup og sprogbruget er dem fremmed”* (Spg.7, ref.6)

57. Det kan virke uprofessionelt, hvis der opstår fejl i EPJ eller man løber tør for strøm, mens det anvendes sammen med patienter.

- *“Det kan virke meget uprofessionelt, at have en computer med ind til pt, som man så ikke rigtigt kan bruge fuldt ud alligevel, hvis den går tør for strøm, hvor nogle ikke giver forvarsel. Eller EPJ lukker ned pga fejl” (Spg. 7, ref. 7)*

#### 4.4.3.4 Neutralt

Oversigt over overskrifter og tilhørende memoer i dette afsnit.

Praktiske og tekniske forhold		Memo nummer
Neutralt	Udstyr	58
	Rummets indretning	59
	Diskretion	60

Tabel 10

#### Udstyr

58. Der gøres opmærksom på at der kunne være behov for at anvende andre slags udstyr end det der er til rådighed i dag. F.eks. tablets.

- *“Behov for flere muligheder - ex. ipad til at medbringe rundt i huset” (Spg.7, ref.1)*

#### Rummets indretning

59. Når der skal dokumenteres sammen med patienten, kan sygeplejerskens placeringen i rummet afhænge af placeringen af andet udstyr f.eks. måleapparater.

- *“Jeg står som regel på højre side, da der er adgang til blodtryksapparatet” (I1, ref.2)*

#### Diskretion

60. Problematikken med diskretion på flersengsstuer imødegås ved at tage patienter hen til konsultationsrum

- *“Vi tager dem tit med udenfor [...] og så har vi tit en skærm med ind i konsultationsrum” (I4, ref.2)*

#### 4.4.3.5 Opsamling - Praktiske og tekniske forhold

Ud fra ovenstående er det tydeligt at de fysiske rammer og det tekniske udstyr kan have afgørende betydning for om det overhovedet vurderes muligt eller forsvarligt at dokumentere sammen med patienten.

Det fremgår at både rummenes udformning og det praktiske og tekniske udstyr, påvirker situationen enten positivt eller negativt, når der skal dokumenteres sammen med patienten. Det kan måske mest tydeligt ses, i problematikken omkring hvordan man opnår den fornødne diskretion for patienten.

Det er tydeligt, at disse potentielle barrierer, er vigtige argumenter at have med i overvejelserne omkring, hvordan man får bedst effekt af at dokumentere sammen med patienterne.

Da det er et emne, der kan have afgørende betydning for mulighederne for og effekterne af at dokumentere sammen med patienten, er det derfor også et emne hvis betydning ikke skal undervurderes, selvom det ikke fyldte mest i tilbagemeldingerne fra respondenterne.

## 4.4.4 Andet

### 4.4.4.1 Indledning

Under kodning af indhold fra interviews og spørgeskema, var der enkelte temaer, som faldt udenfor de tre hovedemner, som vi har beskrevet ovenfor. Vi nævner dem her, da kan have betydning for det samlede billede af dokumentation sammen med patienten.

### 4.4.4.2 Diverse

Oversigt over overskrifter og tilhørende memoer i dette afsnit.

Andet		Memo nummer
Diverse	Diverse	61-64

Tabel 11

#### Diverse

61. Det bliver nævnt, at der vil blive så lidt kontorplads på de nye supersygehuse, at personalet er nødt til at tænke på alternative måder at udføre dokumentationsarbejdet på. Det kan altså blive en tvingende nødvendighed at vænne sig til at have adgang til pc på sengestuerne.
  - "... fysiske rammer i det nye hospital bliver kontorerne ikke til det" (I3, ref.9)
62. Mængden af dokumentation, der skal udføres, nævnes som et problem.
  - Det overvejes, om der kunne være noget at vinde ved at udvikle indholdet i det, der skal dokumenteres, så det blev hurtigere og nemmere, f.eks. med mere vægt på afkrydsningsfelter end fri tekst. "*Der bliver lavet rigtig meget fyldord og tekst, som ikke er nødvendigt.*" (I3, ref.3)
  - En af informanterne tænker på, om der i det hele taget er nogen, der læser alt det, der bliver dokumenteret, når patienten kommer videre i indlæggelsesforløbet. (I1, ref.5).
63. En udtrykker den holdning, at det skal være op til personalet selv, om de vil dokumentere sammen med patienterne.
  - "*Det bør være en frivillig / individuel beslutning, hvordan man vil gøre det*" (Sp.7, ref.1).

64. En overvejer, hvordan man skal forholde sig til pårørende. Kunne der være noget at vinde ved at lade dem se med i EPJ? Er det mon lovligt?

- *“Er der åben for pårørende eller skal de have lov til at se EPJ” (Sp.7, ref.7).*

#### 4.4.4.3 Opsamling - Andet

Der var flere memoer under Andet - Diverse, men det er kun de ovenstående nævnte, der relaterer sig til problemfeltet.

Den analyseproces, vi nu har været igennem, havde til formål at få indsigt i, hvad data har at bidrage med, for at besvare vores problemformulering.

Efter nu at have kodet al data samt uddraget mening af dette, er vi nu klar til at diskutere ovenstående fordele, ulemper og neutrale udtalelser i forhold til de to påstand som vi beskrev i Problembeskrivelsen.

# 5. Diskussion

## 5.1 Indledning

I det følgende diskussionsafsnit vil vi sammenstille de aspekter, vi har draget ud af analysen, med de to påstande, som vi udledte af resultatet af litteratursøgningen i problembeskrivelsen. Vi vil i dette afsnit tolke på resultatet af vores analyse og bibringe vores mening til diskussionen.

### **Påstand A:**

**Inddragelse af teknologi i arbejdet med patienten kan øge patientinddragelsen**

### **Påstand B:**

**Inddragelse af teknologi i arbejdet med patienten øger risikoen for at miste patientkontakten**

Selvom Påstand A og B har et indbygget modsætningsforhold, er de dog ikke hinandens fuldstændige modsætninger.

Et argument for påstand A er ikke nødvendigvis et argument for påstand B og omvendt. Derfor vil vi afspejle dette i nedenstående afsnit, ved at have separate afsnit for argumenter for og imod den enkelte påstand. Vi har lavet denne skelnen, selvom det er klart at et argument for påstand A ofte kan være et argument mod påstand B.

Derudover er der flere fund i vores undersøgelse som ikke direkte relaterer sig til påstandene, men som vi stadig mener er relevante at trække frem, og dem diskuterer vi efter argumenterne der relaterer sig til påstandene.

Først vil vi dog kort beskrive den selektive kodning, der ledte frem til argumenterne, og i de efterfølgende afsnit vil vi inkludere skemaer, der viser præcist hvilke memoer, der blev sorteret til hvilke temaer, så det er muligt at gå tilbage og genbesøge memoerne fra den aksiale kodning.

## 5.2 Metode

Som forberedelse til diskussionen af vores data og de to påstande vi ridsede op i Problembeskrivelsen, har vi lavet en selektiv kodning ved at sortere alle de nummererede memoer fra Analyseafsnittet.

Vi har printet dem, og derefter klippet dem ud for at sortere memoerne efter hvilke der taler for og imod påstand A og B. Efter dette var gjort havde vi dog stadig en rest af memoer, der udtalte sig om både påstand A og B, samt en mængde memoer der ikke relaterede sig påstand A og B, men som stadig sagde noget interessant om at dokumentere sammen med patienten. Disse resterende memoer blev sorteret under 'Andre relevante temaer' som kan findes sidst i dette afsnit.

I starten af hvert afsnit inkluderes en tabel, der kan hjælpe med at gøre vores sorteringsproces gennemskuelig og gøre det muligt at gå tilbage og se hvilke memoer i Analyseafsnittet, vi har taget udgangspunkt i, når vi udtaler os i diskussionen.

I de tilfælde hvor vi har sorteret mange memoer til et afsnit, har vi yderligere delt dem op i temaer, for at give en mere overskuelig struktur. I tabellen vil det også fremgå med numre hvilke memoer, vi har sorteret til hvilket tema, så man vil kunne følge vores fodspor i forhold til vores sortering.

Vi vil diskutere den samlede mængde af memoer, vi har kodet til det enkelte tema, og ikke de enkelte memoer én for én. Det betyder også at vi ikke vil referere til enkelte memoer i selve diskussionen, men som nævnt vil tabellerne vil kunne anvendes, hvis man vil gå tilbage og genlæse enkelte memoer, der blev sorteret til et tema.

## 5.3 Diskussion

### 5.3.1 Påstand A

*Inddragelse af teknologi i arbejdet med patienten kan øge patientinddragelsen*

#### 5.3.1.1 Argumenter for påstand A

Som ses i nedenstående tabel har vi sorteret mange memoer til dette afsnit. Derfor har vi opdelt dem i temaer, som vi mener kan ramme de væsentlige dele ind, og få en klar struktur på diskussionen frem for at diskutere alle memoer i ét samlet afsnit.

Argumenter for Påstand A					
Tema	Patientkontakt	Kvalitet af behandling	Kvalitet af dokumentation	Patientens tryghed	Patientens bidrag
Memonummer	1,2	5, 6, 7, 37	12, 28, 29, 30, 31, 32	9, 10, 11	8, 39, 43

Tabel 12

#### Patientkontakt

En vigtig forudsætning for patientinddragelse er at sygeplejersken har en god mellemmenneskelig kontakt med patienten i den relation, der opstår i samværet på patientstuen. Beth Strauss (2013) finder, at det godt kan lade sig gøre at opretholde en god kontakt med patienten, hvis sygeplejersken er opmærksom på at være nærværende og opmærksom på patientens behov, før hun kigger på computeren. Patienterne har forståelse for, at sygeplejersker har opgaver på computeren, der skal udføres (s. 599, Ibid.). Hvis sygeplejersken formår at signalere, at den første prioritet er patientens behov (s. 602, Ibid.), er det i orden at computeren er med.

De personer, vi har interviewet, har alle erfaring med at tage en computer med, eller anvende en fast monteret computer på patientstuen. De udfører det meste af deres dokumentation sammen med eller hos patienten. De finder, på linje med Beth Strauss, at det er nødvendigt at være bevidst om at skabe klarhed over, hvornår man dokumenterer og hvornår man taler med patienten. Det skal signaleres tydeligt for patienten, at der er en tid til at tale og en tid til at skrive.

Sygeplejerskerne i interviewene peger på, at det har betydning for patientkontakten, at man tør at være til stede og møde patientens spørgsmål. Det er ikke sikkert, at man har alle svar på rede hånd, men hvis man er fagligt velfunderet, kender man også grænsen for sin formåen og kan søge viden om det, man ikke umiddelbart finder svar på. Man tør på den måde godt at indrømme over for patienten, at der er noget, man er nødt til at undersøge nærmere for at kunne svare på. Det kan være mere vanskeligt for den mindre erfarne, fordi det kan føles som at udstille sin uvidenhed.

Nogle svar vil kunne gives, hvis man søger de rigtige steder i EPJ. Ifølge Beth Strauss har sygeplejerskens evner til at gebærde sig på computeren stor betydning her. Hun refererer patienter, som giver udtryk for utryghed og mistro, hvis sygeplejersken ikke har tilstrækkelige færdigheder til at anvende computeren (Strauss, 2013 s. 601).

Sygeplejerskerne, der har deltaget i vores undersøgelse, nævner at det med tilstrækkelig opmærksomhed på at skabe en god relationen mellem patienten og sygeplejersken, godt kan lade sig gøre at anvende computeren til at skabe vilkår for bedre patientinddragelse. Dette mener vi argumenterer for påstand A.

### Kvalitet af behandling

Når man har computeren med på stuen, er det muligt at udarbejde og beskrive planer for patienten i samarbejde med patienten. Hos interviewede sygeplejersker er erfaringen, at de planer, der udarbejdes i samarbejde med patienten, er de planer, der kommer til at fungere. Selvom det måtte medføre en tidsmæssigt længere arbejdsgang, er det givet godt ud, da patienterne får større ansvar og bedre indsigt i begrundelser for valg af handlinger. Det er med til at reducere misforståelser. Patienterne kommer på den måde til at arbejde bedre med på eget behandlingsforløb.

Ud af dette ser vi, at hvis man er villig til at investere den tid det tager at udføre dokumentationen sammen med patienten, bliver den planlægning, man laver i samarbejde med patienten bedre og mere relevant for patienten. Netop fordi patienten er med til at lægge planerne.

Dette går i tråd med den model, som aktuelt drøftes meget i sundhedsvæsenet, nemlig modellen for Fælles beslutningtagning. Sundhedsstyrelsen har f.eks. udgivet en MTV rapport "Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed - en empirisk undersøgelse af fælles beslutningtagning og dagligdagens møder mellem patient og behandler" (SST, 2008) om netop den model. Fælles beslutningtagning diskuteres som et alternativt begreb til patientinddragelse.

At beskrive planen i journalen sammen med patienten er med til at synliggøre for patienten, hvad planen er. Når man skriver sammen og italesætter hvad man skriver, er det med til at gøre viden mere konkret for patienten. Det styrker patientens bevidsthed og viden om, hvad der bliver givet

videre og med hvilket formål. F.eks. at kommende vagthold kan arbejde med på det planlagte og bakke patienten op.

Det kan desuden have en betydning for patientens sygdomsforståelse, når det bliver klart for patienten, hvilke oplysninger der er vigtige for sundhedspersonalet i deres vurdering af patientens situation og for deres mulighed for at foreslå relevante planer.

Et vigtigt resultat af den bedre forståelse for egen kliniske situation, er at det kan føre til bedre compliance, at patienten arbejder bedre med på sin egen pleje- og behandlingsplan. Resultatet af patientens behandling bliver i sidste ende bedre, når man anvender computeren til at øge patientens inddragelse i beskrivelse af de handlinger der skal foregå.

### Kvalitet af dokumentation

En fordel som nævnes mange gange både i interview og spørgeskema er muligheden for at tjekke facts for at sikre, at de oplysninger, der står i journalen stemmer overens med patientens opfattelse, samt at det er den rigtige patients journal man skriver i.

Desuden fremføres det, at dokumentationen bliver mere korrekt og anvendelig, når den udføres tidstro. Andre kan ikke handle på oplysninger, der ikke er skrevet ind.

Patienternes indflydelse, på hvad der bliver skrevet, kan få betydning for kvaliteten af dokumentationen, idet urigtige oplysninger kan korrigeres og patientens perspektiv kan inddrages.

Dermed vil computeren kunne være med til at øge patientinddragelsen og samtidig sikre en højere kvalitet i dokumentationen.

Her kunne man rejse spørgsmål om hvorvidt det skrevne skal have lov til at blive præget af patientens formuleringer. Er man som sygeplejerske forpligtet til at gengive patientens ord, eller kan man lægge sin egen tolkning og faglige vurdering ind? Det professionelle fagsprog kan betegne kliniske tilstande mere præcist en almindeligt talesprog. Men hvis patienten skal have indsigt i det skrevne, kan det kræve en mundtlig forklaring. Ingrid Egerod siger, at "*i nogle tilfælde er det sygeplejerskens opgave at oversætte*" (Egerod, 2002 s. 181).

I 1980'erne indførte man mange steder åbne plejeplaner, som både sygeplejersker og patienter kunne skrive i. De blev indført for at sikre ligestilling mellem patient og sygeplejerske gennem dialog. Egerod skriver at "*I denne proces mistede sygeplejerskerne deres dokumentationsredskab og muligheden for at anvende deres fagsprog i klinikken...*" (s. 181, Ibid.).

I dag er der meget fokus på struktureret dokumentation og semantik for at sikre interoperabilitet og effektivitet. I den sammenhæng bevæger dokumentationsredskaberne sig imod færre muligheder

for fri tekst. Man kan overveje hvilken betydning det har for patienternes mulighed for at bidrage til noget i journalen.

Umiddelbart kunne man tænke, at det ville være mest oplagt at patienter udelukkende kan bidrage til fri tekst. Men på den anden side kunne det ses som en pædagogisk mulighed at udfylde det sundhedsfaglige indhold på en struktureret måde, f.eks. i tjekbokse, sammen med patienten. Her kunne patienten inddrages i, hvor der skal vinges af og på den måde være med til at beskrive sine symptomer og lære hvilke symptomer, det er vigtigt at rapportere videre.

## Patientens tryghed

Flere af interviewpersonerne giver udtryk for, at de oplever at det øger trygheden til personalet og behandlingen hos patienterne, når dokumentationen bliver udført sammen med dem. Det øger trygheden hos patienten at personalet hurtigt kan finde svar på spørgsmål og det giver tryghed for patienten at vide, hvad der står i journalen. Nogle inddrager patienten ved at læse direkte op fra EPJ på sengestuen, andre tager udgangspunkt i det, der står i EPJ og fortolker oplysningerne, så de kan videregives i et sprog patienten forstår.

Det kunne være interessant at vide, hvilken opfattelse patienter har af, hvad det er nødvendigt at dokumentere, og hvilke oplysninger de tror, det er muligt at finde i journalen.

Trygheden kan påvirkes af sygeplejerskens adfærd ved computeren. Beth Strauss (2013) gør opmærksom på, at patienten kan blive utryg, hvis det ser ud som om at sygeplejersken ikke har de nødvendige færdigheder til at bruge computeren. Hun citerer en patient der siger:

*“Some nurses are more skilled than others in using the computer. Well, there was one having trouble she just kept saying, “You know I don’t type well, I’m awfully slow at this.” “I hope you’re not putting the wrong information in.” I wanted confidence in her.” (s. 601, Ibid.).*

Dette siger noget om, at man er nødt til at være opmærksom på, hvordan personalet er rustet til at udføre opgaven at dokumentere hos patienterne. Om der er behov for opkvalificering på dette område.

## Patientens bidrag

I vores datamateriale nævnes det flere steder, at det kunne være en idé at inddrage patienterne yderligere ved at give dem mulighed for at skrive noget i EPJ. Enten på en computer eller en tablet med EPJ adgang. Det kunne være opfattelse af egen tilstand, faktuelle ting som f.eks. kostform, eller det kunne være registrering af væskeindtag, udskillelser eller andre oplysninger, der er relevante for patientens pleje og behandling.

Vi ser to forskellige aspekter i at give patienter denne mulighed.

Det ene er, at det kan være tidsbesparende for personalet. I Interview #3 bliver det sagt, at kostregistrering er en tidsrøver. Sygeplejersken kunne spare tid hvis patienten selv kunne registrere sine indtag af mad og væske.

Et andet og endnu vigtigere aspekt er, at det ville kunne anvendes som et pædagogisk redskab at give patienterne mulighed for at formulere sig om egne symptomer på skrift.

Vi ser dette som et oplagt udviklingsområde. Det er mange udviklingsprojekter i gang i Danmark til udnyttelse af telemedicinske løsninger og patient rapporterede oplysninger (PRO). Disse projekter henvender sig mest til ambulante patienter og patienter, der er i hjemmet. Vi ser et udviklingspotentiale med hensyn til udvikling af løsninger hvor indlagte patienter kunne bidrage med deres egen opfattelse og beskrivelser. Det skulle overvejes nøje hvilken form og hvilke muligheder, der skulle være. Det vil naturligvis også afhænge af patientgruppen, hvilke muligheder, der ville være behov for. Dertil kommer hensyn til datasikkerhed og muligheder for adgang til hospitalets IT systemer, som der ville skulle findes en anvendelig løsning på.

### 5.3.1.2 Argumenter mod påstand A

Vi har ikke fundet og sorteret mange argumenter mod påstand A, men dem vi fandt er baggrund for dette afsnits diskussion.

Argumenter mod Påstand A	
Memonummer	33, 56

Tabel 13

I både spørgeskema og interviews bliver der udtrykt en bekymring for, at det vil tage mere tid at forklare ting, hvis patienterne selv kan se, hvad der står i journalen og skal medinddrages i det, der skal skrives.

Vi finder det bekymrende, at personale kan se det som et problem, at patienten gerne vil have viden om og forstå sin egen helbredssituation. Det skal nok ses i lyset af et tidspres, som mange i sundhedsvæsenet oplever. Der gives et eksempel i Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed (Sundhedsstyrelsen, 2008), hvor læger, der kun har et begrænset tidsrum (max. et kvarter) til en konsultation, synes at det komplicerer konsultationen for dem at patienten stiller spørgsmål, det kan tage tid at besvare.

*“Som en reservelæge udtrykker det: Læge: Det værste jeg ved er, at når der er gået et kvarter, og de så hiver en dosmerseddel op med 10 punkter. Det er også stærkt provokerende på en eller anden måde. Interviewer: Hvorfor provokerende?”*

*Læge: Fordi man har lavet en konsultation, hvor man egentlig har talt om en masse ting, og så pludselig bliver der lagt en hel masse ting oveni”*

(Sundhedsstyrelsen, 2008 s. 71).

En sygeplejersken siger i interviewet, at der er risiko for, at der kommer en lang smøre, hvis hun lukker for meget op i forhold til patienten, og det har hun ikke tid til at lytte til (I1, ref.2). Hun anerkender, at det kan være væsentligt for patienten at få fortalt hvad der ligger på sinde, men det kan vurderes som irrelevant for det, som patienten kommer for.

Tidspresset på personalet kan på denne måde komme til at overskygge patientens behov for og ret til at kende sin egen situation. Er det udelukkende et spørgsmål om tidspres, eller afspejler det en holdning til hvad patienten kan inddrages i? Det er dog patientens eget liv og helbred, det handler om.

I datamaterialet finder vi også, at nogle har den opfattelse, at sproget i journalen ikke er møntet på patienter, og at EPJ er udviklet som sundhedspersonalets arbejdsredskab.

Sproget i EPJ er et vigtigt emne, hvis patienterne skal have adgang til at læse det selv.

Hvad vil der ske med det præcise fagsprog, hvis patienterne skal kunne forstå det skrevne?

I bogen Sygeplejefag, refleksion og handling (Egerod, 2002) skriver Ingrid Egerod, at *“uden et fagsprog kan sygeplejersker ikke beskrive deres praksis”* (s. 181, Ibid.). Fagsproget er præcist og utvetydigt. Men hvis det skrevne skal være forståeligt for patienten må *“Læger og sygeplejersker [...] kunne popularisere fagterminologien, således at patienterne forstår hvad der foregår”* (s. 173, Ibid.).

Det er et vigtigt emne, som må drøftes, når man skal tage stilling til, hvilke muligheder for adgang til EPJ, patienterne skal have. I dette projekt har vi set på sygeplejerskens dokumentation sammen med patienten, og her mener vi, at sygeplejersken kan være bindeleddet i den forståelse, som skal formidles til patienten.

Med de nævnte problematikker om f.eks. tidspres og fagsprog, der er uforståeligt for patienter, er der fare for at teknologien faktisk kan blive et forstyrrende element mellem sygeplejersken og patienten, der kan have en negativ effekt i stedet for at være et gode. Dette kan indvirke til en negativ effekt på resultatet af anvendelsen af teknologi til patientinddragelsen.

### 5.3.1.3 Andre relevante udtalelser relateret til påstand A

Der var et par memoer, som vi mener forholder sig til påstand A, men som hverken taler for eller imod og de danner grundlag for nedenstående del af diskussionen.

Andet relateret til Påstand A	
<b>Memonummer</b>	24, 44

Tabel 14

På en af de afdelinger, hvor vi interviewede en sygeplejerske, havde de fastmonteret computer på patientstuerne. Det havde den fordel, at sygeplejerskerne fra begyndelsen var blevet vant til at dokumentere på stuen. De kunne dog se nogle situationer, hvor de havde brug for at hente en bærbar computer, for at sidde tæt på patienten imens de dokumenterede. Det var en fordel for kommunikationen med patienten om indholdet i journalen, men det kunne også ses som en udfordring i forhold til at opretholde en god kontakt med patienten. Sygeplejerskerne gav udtryk for, at det var nemmere, at holde tydeligt adskilt hvornår man skriver og hvornår man taler med patienten, når man er nødt til at gå hen til en computer, der hænger på væggen.

I nogle sammenhænge gør det ingen forskel om sygeplejersken dokumenterer hos patienten eller på kontoret. Det kan være hvis patienten er træt og er faldet i søvn. Eller hvis patienten ikke kognitivt er i stand til at være deltagende i samtalen om egen sundhedstilstand.

## 5.3.2 Påstand B

Inddragelse af teknologi i arbejdet med patienten øger risikoen for at miste patientkontakten

### 5.3.2.1 Argumenter for påstand B

Vi mener at der var mange memoer, som argumenterede for påstand B, og vi har derfor sorteret dem i tre temaer, for at sikre en mere overskuelig struktur i diskussionen.

Argumenter for Påstand B			
Tema	Patientkontakt	Udstyr som barriere	Andre
Memonummer	14, 15, 16, 18, 20, 36	19, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 57, 59	17

Tabel 15

#### Patientkontakt

I den komplekse relation mellem sygeplejerske, patient og andre parter som computeren, rummet m.m kan det være svært at holde patientkontakten. Vi finder eksempler på dette i litteraturen. Konsuwan (2011) har set på sygeplejerskers oplevelse af at pleje patienter på en intensiv afdeling, hvor der er meget teknisk udstyr at forholde sig til, imens man skal varetage plejen af patienten. De finder at deres brug af teknologi afføder mindre patientkontakt:

*“...using technology fosters less patient contact”*

*“primacy of technology leads to less caring”* (s. 106, Ibid.)

Det skal nævnes, at vi ikke kan se specifikt hvilke typer udstyr eller teknologi, de anvender i de hospitalsafsnit som Konsuwan beskæftigede sig med. Vi mener dog, at deres fund kan relateres til vores undersøgelse, uanset om det er måleudstyr, computere med EPJ eller andet.

Supplerende til dette billede finder Gaudet (2015) også at sygeplejersken nemt kommer til at arbejde for computeren i stedet for patienten.

Tilsvarende problematik finder vi i vores data, hvor det er tydeligt at nogle finder det vanskeligt at kunne koncentrere sig om og holde opmærksomheden på patienten, hvis computeren også er til stede. Derfor vælger nogle en fuldstændig adskillelse af dokumentationsarbejdet og arbejdet med patienten.

Vi også finder at sygeplejersker kan blive så optaget af at dokumentere i EPJ, at det bliver styrende for patientkontakten og Beth Strauss (2013) har lignende fund eksemplificeret i dette citat:

*“One patient conveyed his disappointment when a nurse entered his room and proceeded to the computer without acknowledging or talking to him first.”*

(s. 599, Ibid.)

Når vores fund og litteraturen tegner et tydeligt billede af denne problematik, er det klart at påstanden ikke kan afvises. Det er en udfordring, man skal tage alvorligt og arbejde med, hvis man vil sikre en god patientkontakt og have det bedste resultat ud af at dokumentere sammen med patienten.

Som vist i tidligere afsnit om patientkontakten, er det muligt at få et positivt resultat, men der vil selvfølgelig være forskel på sygeplejerskers opmærksomhed på at balancere opmærksomheden på henholdsvis patienten og computeren.

### Udstyr som barriere

Det er tydeligt at inddrager man teknologi i arbejdet med patienten kan udstyret være med til at øge risikoen for at miste patientkontakten.

En væsentlig barriere for at få succes med at dokumentere sammen med patienten er det udstyr som sygeplejersken skal anvende.

At man kan miste patientkontakten ved at inddrage teknologi i arbejdet med patienten er særligt tydeligt, når det gælder udstyr, da dette kan være en definitiv stopklods for at dette arbejde overhovedet kan gå i gang eller vurderes værende forsvarligt at gå i gang med af personalet.

Det er tydeligt, at når det allerede kan være en udfordring at udføre dokumentationen sammen med patienten, som nævnt mange gange i dette og tidligere afsnit, skal udstyret bare virke.

Desværre ser det ud til at udstyrets påvirkning på resultatet for både patientinddragelsen og kvaliteten af dokumentation ikke altid bliver taget alvorligt nok. Vi har set at problemerne er mangfoldige lige fra manglende ansvar for opladning og opdatering, til pladsmangel for stole og borde, samt en simpel mangel på udstyr nok til personalet i spidsbelastningsperioder.

Nogle af de steder, som spørgeskema besvarelsenerne stammer fra, har de slet ikke udstyr til at kunne dokumentere sammen med patienten. Derudover er der en hel række problematikker med selve softwaren og især login/out problematikker der kommer i spil, når udstyr skal tages med på sengestuen og eventuelt deles mellem personalet.

Når den lokale ledelse tager ansvaret for at indkøbe udstyr, kan man stille spørgsmålstejn ved om de er klædt på videnskæssigt til at træffe de rigtige valg af typen samt mængden af udstyr. Når vi ser på vores undersøgelse, kan vi være bange for at betydningen af udstyret, for at opnå de mange formodede fordele ved at dokumentere sammen med patienten, bliver undervurderet.

## Andre

Nogle andre argumenter for at påstand B kommer frem, når vi finder at nogle har opfattelsen at EPJ udelukkende er deres arbejdsredskab, og at patienterne ikke har kompetencen til at forstå sproget i denne. Det påpeges også, at der kan være skrevet noget som patienten endnu ved noget om, og selvom dette virkede bekymrende på os, kan dette sagtens forekomme, hvis der er flere specialer involveret.

I forlængelse af dette rejser der sig en interessant problemstilling i patientens indflydelse på indholdet i journalen, og hvor meget patienten skal bestemme over personalets arbejdsredskab. Dette er en debat der har foregået i det danske sundhedsvæsen længe, er det stadig en faktor som skal overvejes, hvis man kigger på at foretage dokumentationen sammen med patienten - Hvor meget medbestemmelse giver vi patienten? Hvordan sikre vi at en eventuel inddragelse af patienten ikke har negativ påvirkning af effekten af f.eks. EPJ som redskab for personalet?

Vi kan også se at nogle giver patienter direkte adgang til at læse i deres journal i EPJ, mens andre sygeplejerskerne fortolker indholdet i EPJ og videreformidler dette til patienterne.

Dette er også en overvejelse man kan tage, når man som ledelse eller medarbejder skal forholde sig til at inddrage patienterne i dokumentationen.

Alt dette argumenterer for at der kan være en betydelig risiko for at miste patientkontakten, hvis man inddrager teknologien i arbejdet med patienten ved f.eks. at dokumentere sammen med dem på sengestuen.

### 5.3.2.2 Argumenter mod påstand B

Der var flere memoer vi mener argumenterer mod påstand B og i tabellen herunder kan ses numrene på de memoer, som danner grundlag dette afsnits diskussion.

Argumenter mod Påstand B	
<b>Memonummer</b>	4, 25, 27, 42

Tabel 16

Vi har også fundet argumenter imod at teknologi skulle være årsag til en betydelig risiko for at miste patientkontakten, og dette ses blandt andet når vi hører fra sygeplejersker med erfaring i at dokumentere sammen med patienten på sengestuen, at de ikke opfatter det som en barriere eller et problem. De oplever det værende mere effektivt og nemmere at holde styr på opgaverne, når arbejdet med og hos den enkelte patient kan gøres færdigt på stedet. De peger blandt andet på at den store risiko for at blive afbrudt, når de kommer ud på gangen fra sengestuen, og at denne afbrydelse er et problem i forhold til en tidstro og grundig dokumentation.

Andre oplever ikke at patienter finder det unaturligt eller problematisk, hvis sygeplejersken anvender computeren på sengestuen. Nogle mener at det er muligt at være til stede for patienten samtidig med at dokumentationsarbejdet udføres, og at dette igen opleves mere effektivt samt giver mere tid sammen med den enkelte patient.

Disse argumenter taler for at det både kan øge patientsikkerheden og effektiviteten hvis man inddrager teknologien i arbejdet med patienten, men ikke mindst kan det give mere tid sammen med patienten.

Tid sammen med patienten er blevet italesat længe som en mangelvare i sundhedsvæsenet, hvor meget tid bliver brugt på dokumentation - I dette tilfælde tyder det på at man kan opnå det ene ved at udføre det andet sammen med patienten. En win-win situation hvis det kan lykkes.

### 5.3.2.3 Andre relevante udtalelser relateret til påstand B

Der var tre memoer, som vi mener relateret sig til påstand B, men ikke argumentere for eller i mod, og dem har vi sorteret til denne del af diskussionen.

Andet relateret til Påstand B	
<b>Memonummer</b>	24, 41, 44

Tabel 17

Selvom vi har fundet argumenter både for og imod påstand A og B, har vi også fundet nogle der give udtryk at de ikke oplever nogen forskel på om de dokumenterer sammen med patienten eller på kontoret. Til dette nævnes også at det nogle gange ikke giver mening af dokumentere med patienten, hvis patienten f.eks. ikke er kognitivt i stand til at deltage.

Derfor skal sygeplejersken være opmærksom på i hvilke situationer det overhovedet vil være gavnligt at inddrage patienten, og hvornår det ikke gør, og ikke bare automatisk gøre det på den ene eller anden måde.

Til dette vil vi tilføje at det selvfølgelig stadig skal være muligt at kunne foretage dokumentationen på kontoret eller lignende lokaler.

Andre har givet udtryk for at det er hensigtsmæssigt med mulighed for at anvende bærbare computere selvom der er fastmonteret computere på sengestuen. Dette er specielt relevant, når der skal dokumenteres mere end bare lige almindelige observationer f.eks. noget der kræver en fortrolig samtale.

### 5.3.3 Diskussion af andre relevante temaer der ikke forholder sig til påstand A og B

Selvom de fleste memoer relatere sig til de to påstande, fandt vi også at en ikke ubetydelig del ikke forholdt sig til påstandene men stadig havde væsentlige pointer, som vi mener skal med i diskussionen. De memoer har vi sorteret og inddelt i de tre temaer, der ses i nedenstående tabel, og i efterfølgende overskrifter.

Andet relevant, der ikke forholder sig til Påstand A og B			
Tema	Effektivitet	Diskretion	Andre
			<ul style="list-style-type: none"><li>• Udstyr</li><li>• Ro til dokumentationsarbejdet</li><li>• Faglighed</li></ul>
Memonummer	3, 13, 21, 26, 40	19, 35, 55, 60	22, 34, 38, 45, 51, 54, 58, 61

Tabel 18

#### Effektivitet

Et væsentligt parameter vi har stødt på mange gange i vores undersøgelse er effektivitet. Det relatere sig ikke direkte til hvordan sygeplejersken balancerer mellem at holde den gode patientkontakt og dokumentere i EPJ sammen med patienten, men det fylder meget i vores fund og er yderst motiverende for den enkelte sygeplejerske, samt meget relevant i forhold til de kontinuerlige effektivitetskrav til det danske sundhedsvæsen.

Vi har derfor taget dette emne i denne del af diskussionen, og selvom der har været nævnt nogle ulemper for effektiviteten ved at inddrage patienten i dokumentationen er hovedvægten fordelt på fordelene.

Sygeplejersker fremhæver at det kan gøre det nemmere at håndtere komplekse forløb, hvor mange forskellige oplysninger skal dokumenteres, da man kan færdiggøre arbejdet hos patienten uden forstyrrelse og afbrydelser.

Flere nævner også at det er mere effektivt blot at skrive oplysningerne ind med det samme i stedet for først at skrive på midlertidige papirlapper, for senere at skrive det ind i EPJ.

Det nævnes flere gange, at det er mere effektivt at dokumentere oplysningerne med det samme. Paradoksalt nok ser vi også at det ikke altid er muligt på grund af tidspres - Samtidig ser vi også at nogle ikke har tid til at inddrage patienten i dokumentationen.

Det kunne tyde på at der er en væsentlig tidsbesparelse, som ikke kan udnyttes på grund den måde arbejdet er tilrettelagt på.

Hvis det kræver mere tid at inddrage patient i den ene ende, men det ender med at man opnår en lang række fordele, hvor en af dem er en betydelig besparelse af tid i den anden ende, er dette noget vi undrer os over ikke allerede almen praksis.

Derfor er der både økonomiske, arbejdsmiljømæssige og faglige interesser der peger på, at det vil være værd at sikre rammerne for at kunne dokumentere sammen med patient.

### Diskretion

At opnå den fornødne diskretion på f.eks. flersengsstuer er en problemstilling man også i dag arbejder med, men diskretion som emne er også dukket op flere steder i vores undersøgelse. Det er derfor værd at tage med i diskussionen, selvom det ikke relaterer sig direkte til påstand A og B.

Vi kan se at problematikken med at opnå diskretion kommer i fokus, når dokumentationen foretages sammen med patienten på sengestuen. Nogle finder det ligefrem umuligt at anvende EPJ sammen med patienten af denne grund, men vi hører fra interviewene at nogle tager patienterne med i andre lokaler på afdelingen, hvis det er muligt.

Det skal derfor med i overvejelserne om hvordan man vil inddrage patienten i dokumentationen, og vilkårene for at kunne opnå den fornødne diskretion på afdelingen bør tages alvorligt.

### Andre

Der har også været fund, som ikke relaterer sig til påstandene, eller effektivitet eller diskretion, men som vi alligevel mener er værd at tage med i diskussionen. Disse har vi taget med i dette afsnit og inddelt under tre separate overskrifter.

### Udstyr

Fra besvarelserne fra spørgeskemaundersøgelsen og fra interviewene, har er det blandt andet nævnt, at det er problematisk at holde udstyret tilstrækkeligt rengjort. De fastmonteret computere kan også på grund af lys fra skærmen være til gene for patienterne om natten.

Andre har efterspurgt udstyr som f.eks. tablets med EPJ-adgang som alternativ til bærbare computere eller fastmonteret computere, når de skal dokumentere sammen med patienten.

### Ro til dokumentationsarbejdet

I forbindelse med dokumentationsarbejdet har vi fundet at flere nævner vigtigheden af at kunne få ro til at fordybelse og sparring med kollegaer når dokumentationen skal udføres. Det kan være vanskeligt at opnå på patientstuerne.

Dette er endnu et argument for at sikre sig at rammerne for dokumentationen nu og i fremtiden også er fleksibel nok til både at kunne foregå på sengestuen, men at det også er muligt at foretage den andre steder på hospitalet.

Derfor skal nødvendigheden af kontorer for personalet absolut ikke undervurderes, selvom dokumentation sammen med patienten bliver udbredt til alle på landets hospitaler.

### Faglighed

Vores fund viser at det at dokumentere sammen med patienten ikke bare stiller krav til at beherske de teknologiske redskaber, men også stiller krav til kompetenceniveauet. Der tales om, at det kan føles som at udstille sin uvidenhed, hvis man skal lægge planer og forklare ting fra EPJ inde på stuen, hvor man ikke har mulighed for at sparre med kolleger. Når man har mere erfaring, har man mere mod til at turde at være til stede og møde patienten også i de spørgsmål, som man ikke umiddelbart selv har svar på. Det har en betydning for, om man føler sig i stand til at lave planer og dokumentere disse i samarbejde med patienterne.

Denne problematik er ikke ny, og har ikke som sådan noget med dokumentation sammen med patienterne at gøre. Det handler nærmere om hvordan nye sygeplejersker bliver rustet til opgaverne gennem den løbende kompetenceudvikling, der skal ske der, hvor man er ansat. Men problematikken er et eksempel på, at en ændring i arbejdsgangen, som det er at begynde at foretage dokumentationen sammen med patienten, kan sætte fornyet fokus på en kendt problemstilling.

## 5.4 Opsamling

Nu har vi tegnet et billede af, hvad vi mener at kunne uddrage af udfordringer og fordele ved at dokumentere sammen med patienten, samt det dilemma mellem patientinddragelse og teknologi inddragelse som sygeplejersker skal balancere i deres arbejde. Vi har inkluderet nedenstående tabeller der opsummerer de vigtigste overskrifter, inden vi vil gå videre til konklusionen på vores undersøgelse.

<b>Påstand A</b>
<b>Inddragelse af teknologi i arbejdet med patienten kan øge patientinddragelsen</b>
<b>Argumenter for påstand A</b>
Ved klar markering af tid til at tale og til at skrive opretholdes en god patientkontakt
Planlægning i samarbejde med patienten øger udbyttet af behandlingen
Dokumentation bliver mere korrekt og anvendelig, når den udføres tidstro
Patientens tryghed øges med viden om hvad der står og kommer til at stå i journalen
Patienten kan bidrage med indhold - Det sparer tid og kan være et pædagogisk middel til bedre sygdomsforståelse
<b>Argumenter mod påstand A</b>
Længere tid til forklaring, hvis patienten kan se og skal bidrage til tekst i EPJ
Sproget i EPJ er ikke rettet mod patienter
<b>Andet relateret til påstand A</b>
Placering af computer har betydning for hvordan patientkontakten opretholdes
Nogle patienter er ikke kognitivt i stand til at medvirke ved dokumentation

Tabel 19

<b>Påstand B</b>
<b>Inddragelse af teknologi i arbejdet med patienten øger risikoen for at miste patientkontakten</b>
<b>Argumenter for påstand B</b>
Koncentration på computeren kan spærre for god kontakt med patienten
Funktionelt udstyr er ikke til rådighed alle steder til alle tider
Patienter bliver hægtet af, da de ikke er kompetente til at forstå det præcise fagsprog
<b>Argumenter mod påstand B</b>
Nemmere og mere effektivt at gøre opgaver færdige hos patienten
Mere tid sammen med patienten
<b>Andet relateret til påstand B</b>
Ikke altid relevant. Vurder situation og patientens kognitive tilstedeværelse
Nødvendigt at bærbart udstyr er til rådighed

Tabel 20

<b>Andet relevant, der ikke forholder sig til påstand A og B</b>
Det er mere effektivt
Der kommer fokus på vigtighed af diskretion
Hygiejniske forhold problematisk ved teknisk udstyr hos patienten
Der skal være kontorplads til faglig sparring og dokumentation i ro væk fra patienten
Tekniske færdigheder en nødvendighed
Fornyet fokus på fagligt kompetenceniveau

Tabel 21

## 6. Metodekritik

I dette afsnit vil vi forholde os til den metode, vi har anvendt og de svagheder vi ser i vores undersøgelse. I løbet af projektperioden har vi fået større indsigt i både GT som metode og den problemstilling, vi arbejder med. Derfor er vi blevet opmærksom på ting, der kunne have været gjort anderledes.

### 6.1 GT som metode

Som beskrevet i metodeafsnittet, ville en anden forsker med GT som metode kunne tage vore data og udvikle en anden teori end den vi kommer frem til, fordi vedkommende ville lægge vægt på andre aspekter, end dem vi har fokuseret på. Teorien er funderet i praksis, fordi den er udviklet på baggrund af data indsamlet i praksis, men analyse og fortolkning afhænger i høj grad af øjnene, der ser.

Vi mener dog, at GT med sin systematik i databehandlingen har bidraget til en meget grundig indsigt i vores datamateriale og dermed i den verden, hvor dokumentation sammen med patienten foregår.

### 6.2 Validering af den udviklede teori

Corbin og Strauss foreslår at man validerer den udviklede teori f.eks. ved at præsentere den for nogle af respondenterne og lade dem forholde sig til den (Corbin, et al., 2015 s. 199). Da teorien udvikles på baggrund af data fra praksis, bør den også være genkendelig for deltagerne.

Hvis vi havde udført en sådan validering, ville det have givet os mere sikkerhed for, at vi har set og fortolket den virkelighed rigtigt, som vi udvikler teori ind i.

### 6.3 Vores indsigt i GT

Corbin og Strauss (2015) foreslår at man skriver memoer og laver diagrammer i løbet af hele processen, for at nedfælde de refleksioner og tanker om sammenhænge, man får når man arbejder med datamaterialet. Det vil være anvendeligt, når man skal formulere den endelige teori. Hvis vi havde valgt at anvende denne slags memoer fra starten, kunne vi eventuelt have brugt det aktivt i processen og muligvis have fået flere nuancer til at bygge vores teoridannelse på.

## 6.4 Datagrundlaget

Tre ud af de fire sygeplejersker vi interviewede har til opgave at vejlede kolleger til at dokumentere sammen med patienterne i kraft af deres funktion som nøglepersoner. Vi kan ikke udelukke, at de har en mere positiv holdning til emnet, end vi ville kunne finde, hvis vi spurgte mere bredt blandt deres kolleger. Vi har ikke specifikt opsøgt nøglepersoner, men vi har efterspurgt personer, der har praktisk erfaring med at dokumentere sammen med patienter. Denne information fik vi først, da vi mødte dem.

Spørgeskemaundersøgelsen har besvarelser fra andre faggrupper end sygeplejersker.

Det ville have været hensigtsmæssigt at sortere besvarelserne på faggrupper, så vi udelukkende så på besvarelser fra sygeplejersker. Denne sortering var imidlertid ikke mulig, da datamaterialet var anonymiseret. Vi valgte at medtage alle tekst besvarelserne i analysen med den begrundelse at de udtalelser, som var relevante for vores undersøgelse, handlede om fagpersonens møde med patienten, hvor computeren var med. Derfor mener vi, at datamaterialet havde tilstrækkelig værdi til at indgå i den samlede analyse. Det betyder, at der er risiko for, at nogle af de besvarelser, der er sammenstillet i spørgeskema og interview kan være sagt på baggrund af ikke sammenlignelige situationer og derfor ikke umiddelbart kan sammenstilles som vi har gjort i vores analyse.

Vi ved at nogle af de, der har besvaret spørgeskemaet har erfaring med at anvende EPJ sammen med patienter og at andre ikke har. Vi kender ikke størrelse på de to grupper. Da vi ved, at man flere steder på HEV ikke har tilstrækkeligt bærbart udstyr, eller ikke har det som en del af kulturen at man dokumenterer sammen med patienten, har vi en formodning om, at det godt kunne være den største gruppe, der ikke har denne erfaring. Men vi kan ikke med sikkerhed tolke udtalelser fra spørgeskemaet som kommende overvejende fra personer, der ikke har erfaring med dokumentation sammen med patienten.

Spørgeskemaet blev udsendt til klinisk personale i hele HEV. Dermed er der også blandt respondenterne medarbejdere, som møder patienten i et ambulatorium. Disse data har vi også medtaget i den samlede analyse, selvom vores fokus er på den indlagte patient. Med samme begrundelse som ovenfor, at det handler om mødet med patienten, har vi valgt at anse disse data som værdifulde i analysen.

Generelt kan man sige, at når vi har anvendt sekundær data, som denne spørgeskemaundersøgelse er, har vi ikke haft mulighed for at målrette formulering af spørgsmålene til netop vores forskningsspørgsmål. Det spørger dog ind til den verden, som vi er interesseret i at udforske, og derfor mener vi, at det bidrager med viden om det felt, vi undersøger.

## 6.5 Litteratursøgning som del af problemanalysen

Vi lagde an til at lave en systematisk litteratursøgning, men endte med ikke at følge systematikken konsekvent. Hvis vi havde været mere konsekvente kunne det muligvis have givet os en bredere belysning fra litteraturen af problemet og erfaringerne hermed.

## 6.6 Opsamling

Vi har i dette afsnit peget på områder, hvor andre valg og muligheder kunne have bidraget til en mere nuanceret fortolkning af datamaterialet. Vi mener dog, at det er så store dele af datamaterialet, der peger hen imod de konklusioner, vi drager, at undersøgelsens resultater er pålidelige.

Vi har fra dataindsamlingen fået besvarelser, som har belyst emnet fra mange forskellige vinkler og vi mener at dette bidrager til at kunne komme med et validt svar på problemformuleringen.

## 7. Konklusion

Med udgangspunkt i hele vores undersøgelse og Grounded Theory metoden vil vi nu fremsætte vores teori omkring de to påstande, og dermed også uddybe hvilket grundlag der fører os frem til besvarelsen af problemformuleringen.

### **Påstand A:**

**Inddragelse af teknologi i arbejdet med patienten kan øge patientinddragelsen**

### **Påstand B:**

**Inddragelse af teknologi i arbejdet med patienten øger risikoen for at miste patientkontakten**

### [Det kan lade sig gøre at øge patientinddragelsen uden at miste patientkontakten](#)

De der har erfaring med at dokumentere sammen med patienten kan godt få det til at fungere, og er positive over for det.

Hvis der skulle være nogen skepsis om det overhovedet kunne lade sig gøre på en god og faglig forsvarlig måde, er disse blevet gjort til skamme i vores undersøgelse.

### [Der er risici, men de kan håndteres](#)

Der kan være risici af både organisatorisk, teknisk og praktisk karakter for ikke at kunne opnå og fastholde en god patientkontakt, men det er på et niveau, hvor det i mange tilfælde er muligt for den enkelte ledelse af håndtere og løse eller i det mindste minimere disse risici.

Som i alle andre organisatoriske forandringer hvor arbejdsprocesser ændres, skal det sikres at medarbejderne er klædt på til at kunne arbejde på den nye måde. Dette kan kræve både kompetenceudvikling samt nye klare processer og ansvarsfordelinger. Forandringen stiller også nye og store krav til både de fysiske rum det skal foregå i, og det udstyr, der skal anvendes, og især her er det vigtigt med en klar ansvarsplacering for at holde udstyret klar til brug, da alles ansvar nemt bliver ingens ansvar.

## Fordelene opvejer ulemperne

Vi har fundet at fordelene opvejer ulemperne. I forhold til vores undersøgelse har fordelene fyldt entydigt mest i besvarelsene, og også i bredden er fordelene flest, mens ulemperne er koncentreret på få temaer.

Ulemperne skal dog på ingen måde undervurderes, da især de tekniske udfordringer kan blive en stopklods for at det overhovedet er muligt at dokumentere sammen med patienten.

Som tidligere vist er øget patientinddragelse og bedre udnyttelse af patienternes ressourcer meget i fokus, og her ses fordele i at dokumentere sammen med patienterne, da der kan opnås en meget større inddragelse, med de mange fordele det kan skabe som f.eks. øget compliance, ressourcebesparelse i forhold til at ramme den rigtige behandlingsplan første gang m.v.

Ud over dette er effektivisering af sundhedsvæsenet stadig i højsædet, og også her ses det at der kan spares tid ved at dokumentere sammen med patienten, og med en øget kvalitet af dokumentationen som medgift. Dermed spiller fordelene positivt ind i flere forskellige væsentlige dagsordener i sundhedsvæsenet.

## Besvarelse af problemformulering

Efter at have præsenteret vores teori om de to påstande vi introducerede i begyndelsen af undersøgelsen, er vi klar til at svare på vores problemformulering. Efterfølgende kommer vi med et sæt anbefalinger samt en perspektivering på vores undersøgelse.

### **Problemformuleringen:**

***Hvordan balancerer sygeplejersker i dilemmaet mellem patientinddragelse via teknologi og risikoen for at miste kontakten til patienten, når teknologien kræver fokus i udførelsen af den sundhedsfaglige dokumentation sammen med den indlagte patient?***

Det er vigtigt at fokusere på patienten først og computeren bagefter, specielt lige når man kommer ind til patienten.

Derudover er det en fordel at signalere tydeligt til patienten, hvornår man dokumenterer og hvornår man ikke gør. Gør også gerne opmærksom på hvad der dokumenteres, så patienten ved hvad der bliver journalført og får større indsigt i hvilke oplysninger der vurderes vigtige og relevante. Så kan patienten også bedre spille med i det videre forløb.

Man bør være konstant opmærksom på ikke at blive opslugt af computeren og det der skal dokumenteres, og dermed sætte patienten i anden række.

Selvom man har travlt, er det en god investering af tid at dokumentere sammen med patienten. Man sparer tid i den anden ende og patienten opnår større tryghed ved det der dokumenteres og eventuelt igangsættes.

Man kan også med fordel lægge planer sammen med patienten. Det giver både større chance for at ramme rigtig behandling første gang samt bedre compliance.

Computeren og EPJ behøver dermed ikke at blive en barriere for at man kan holde den gode kontakt til patienten. Det er blot vigtigt, at man hele tiden er klar over, hvor man retter sin opmærksomhed og fortæller dette til patienten, så patienten er med og ikke føler sig overset.

# Anbefalinger

Med udgangspunkt i besvarelsen af problemformuleringen har vi formuleret et sæt anbefalinger, som vi mener vil kunne bidrage til at få det bedste resultat i at dokumentere sammen med patienten på sengestuen.

Anbefalingernes målgruppe er todelt. Den ene halvdel er rettet mod sygeplejersker, der skal dokumentere sammen med patienten. Vi mener dog også at andre faggrupper der også dokumentere sammen med patienten som f.eks. læger og terapeuter, vil kunne drage nytte af disse anbefalinger.

Den anden halvdel er møntet på ledelsen, der kan være med til at sikre optimale forhold for at kunne få det bedste ud at dokumentere sammen med patienterne på afdelingen.

## Til Sygeplejersken

1. Sørg for at fokusere på patienten først og computeren bagefter, specielt lige når du kommer ind til patienten
2. Signalér tydeligt til patienten hvornår der dokumenteres og hvornår der ikke gør, samt hvad der dokumenteres
3. Sørg for ikke at blive opslugt af computeren og det der skal dokumenteres på den
4. Læg planer sammen med patienten - Det giver større chance for at ramme rigtig behandling første gang og giver bedre compliance
5. Invester tid i at dokumentere sammen med patienten - Det sparer tid i den anden ende og giver mere tryk hos patienten

## Til Ledelsen

1. Sørg for at der er optimale forhold til at opnå diskretion, når der dokumenteres sammen med patienten
2. Sørg for at der er en klar ansvarsfordeling for hvem der sørger for at holde udstyr opdateret, opladet og tilgængeligt - Alles ansvar er ingens ansvar
3. Sørg for at der er udstyr nok til alle, også i spidsbelastningsperioder - Mangel på udstyr kan helt være en stopklods for dokumentation sammen med patienten eller i bedste fald lede til flaskehalse og login/out problematikker, hvis udstyr skal deles
4. Sørg for at have en proces for håndtering af behov for sygeplejerskernes opkvalificering, både teknisk og fagligt

## 8. Perspektivering

Med afsæt i konklusionen vil vi her redegøre for hvilke områder man bør undersøge yderligere og de perspektiver, vi ser for anvendelse af resultaterne af vores undersøgelse.

### Videre forskning

Hvis dokumentation sammen med patienten skal implementeres som en naturlig del af arbejdsprocessen for sundhedspersonale, vil det være væsentligt at overveje, hvilke problemer, der ville kunne opstå f.eks. ved spidsbelastninger. Vore data har vist, at det kan være vanskeligt at nå at få dokumentationen skrevet direkte i EPJ sammen med patient og pårørende, hvis der er travlt med mange praktiske opgaver ved patienterne, og man kan være tvunget til at dele udstyr med kolleger. Det kunne derfor være interessant at lave et projekt der skulle afdække hvordan man bedst håndterer sådanne situationer. Det kunne gøres ved hjælp af klinisk simulation, hvor man gennemspiller forskellige scenarier, der skal træne personalet i at tænke EPJ med ved de praktiske handlinger.

### Relevante indsatser og projekter i forlængelse af vores projekt

Patientinddragelse er en del af de 8 nationale mål for sundhedsvæsenet. Kommuner og regioner skal i fremtiden inddrage patienterne meget mere og gøre det til almen praksis overalt i sundhedsvæsenet. Et af midlerne til en bedre inddragelse, som vi har set i dette projekt, er dokumentation sammen med patienterne. De anbefalinger, vi har udarbejdet ser vi som et bidrag til at få det bedste resultat ud af denne forandring.

De steder hvor man endnu ikke har det som en del af almindelig praksis at dokumentere sammen med patienterne, og hvor man har et ønske om at implementere det, vil der være behov for at arbejde med kultur og vanetænkning. Vores undersøgelse og især anbefalingerne kan være et bidrag til en implementeringsproces. Det vil her være særligt vigtigt at lægge vægt på de mange fordele, der er beskrevet i undersøgelsen, fordi det ville kunne virke motiverende for sundhedspersonale at vide, hvilke gevinster, de vil kunne opnå for både patienter og personale.

Som forberedelse til flytning til de nye supersygehuse, kan vores undersøgelse og fund omkring udstyr og rummenes påvirkning på resultatet af at dokumentere sammen med patienten, være et bidrag til overvejelserne om, hvordan man undgår at løbe ind i de problemer, man allerede har erfaret hos de sygeplejersker, der har deltaget i vores undersøgelse.

# Tak

Tak til Hospitalsenheden Vest og Aarhus Universitetshospital for at stille sygeplejersker til rådighed for interview.

Tak til Kvalitet og Udvikling, Hospitalsenheden Vest for udlevering af rå-data fra spørgeskemaundersøgelsen

# Litteratur

**Christiansen Signe Lene** Paradoks: Inddragelse kan øge uligheden i sundheden [Artikel] //

Sygeplejersken. - 2015. - 12. - s. 28-29.

**Cochrane Library** [Online] // [www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com). - juni 2016. -

<http://www.cochranelibrary.com/about/about-the-cochrane-library.html>.

**Coiera Enrico** Guide to Health Informatics [Bog]. - [s.l.] : CRC Press, 2003. - 2nd edition.

**Corbin Juliet og Strauss Anselm** "Basics of qualitative research : techniques and procedures for developing grounded theory [Bog]. - [s.l.] : SAGE Publications Inc., 2015. - 4.edition.

**Danske Patienter** Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet [Online] //

[www.vibis.dk](http://www.vibis.dk). - 2016. - <http://www.vibis.dk/>.

**Danske Regioner** Fælles erklæring Borgernes Sundhedsvæsen – vores sundhedsvæsen

[Online] // [regioner.dk](http://regioner.dk). - April 2015. - 2016. -

<http://www.regioner.dk/sundhed/~media/3B4B11D7E0D440649CC8D7A4F3E14926.ashx>.

**Danske Regioner** Pejlemærker for fælles indsatser om sygehusbyggeri [Online] //

[www.godtsygehusbyggeri.dk](http://www.godtsygehusbyggeri.dk). - 1 2013. -

<http://www.godtsygehusbyggeri.dk/sitecore/content/godtsygehusbyggeri,-d->

[,dk/Maal%20og%20styring/Projekt%20om%20videndeling/Pejlemaerker%20for%20faelles%20indsatser%20om%20sygehusbyggeri.aspx](http://www.godtsygehusbyggeri.dk/sitecore/content/godtsygehusbyggeri,-d-,dk/Maal%20og%20styring/Projekt%20om%20videndeling/Pejlemaerker%20for%20faelles%20indsatser%20om%20sygehusbyggeri.aspx). - 10. IT-understøttet interaktion med patienter og

pårørende 2012-2013.

**Dykes P [et al.]** Building and testing a patient-centric electronic bedside communication center

[Artikel] // Journal of Gerontological Nursing. - 2013. - 39,1. - s. 15-19.

**Egerod Ingrid** Sygeplejefag, refleksion og handling [Bog]. - [s.l.] : Munksgaard, 2002. - 2.udg.

**Elsevier** [Online] // [www.elsevier.com](http://www.elsevier.com). - juni 2016. - <https://www.elsevier.com/solutions/embase-biomedical-research/embase-coverage-and-content>.

**Gaudet Cynthia** Electronic Documentation and Nurse-Patient Interaction [Artikel] // Advances in

Nursing Science. - [s.l.] : Wolters Kluwer Health, Inc., 2015. - 00. - s. 1-12.

**Glaser Barney G. og Strauss Anselm** The Discovery of Grounded Theory. Strategies for

Qualitative Research [Bog]. - 1999.

**Hospitalsenheden Vest** Anvendelse af EPJ sammen med patienten [Online] // [www.vest.rm.dk](http://www.vest.rm.dk). -

Hospitalsledelsens Nyhedsbrev, 23. 10 2015. - 10 2015. - [http://www.vest.rm.dk/om-](http://www.vest.rm.dk/om-hospitalet/nyheder/hospitalsledelsens-nyhedsbrev/arkiv-2015/43/anvendelse-af-epj-sammen-med-patienten/)

[hospitalet/nyheder/hospitalsledelsens-nyhedsbrev/arkiv-2015/43/anvendelse-af-epj-sammen-med-](http://www.vest.rm.dk/om-hospitalet/nyheder/hospitalsledelsens-nyhedsbrev/arkiv-2015/43/anvendelse-af-epj-sammen-med-patienten/)

[patienten/](http://www.vest.rm.dk/om-hospitalet/nyheder/hospitalsledelsens-nyhedsbrev/arkiv-2015/43/anvendelse-af-epj-sammen-med-patienten/).

**Kongsuwan W og Locsin R** Thai nurses experience of caring for persons with life-sustaining

technologies in intensive care settings: a phenomenological study [Artikel] // Elsevier Intensive and

Critical Care Nursing. - 2011. - 27. - s. 102-110.

**Kristensen F, Sigmund H og (red.)** Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering [Bog]. -

[s.l.] : Enhed for Medicinsk Teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen, 2007. - 2.udg.

**Kvale S og Brinkmann S** Interview. Det kvalitative forskningsinterview som håndværk [Bog]. - [s.l.] : Hans Reitzels Forlag, 2015. - 3.udg.

**Maddern Guy** // Second Speaker Against the Proposition. - [s.l.] : ISQua, 2015. - Årg. Offentliggjort den 21. jul. 2015 på YouTube.

**Malterud Kirsti** Kvalitative metoder i medisinsk forskning [Bog]. - Oslo : Universitetsforlaget, 2011. - 3.utg.

**Martinsen Bente og Norlyk Annelise** Tre kvalitative forskningstilgange [Artikel] // Sygeplejersken. - 2011. - 12. - s. 64-68.

**Ministeriet for sundhed og forebyggelse** // Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-18. - April 2015.

**NIH U.S. National Library of Medicine** [Online] // www.nlm.nih.gov. - juni 2016. - <https://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/pubmed.html>.

**Region Midtjylland** Evalueringsrapport Pilotafprøvning af den interaktive hospitalsstue – ”Skærme på enestuer” til DNU og DNV [Rapport]. - [s.l.] : Upubliceret, 2014. - [Senest revideret 20-10-2014 af Gerdt Hylbæk Nielsen].

**Region Midtjylland og de 19 kommuner i Regionen** // Mere sundhed i det nære - på borgerens præmisser 2015-2018. - 1. Februar 2015.

**Regionernes Sundheds-it** Strategi for IT-understøttelse af Patient Empowerment [Rapport]. - 2011.

**Sigma Theta Tau International** Power of Ten 2011-2013 : Nurse Leaders Address the Profession's Ten Most Pressing Issues [Artikel] // Sigma Theta Tau International. - Indianapolis, USA : Sigma Theta Tau International, 2011.

**Strauss Bett** The Patient Perception of the Nurse-Patient Relationship When Nurses Utilize an Electronic Health Record Within a Hospital Setting [Artikel] // CIN: Computers, Informatics, Nursing. - 2013. - 12 : Årg. 31. - s. 596-604.

**Sundheds- og ældreministeriet, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner** Nationale Mål for Sundhedsvæsenet [Online] // www.sum.dk. - April 2016. - april 2016. - [http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~~/media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2016/Nationale-maal/SUM-Nationale-maal-L-april-2016.ashx](http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~~/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Nationale-maal/SUM-Nationale-maal-L-april-2016.ashx).

**Sundhedsstyrelsen** MTV Rapport: Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed - en empirisk undersøgelse af fælles beslutningstagning og dagligdagens møder mellem patient og behandler [Rapport]. - [s.l.] : Sundhedsstyrelsen, 2008.

**Vallgård S [et al.]** Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab [Bog]. - [s.l.] : Munksgaard, 2007. - 3. udg.

**Vawdrey D [et al.]** A Tablet Computer Application for Patients to Participate in Their Hospital care [Artikel] // AMIA Annu Symp Proc. - 2011. - s. 1428-1435.

# Bilags oversigt

1. Mail Kvalitetschef Hospitalsenheden Vest
2. Litteratursøgningslog
3. Forskningsdesign
4. Analysedesign
5. HEV Spørgeskema
6. HEV Spørgeskema rapport
7. HEV Spørgeskema rå-data
8. Interview Skriftlig information til informanter
9. Interview Guide
10. Interview Feltnoter
11. Interview 1-4 Indholdstabel
12. Nodes – Fra de første til de endelige
13. Reference Views
14. Nodes Hierarki

# Bilag 1 - Mail Kvalitetschef Hospitalsenheden Vest

---

**Fra:** Birgitte Ostersen

**Sendt:** 25. oktober 2015 19:33

**Til:** Susanne Bjerglund Pedersen

**Emne:** SV: Masterspeciale Sundhedsinformatik om klinisk dokumentation sammen med patienten

Hej Susanne

Det er helt ok, at du skriver.

Der er peget på følgende områder, der forventes forbedret ved at se i EPJ sammen med patienten, eller ved at skrive direkte ind

- Patientinddragelse
- Forbedre arbejdsmiljø
- Forbedre dokumentation
- Forbedre patientsikkerhed

Tanker bag er alle begrundet nedenfor

**Patientinddragelse** - Det opleves som godt at have EPJ med ud til patienten, så alle data er tilgængelige for at kunne svare på patientens spørgsmål. Det giver mere tryghed for patienten, at de kan se, at vigtige oplysninger om dem og deres forløb er noteret og kan findes i journalen samt følger sig mere inddraget. Ved at patienten er inddraget, kan det samtidigt være med til at korrigere eventuelle fejl (patientsikkerhed), f.eks. ved at lægen afstemmer medicinlisten sammen med patienten på stuen.

**Forbedre arbejdsmiljøet** - Ved at medarbejderne skriver eller dikterer i EPJ på stuerne, når de er ved patienten, undgår de at skulle huske og udføre dokumentationen senere. I en hverdag, hvor der er mange opgaver at huske på og mange afbrydelser, er det vigtigt at få afsluttet opgaver, hvis muligt. Det vurderes, at anvendelse af EPJ på stuerne kan aflaste medarbejderne, så de ikke først skal notere på gul lap eller lignende og efterfølgende finde tid til skrive ind i EPJ eller diktere.

**Forbedre dokumentationen** - Det vil forbedre dokumentation og at relevante ting dokumenteres i journalen, når medarbejderne skriver eller dikterer i EPJ på stuerne, når de er ved patienten. Længere tid der går fra at hændelsen til der dokumenteres, jo større er sandsynligheden for at glemme oplysninger. Det kan være svært at huske præcis, hvad der blev foretaget hos patienten eller hvad der blev sagt i dialogen med patienten og UTH'er viser ofte, at der mangler dokumentation i journalen. Ved at dokumentere, når hændelsen finder sted, er der desuden større sandsynlighed, at resultater dokumenteres tidstro og dermed nemmere kan findes i EPJ efterfølgende. Herudover kan det antages, at reducere mængden af dobbeltdokumentation i journalen, hvis medarbejderne kan se, at der er dokumenteret på patienten og man ikke behøver gentage dette.

**Forbedre patientsikkerheden** - Det der er dokumenteret og står i EPJ kan der handles på af kollegaerne. Det der står på en gul lap eller i medarbejderens hoved, kan der kun handles på af den enkelte. Ved at, der dokumenteres eller dikteres (uskrevne diktater kan aflyttes i EPJ) i EPJ på

stuerne, er oplysninger tilgængelige med det samme og reducerer risikoen for UTH'er. Ved at der kan handles på det, kan der også hurtigere sættes gang i videre behandling.

Hvor meget det gøres allerede? Mit indtryk er, at det er meget individuelt og meget afhængig af kulturen i afsnittet/afdelingen.

**Med venlig hilsen**

**Birgitte Knak Ostensen**

Kvalitets- og Udviklingschef, MPA

Tel. +45 7843 8710

Mob. +45 2222 8919

Staben - Kvalitet og Udvikling/Klinisk IT

# Bilag 2 – Litteratursøgningslog

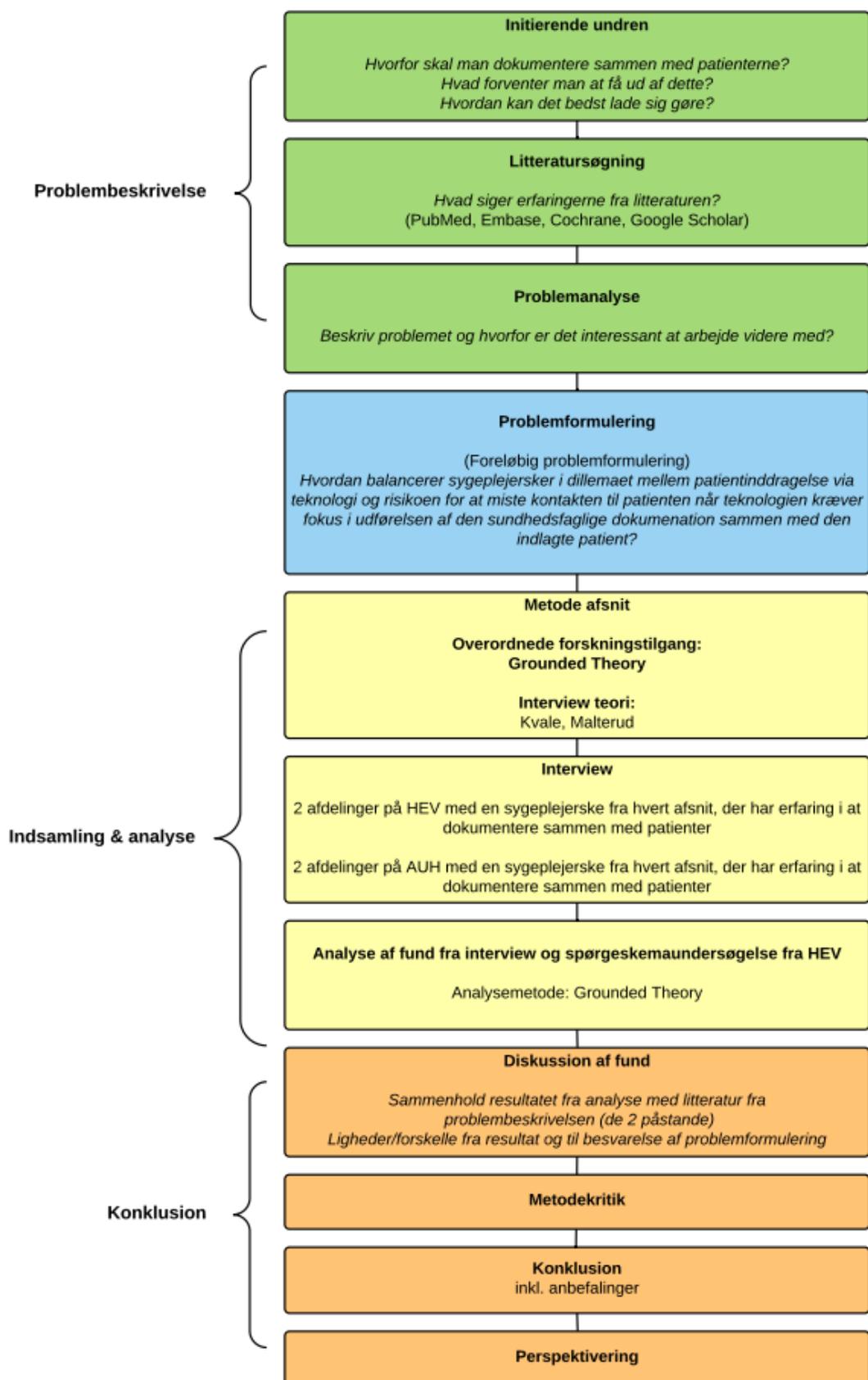
Dato	Søger (navn)	Database	Søgeord	Resultat	Titel og årstal	Forfattere	Evt. kommentarer til inklusion/eksklusion	URL til resultat(er)	Noter
07/12/2015	Lasse	PubMed	("documentation"[MeSH Terms] OR "documentation"[All Fields] AND ("patient participation"[MeSH Terms] OR ("patient participation"[All Fields] OR "patient participation"[All Fields] OR "patient empowerment"[All Fields]) OR "patient empowerment"[All Fields])	685	Electronic Documentation and Nurse-Patient Interaction (2015)	Gaudet CA		<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28539694">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28539694</a>	Samme søgekriterier som dette: documentation AND (patient empowerment) Kan ikke få fat i Full Text af denne artikel - Skal have fat i AUB og få dem til at hente den. Se noter i dokumentet Noter sygeplejerske og medinddragelse
07/12/2015	Lasse	PubMed	("Documentation"[Mesh] AND "Professional-Patient Relations"[Mesh]) AND "Patient Participation"[Mesh]	20	Complex wounds: a partnership approach to patient documentation (2004)	Brodertick MC, Coffey A.		<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15218440">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15218440</a>	
07/12/2015	Lasse	PubMed	("Documentation"[Mesh] AND "Professional-Patient Relations"[Mesh]) AND "Patient Participation"[Mesh]	20	Complex wounds: a partnership approach to patient documentation (2004)	McMath E, Harvey C.		<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15218440">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15218440</a>	
07/12/2015	Lasse	PubMed	("Documentation"[Mesh] AND "Patient Participation"[Mesh])	135	Clinical documentation as a source of information for patients - possibilities and limitations (2013)	Wibe T, Elkstedt M, Hellese R, Øyn K, Slaughter L.		<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23920666">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23920666</a>	
07/12/2015	Lasse	Cochrane Library	Documentation patient empowerment	2	-	-		Ingen brugbare	
07/12/2015	Lasse	Cochrane Library	"documentation" AND "patient participation"	0	-	-	Kun Cochrane reviews, other reviews & Technology Assessments	-	
07/12/2015	Lasse	Embase	documentation medical/exp OR 'documentation medical' AND ('patient participation'/exp OR 'patient participation')	113	Next steps for electronic health records to improve the diagnostic process (2015)	Liebovitz D.		<a href="http://www.degruyter.com/view/dlx.2015.2.issue-e-2/gr-2014-0070/gr-2014-0070.xml">http://www.degruyter.com/view/dlx.2015.2.issue-e-2/gr-2014-0070/gr-2014-0070.xml</a>	Der står lidt brugbart omkring patienter, hvor det har adgang til egne data og kan bidrage med data. Måske er der links i artiklen som også kunne være interessante
07/12/2015	Lasse	Google	dokumentation sammen med borger	418000	-	-		Ingen brugbare	
07/12/2015	Lasse	Google	dokumentation sammen med patient	319000	-	-		<a href="http://www.vibis.dk/om-brugermidddragelse/fordele-ved-inddrage-brugere">http://www.vibis.dk/om-brugermidddragelse/fordele-ved-inddrage-brugere</a>	Kan vi finde evidens bag disse udtalelser?
07/12/2015	Lasse	Google scholar	Sundhedsfaglig dokumentation teori	1190	Sygeplejefaglig dokumentation i EOU (2012)	Brita Mogense		<a href="http://projekter.aau.dk/projekter/files/63410739/Master_sygeplejefaglig_906_L_EOU.pdf">http://projekter.aau.dk/projekter/files/63410739/Master_sygeplejefaglig_906_L_EOU.pdf</a>	Projekt fra tidligere masterhold
07/12/2015	Lasse	Google scholar	Sundhedsfaglig dokumentation teori	1190	Hvordan sikres den faglige dokumentation i en tværfaglig elektronisk patientjournal? (2008)	Ghita Ølsgaard, Lisbeth Nicolajsen		<a href="http://www.olsgaardnicolajsen.dk/Downloads/Patientrapport2008%20OlsgaardNicolajsen.pdf">http://www.olsgaardnicolajsen.dk/Downloads/Patientrapport2008%20OlsgaardNicolajsen.pdf</a>	Hvis der er noget vi kan bruge, så er det en forklaring på hvordan PM's er brugt og hvad der er kendt om Lisbeth ret godt :-)
07/12/2015	Susanne	PubMed	Nurse documentation AND patient involvement	6	Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients (Cochrane Database of Systematic Reviews, Vol. 6; 2014)	Smeulers, Marian - Lucas, Cees - Vermeulen, Hester		<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24657503">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24657503</a>	Ved ikke om vi kan bruge dette Cochrane review. Det finder, at der ikke er evidens for hvordan man kan forbedre håndover af patienter. Men der er oplysninger. Men konkluderer: According to current knowledge, the following guiding principles can be applied when redesigning the nursing handover process: face-to-face communication, structured documentation, patient involvement and use of IT technology to support the process.

07/12/2015	Susanne	Scopus	Documentation AND patient involvement	17 (samme som i row 5)			<p><a href="http://sfr.aau.dk/sfraub?aid=Elsevier:Scopus&amp;service_Type=getFullText&amp;issn=1743-9971&amp;volume=10&amp;issue=1&amp;page=27&amp;page=33&amp;pages=27-33&amp;num=5&amp;date=2007&amp;id=doi:10.1016%2Fj.pcc.2008.02.008&amp;title=Patient+Education+and+Counseling+in+the+Review+of+Literature+and+Involving+People+in+Research+by+Camden+McDonald+Edward+Resnais+Charlotte+Resnais+Merry+Ellisabeth+Scheel+Hubbard">http://sfr.aau.dk/sfraub?aid=Elsevier:Scopus&amp;service_Type=getFullText&amp;issn=1743-9971&amp;volume=10&amp;issue=1&amp;page=27&amp;page=33&amp;num=5&amp;date=2007&amp;id=doi:10.1016%2Fj.pcc.2008.02.008&amp;title=Patient+Education+and+Counseling+in+the+Review+of+Literature+and+Involving+People+in+Research+by+Camden+McDonald+Edward+Resnais+Charlotte+Resnais+Merry+Ellisabeth+Scheel+Hubbard</a></p>	
07/12/2015	Susanne	Scopus	Documentation AND patient involvement		<p>A review of literature about involving people affected by cancer in research, policy and planning and practice</p> <p>Hubbard, Gill - Kidd, Lisa - Donaghy, Edward - McDonald, Charlotte - Resnais, Merry</p>			
07/12/2015	Susanne		"Other users also viewed these articles"		<p>The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy (Elsevier, 2007)</p>			
10/12/2015	Susanne	Google	Sygeplejeteori		<p>Interaktionel sygeplejepsaksis, 4. udgave, Munksgaard 2015</p>		<p>Bl.a. om hvor meget patienter ønsker involvering og hvor meget de professionelle synes patienter skal involveres</p>	

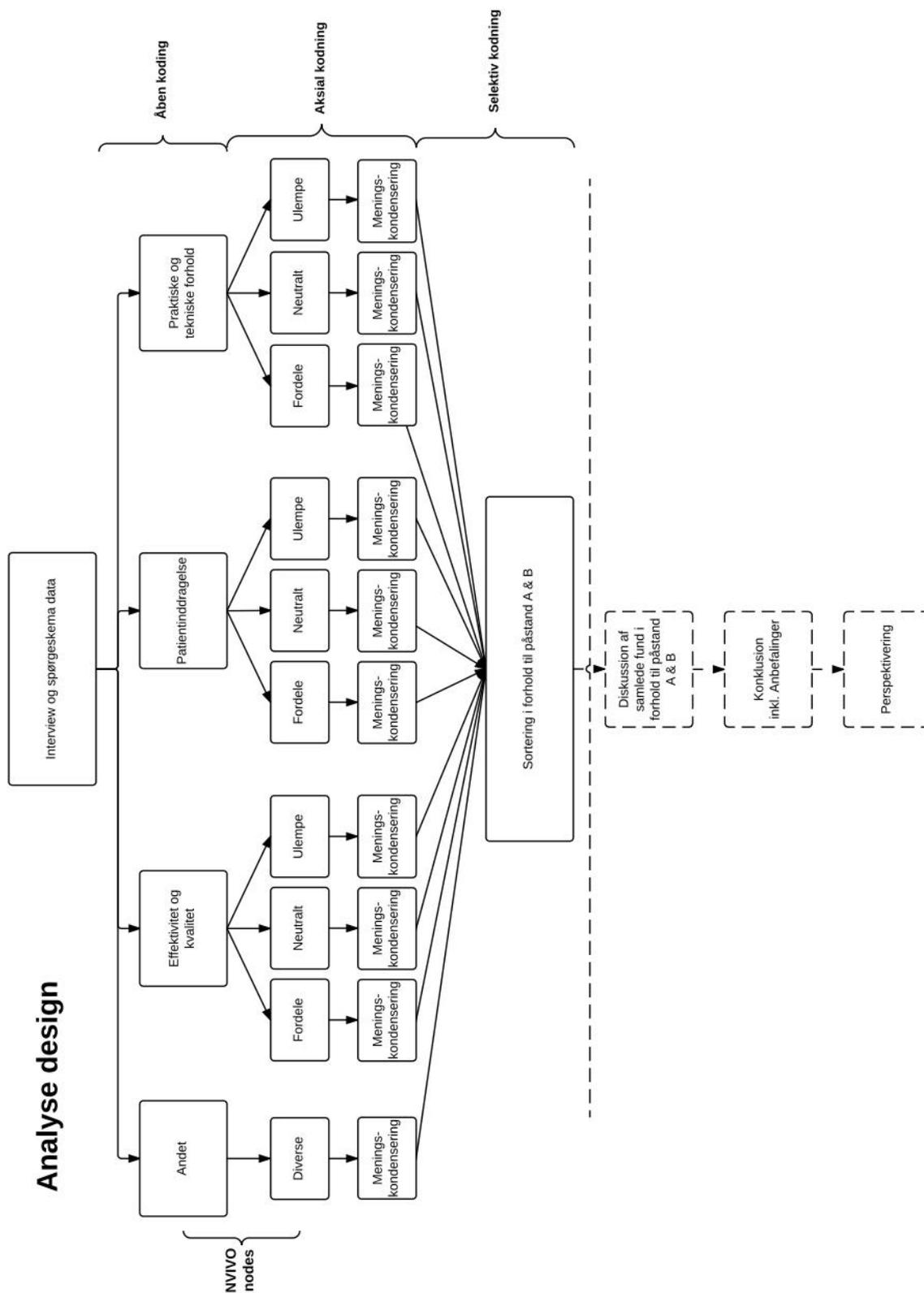
10/12/2015	Susanne	Google	Kommunikation sundhedsfaglig	Kommunikation - for sundhedsprofessionelle, 3. udgave, Gads Forlag	Kim Jørgensen (red.)	<a href="http://gad.dk/kommunikation-fo-sundhedsprofessionelle-3-udgave">http://gad.dk/kommunikation-fo-sundhedsprofessionelle-3-udgave</a>	De ændringer, der pågår i dagens sundhedsvæsen, stiller nye krav til de sundhedsprofessionelle og dermed også til deres kommunikative kompetencer. 3. udgaven af Kommunikation - for sundhedsprofessionelle er opdateret i forhold til de ændringer, der er sket i sundhedsvæsenet. Derudover præsenterer bogen helt nye kapitler med nye forfattere, mens andre kapitler er udgået. De nye kapitler omhandler bl.a. kortidskontakt, telemedicin og Shared Decision Making. Se noter i dokumentet Noter sygeplejersken og medicindragelse.
10/12/2015	Susanne	Google	Kommunikation sundhedsfaglig	Perspektiver på kommunikation i sundhedsprofessionelle, 4. oplag, 2012, Munksgaard	Mette S. Nielsen og Gitte Rom (red.)	<a href="http://munksgaard.dk/Ergo-og-kommunikation/788702303278">http://munksgaard.dk/Ergo-og-kommunikation/788702303278</a>	Indeholder en introduktion... Læs mere om til kommunikation forstået som et humanistisk fag, samt en teoretisk gennemgang af kommunikations fire aspekter: sproglig, psykologisk, dialogisk, det systemteoretiske og det kognitive/adfærdsmæssige perspektiv. Hvert perspektiv er udgangspunktet for en analyse og diskussion af bogens gennemgående case. Bogen afslutter med en perspektivering, som indeholder interpersonelle kommunikations kompetencer og udfordringer i dagens sundhedsvæsen.
10/12/2015	Susanne	Google	Kommunikation sundhedsfaglig	Sammenhænge i sundhedskommunikation, Aalborg Universitetsforlag 2015	redaktører: Søren Frøman, Mette S. Sørensen, Helle Wentzer	<a href="http://aauforlag.dk/Shop/boeger/sammenhaeng-i-sundhedskommunikation.aspx">http://aauforlag.dk/Shop/boeger/sammenhaeng-i-sundhedskommunikation.aspx</a>	'Sammenhænge i sundhedskommunikation' præsenterer og diskuterer en række aktuelle udfordringer og aktuelle sundhedsoplysninger. Sundhedskommunikation er et bredt begreb, som kommunikation om sundhed, sygdom, omsorg, behandling og pleje. I bogen er der fokus på sammenhænge i sundhedskommunikation. Bogens kapitler er rubriceret under følgende tre perspektiver: 1) Det sammenhængende patientforløb og kommunikation; 2) Sammenhæng mellem sundhedsprofessionelle og patienter; 3) Kommunikative relationer i situationer. 3) Kommunikative relationer til stress-styring.
04/01/2016	Susanne	Sygeplejer åken	Patientinddragelse, Patient empowerment	Medinddragelse i egen pleje og behandling - fra teori til praksis. Sygeplejersken 17/2008 s. 54-58	Jane Færch		Se noter i dokumentet Noter sygeplejersken og medicindragelse

04/01/2016	Susanne	Sygeplejer sken	Patientinddragelse, Patient empowerment	Medinddragelse i egen pleje og behandling - fra rekonk til realiteter. Sygeplejersken 17/2009 s. 54-58	Jane Færch		Se noter i dokumentet Noter sygeplejeteori og medinddragelse
04/01/2016	Susanne	Sygeplejer sken	Patientinddragelse, Patient empowerment	Paradoks: Inddragelse kan øge ulighed i sundheden.	Signe Lene Christiansen		Se noter i dokumentet Noter sygeplejeteori og medinddragelse
04/01/2016	Susanne	Sygeplejer sken	Sygeplejeteori	Karl Martinsen: Sanselig sygepleje Sygeplejersken 7/1997 s. 18/22	Anne Elisabeth Overgaard		Se noter i dokumentet Noter sygeplejeteori og medinddragelse
04/01/2016	Susanne	Sygeplejer sken	Sygeplejeteori	Rosemarie Rizzo Parse: At være ægte til stede. Sygeplejersken 10/1989 s. 32-39	Dorthe Overgaard, Ingrid Egerod		Se noter i dokumentet Noter sygeplejeteori og medinddragelse
04/01/2016	Susanne	Google	Sygeplejeteori	Sygeplejefag - refleksion og handling. 2. udgave. 2002. Munksgaard	red. Janne Lyngaa		Se noter i dokumentet Noter sygeplejeteori og medinddragelse

## Bilag 3 – Forskningsdesign



# Bilag 4 – Analysedesign



## Bilag 5 – HEV Spørgeskema

**FORMÅLET** med undersøgelsen er at få afdækket fordele og ulemper ved brug af EPJ på stuerne samt, hvornår EPJ anvendes sammen med patienten.

Der vil være i alt 7 spørgsmål, der skal besvares.

### 1. Hvilken faggruppe tilhører du?

- (1)  Læge
- (2)  Sygeplejerske
- (3)  Terapeut
- (4)  Jordemoder
- (5)  SOSU
- (6)  Andet

### 2. Hvilket afsnit arbejder du primært i?

- (1)  Akut senge Herning
- (2)  Akut Modtagelsen Holstebro
- (3)  Akut Modtagelsen Herning
- (4)  Akutklinik Ringkøbing
- (5)  Intensiv Senge Holstebro
- (71)  Dagkirurgisk Afsnit Holstebro
  
- (73)  Operationsafsnit Holstebro
  
- (77)  Anæstesiafsnit Holstebro
  
- (75)  Opvågningen Holstebro
  
- (6)  Intensiv Senge Herning
- (70)  Dagkirurgisk Afsnit Herning

- (72)  Operationsafsnit Herning
  
- (74)  Opvågningen Herning
  
- (76)  Anæstesiafsnit Herning
  
- (7)  Plastikkirurgisk Ambulatorium - HEV
- (8)  Arbejdsmedicinsk Klink Herning
- (9)  Børne Senge Herning
- (10)  Børne Ambulatorium Herning
- (11)  Fysioterapi Holstebro
- (12)  Ergoterapi Holstebro
- (13)  Fysioterapi Herning
- (14)  Ergoterapi Herning
- (15)  Fysioterapi Lemvig
- (16)  Ergoterapi Lemvig
- (17)  Ernæringsenheden Holstebro
- (18)  Obstetriske Senge
- (19)  Gynækologiske Senge Herning
- (20)  Obstetrisk Ambulatorium
- (21)  Gynækologisk Ambulatorium
- (22)  Kirurgiske Senge Herning
- (23)  Kirurgisk Ambulatorium Herning
- (24)  Kirurgisk Dagkirurgi Herning
- (25)  Kirurgisk Endoskopiafsnit Herning
- (26)  Stomiambulatorium Herning
- (27)  Medicinske Senge Holstebro
- (28)  Medicinske Senge Herning
- (29)  Diabetes og stofskifte Ambulatorium Holstebro
- (30)  Diabetes og stofskifte Ambulatorium Herning
- (31)  Dialyse Ambulatorium Holstebro

- (32)  Geriatrisk Ambulatorium Holstebro
- (33)  Geriatrisk Ambulatorium Herning
- (34)  Hjertemedicinsk Ambulatorium
- (35)  Hæmatologisk Ambulatorium Holstebro
- (36)  Infektionsmedicinsk Ambulatorium Herning
- (37)  Lungemedicinsk Ambulatorium Holstebro
- (38)  Mave- tarm- og leversygdomme Ambulatorium Herning
- (39)  Medicinsk Ambulatorium Herning
- (41)  Medicinsk Endoskopi Ambulatorium Herning - HEV
- (42)  Medicinsk Ambulatorium Ringkøbing
- (43)  Nyremedicinsk Ambulatorium Holstebro
- (44)  Reumatologisk Ambulatorium Holstebro
- (45)  Medicinsk Akut Ambulatorium Holstebro
- (46)  Diagnostisk Enhed - HEV
- (47)  Neurologiske Senge Holstebro
- (48)  Neurorehabilitering Senge Lemvig
- (49)  Neurologisk Ambulatorium Holstebro
- (50)  Neurologisk Dagklinik / TCI Holstebro
- (51)  Neurologisk Dagambulatorium Holstebro
- (52)  Klinisk Neurofysiologisk Ambulatorium Holstebro
- (53)  Neurorehabilitering Ambulatorium Lemvig
- (54)  Udegående Apopleksiteam Holstebro
- (55)  Onkologisk Senge Herning
- (56)  Onkologisk Ambulatorium Herning
- (57)  Palliativt Team Herning
- (58)  Ortopædkirurgiske Senge Holstebro
- (59)  Ortopædkirurgisk Ambulatorium Holstebro
- (60)  Urinvejskirurgiske Senge Holstebro
- (61)  Urinvejskirurgisk Ambulatorium Holstebro
- (62)  Brystkirurgisk Ambulatorium Holstebro
- (63)  Øjen Senge Holstebro

- (64)  Øjen Ambulatorium Holstebro
- (65)  Øre-Næse-Hals Senge
- (66)  Hørelinik Holstebro
- (67)  Øre-Næse-Hals Ambulatorium Holstebro
- (68)  Hørelinikken Viborg - HEV

**3. I hvilke situationer anvender du EPJ, når du er sammen med patienten? Vælg gerne flere svar.**

- (1)  Dokumentation af medicingivning
- (2)  Journalføring
- (3)  Rekvisition af prøver/undersøgelser
- (4)  Godkendelse af prøvesvar/undersøgelsesresultater
- (5)  Brug af Overblik
- (6)  Brug af Læs Journal
- (7)  Ajourføring af medicin
- (8)  Andet \_\_\_\_\_
- (9)  Aldrig

**4. Hvordan inddrages patienten, når du anvender EPJ sammen med patienten?**

---

---

---

---

---

---

---

**5. Hvilke fordele er der for anvendelse af EPJ i patientens nærhed?**

---

---

---

---

---

---

**6. Hvilke barrierer er der for anvendelse af EPJ i patientens nærhed?**

---

---

---

---

---

---

---

**7. Har du andet du vil tilføje?**

(1)  Ja \_\_\_\_\_

(2)  Nej



**Du har nu svaret på det sidste spørgsmål i undersøgelsen.**

**Tak for din deltagelse i undersøgelsen.**

# Bilag 6 – HEV Spørgeskema rapport



**Hospitalsenheden Vest**  
Holstebro

Staben • Kvalitet og Udvikling

Lægårdvej 12

DK-7500 Holstebro

Tel. +45 7843 8700

[kvalitetogudvikling@vest.rm.dk](mailto:kvalitetogudvikling@vest.rm.dk) [www.vest.rm.dk](http://www.vest.rm.dk)

## **Rapport - Spørgeskema til afdækning af brug og muligheder for anvendelse af EPJ sammen med patienten, Hospitalsenheden Vest**

**Efterår 2015**

### **1.0 Baggrund**

Der er ledelsesmæssig fokus på anvendelse af EPJ sammen med patienten, og fordele og ulemper herved er ved flere lejligheder drøftet blandt afdelingsledelserne.

Til at kvalificere disse drøftelser er det aftalt, at gennemføre en spørgeskemaundersøgelse med det formål at få afdækket fordele og ulemper ved at bruge EPJ på stuerne, samt i hvilke situationer EPJ anvendes sammen med patienten.

Spørgeskemaundersøgelsen er gennemført i november 2015.

Spørgeskemaet er via afdelingernes funktionspostkasser sendt ud til medarbejdere i de kliniske afdelinger, der anvender EPJ og har patientkontakt.

### **2.0 Konklusion**

Med i alt blot 375 besvarelse ud af ca. 2000 brugere ses der desværre en meget lav svarprocent på spørgeskemaundersøgelsen, men med stor variation ud over afdelingerne.

De væsentligste konklusioner fra spørgeskema er samlet nedenfor:

Når klinikerne i dag anvender EPJ sammen med patienten, sker det primært til procedurer og dialog omkring:

- Medicin
- Blodopsætning
- Svar på prøver og undersøgelser
- Plan(er) og det er skabe enighed herom
- Patientidentifikation

Klinikerne fremhæver følgende fordele ved at anvende EPJ sammen med patienten:

- Det er mere patientsikkert
- Det sparer tid at taste direkte ind (medicin, rekvisitioner samt godkendelse af svar)
- Man kan svare på alle spørgsmål, når man har journalen med og kan slå direkte op i den

- Man observerer og dokumenterer samtidigt
- Det sikrer bedre medinddragelse og større forståelse for behandlingen
- Det skaber større åbenhed mellem behandler og patient

Klinikerne ser de væsentligste barrierer for at anvende EPJ sammen med patienten som værende:

- Man mister nærhed – skærmen kommer imellem, og dermed opleves ikke direkte kontakt med patienten
- Mangel på fortrolighed om patientdata på flersengsstuer
- Lang log on tid på pc
- Afdelingen har for få bærbare
- Tid - Det tager længere tid at tage bærbare med på stuen, og at inddrage patienten
- Risiko for at patienten ser svar eller journaltekst, de ikke skulle have set
- Kvaliteten af dokumentationen, som skal anvendes af andre fagpersoner bliver dårligere samt og manglende ro til at gøre dokumentere
- Patienten er i en tilstand, hvor det ikke giver mening

### 3.0 Resultater af spørgeskemaundersøgelsen

Resultaterne af de forskellige spørgsmål er samlet i dette afsnit. På en række af områderne er svarene angivet via fritekst felt. Disse er efterfølgende tematiseret.

#### 1. Hvilken faggruppe tilhører du?

	Respondenter	Procent
Læge	66	17,6%
Sygeplejerske	220	58,7%
Terapeut	28	7,5%
Jordemoder	19	5,1%
SOSU	13	3,5%
Andet	29	7,7%
I alt	375	100,0%

#### 2. Hvilket afsnit arbejder du primært i?

	Respondenter	Procent
Akutfdelingen	11	3,1%
Anæstesiologisk Afdeling	66	18,6%
Arbejdsmedicinsk Klink	7	2,0%
Børneafdelingen	29	8,2%
Terapien	15	4,2%
Ernæringsenheden	3	0,8%
Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling	30	8,5%
Kirurgisk Afdeling	2	0,6%
Medicinsk Afdeling	93	26,3%
Neurologien	29	8,2%
Onkologisk Afdeling	16	4,5%
Ortopædkirurgisk Afdeling	22	6,2%
Urinvejskirurgisk Afdeling	19	5,4%
Øjenafdelingen	6	1,7%

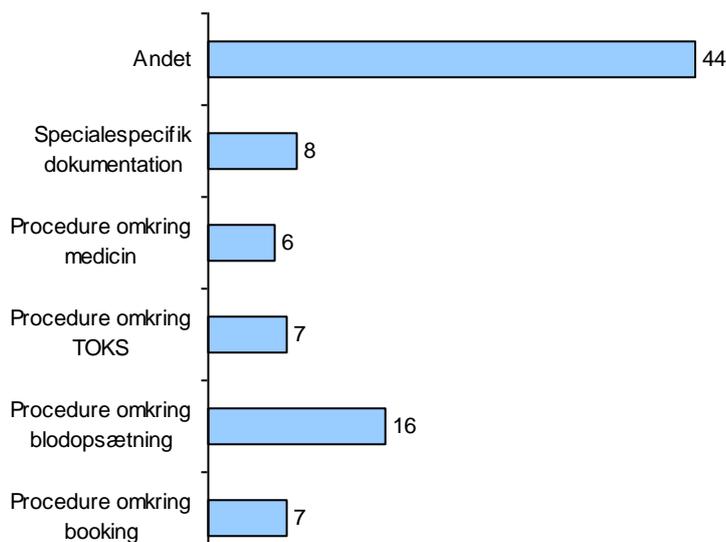
### 3. I hvilke situationer anvender du EPJ, når du er sammen med patienten?

Vælg gerne flere svar.

	Respondenter	Procent
Dokumentation af medicingivning	109	31,7%
Journalføring	136	39,5%
Rekvosition af prøver/undersøgelser	109	31,7%
Godkendelse af prøvesvar/undersøgelsesresultater	66	19,2%
Brug af Overblik	103	29,9%
Brug af Læs Journal	176	51,2%
Ajourføring af medicin	119	34,6%
Andet	105	30,5%
Aldrig	77	22,4%
I alt	344	100,0%

Punkt 3 bestod primært af fortrykte besvarelses valgmuligheder.

Herunder er tekstbesvarelser under svarmuligheden andet tematiseret.



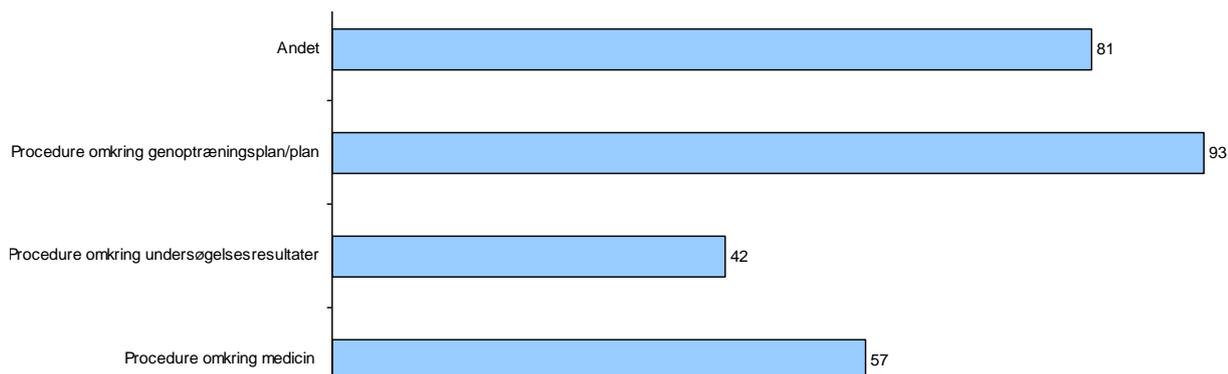
- Procedure omkring booking
- Procedure omkring blodopsætning
- Procedure omkring TOKS

Giver alle tre sig selv ift. indhold

- Procedure omkring medicin indeholder eksempelvis
  - Medicingennemgang
  - medicinamnese
  - Medicinordination

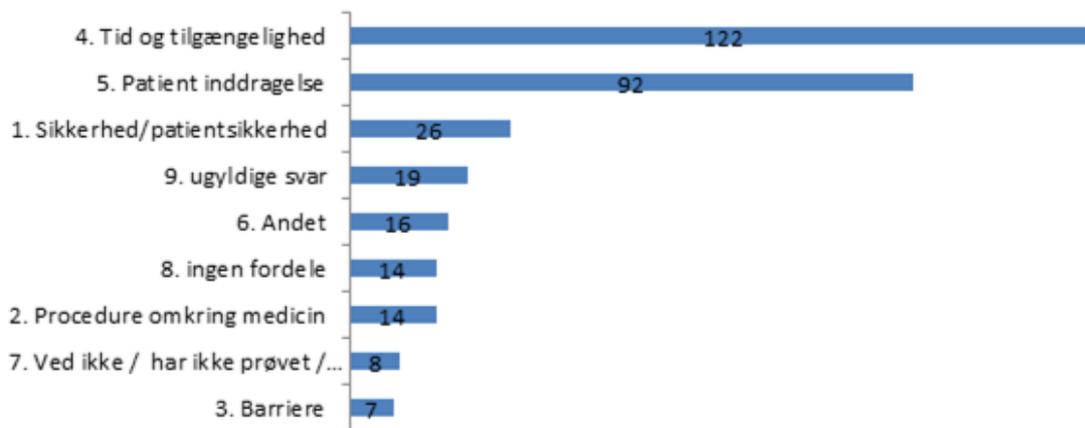
- Specialespecifik dokumentation indeholder eksempelvis
  - Anæsthesitilsyn
  - Jordemoderkonsultation
- Andet indeholder eksempelvis
  - Gennemgang af blodprøvesvar
  - Modtagelse af patient
  - Identifikation af patient
  - Forskellige planer
  - Dokumentation

#### 4. Hvordan inddrages patienten, når du anvender EPJ sammen med patienten?



- Procedure omkring medicin indeholder eksempelvis
  - Medicingennemgang
  - Medicinanamnese
  - Ændringer i medicin.
- Procedure omkring undersøgelsesresultater indeholder primært dialog om prøvesvar
- Procedurer omkring genoptræningsplan/plan indeholder eksempelvis
  - Højtlesning for at skabe enighed om plan
  - Bookning af nye tider
  - Genoptræningsplan
  - Modtagelse af patient
  - Fastlæggelse af mål.
- Andet indeholder eksempelvis
  - Til besvarelse af spørgsmål
  - Gennemgang af TOKS historik
  - Identifikation af patient
  - Blodopsætning
  - Opfølgning på CAVE
  - Til at tale om hvordan dagen er gået.

#### 5. Hvilke fordele er der for anvendelse af EPJ i patientens nærhed?



- Sikkerhed / patientsikkerhed indeholder eksempelvis
  - at man sikrer, at det er den rigtige patient der er gjort klar til, samt at det er de rigtige journaloplysninger man har læst på.
  - Sikker videregivelse af info. f.eks ved blodprøvesvar.
  - At risikoen for at der forekommer misforståelser reduceres.
  - Kan skrive data ind med det samme mindsker risiko for fejl.
  - Patientsikkerhed ved transfusion
- Procedure omkring medicin indeholder eksempelvis
  - Jeg kan spare tid ved ikke at skulle skrive medicinen op først på papir og derefter i MEM.
  - God snak om hvilken medicin pt. får og virkning/bivirkninger. Tidstro registrering.
  - Mindre risiko for fejl i forhold til medicin.
  - At man har journalen så man kan tjekke oplysninger og få afstemt medicin
- Barriere indeholder eksempelvis
  - vil være ganske godt men aktuelt er der ikke enestuer og derfor umuligt at bruge til stuegang, journaloptagelse
  - Det skrives ind med det samme. Men syntes nærværet går fra patienten når man samtidig står bag en computerskærm, så foretrækker ikke at udfylde sammen med patienten men bagefter.
  - I dette tilfælde er patiente en baby. Ved ikke hvor meget forældrene ville have gavn af det
  - Manglende overblik i journalen pga. manglende systematik.
- Tid og tilgængelighed indeholder eksempelvis
  - Data bliver tastet direkte ind, hvilket sparer tid
  - Får svar/respons med det samme fra pt. og kan bestille nye prøver, opdatere medicin og booke tid med det samme, så man er sikker på at det er gjort og behøver ikke at involvere andre faggrupper til noget man lige så godt kan gøre selv
  - At man straks kan slå op og se svaret på de spørgsmål pt. stiller, at man kan få dokumenteret det som giver mening i den givne pt.kontakt
  - At man ikke skal skrive på papir og man får registreret tidstro. Derved spares en arbejdsgang
  - Man har journal lige ved hånden. Skal ikke forlade stuen for at søge information på stationær PC
  - observation samtidig med dokumentation
  - At man kan vise forløbsudvikling. Eks. graf over en infektions forløb. Blodprøvesvar gives korrekt. Journaltekst fra tidl. indlæggelse/ambulant forløb kan fremsøges, mens man taler med pt
  - Tidsbesparende

- Patientinddragelse indeholder eksempelvis
  - Hurtig afklaring på nogle spørgsmål Afklaring af om der er overensstemmelse fx mellem vores planer med pt. og det pt. regner med
  - Mere åbenhed om hvad der sker. Mere pt-inddragelse
  - Oplysning om hvad der føres til journal
  - Patienten er mere sikker på den behandling, de får i afdelingen. Reduktion af forvirring, angst hensyn til deres sygdom
  - Medinddragelse, større forståelse for behandlingen, øget patientansvar medfører ofte bedre compliance
  - der er synlig åbenhed mellem behandler og patient
  - Man holder den fysiske nærhed. Vi har PC på alle stuerne og kan hurtigt og let orientere os i EPJ og stille relevante spørgsmål og give svar på patientens spørgsmål hurtigt.
  - Kan straks booke pt. som det passer ham. Sikker på at medicin er korrekt. Rart for pt. at kunne se sine blodprøver
- Andet indeholder eksempelvis
  - At vi som sundhedspersonale ikke skal "plage" pt med samme spørgsmål hver gang der er vagtskifte, vi kan læse os frem til mange informationer om pt, så vi kender ham/hende en del inden vi har mødt vedkommende
  - Meget få, men mht. medicin kan det checkes umiddelbart

Kategorierne 7, 8, 9 giver sig selv i forhold til indhold

## 6. Hvilke barrierer er der for anvendelse af EPJ i patientens nærhed?



- Giver dårligere kommunikation med patienten
  - Man mister nærhed med patienten, fordi man skal sidde og taste oplysninger ind. Skærmen komme "mellem" lægen og patienten.
  - Ikke direkte kontakt og fuld opmærksomhed på patienten, hvis man sidder og skriver og stirrer på en skærm.
  - Mister øjenkontakt og også den fysiske afstand/barriere der bliver mellem to personer.
  - Hele seancen ved patienten bruges til observationer og risikerer, at man overser små kommunikative signaler.
  - Samtalen bliver mere formel og med afbrydelse og forløber ikke så flydende som uden PC.
- Manglende eller dårligt IT udstyr og langsomt IT system
  - Det nævnes som barriere, at det kan tage lang tid at logge på computeren og starte EPJ – op til 5-10 min., som kan være stort set den tid, man har med patienten.

- Hvis EPJ er langsom eller nede, kan det være til stor gene for patienten, da der så forekommer en del ventetid. Det kan både skyldes langsomme computere eller langsomme it-systemer.
- Desuden nævnes manglende muligheder for mobilitet pga. for få bærbare til rådighed, begrænsede mulighed for brug af tablets og dårlig dækning af trådløst netværk.
- Ingen begrundelse angivet
  - Svar hvor respondenter enten ikke har angivet noget, eller hvor der er angivet ved ikke.
- Udfordringer ift. diskretion eller beskyttelse af personfølsomme oplysninger
  - Manglende enestuer, så der vil være andre patienter på stuen, der kan høre dialogen med den pågældende patient og måske også kunne se personfølsomme oplysninger i patientens EPJ.
  - Hvis der dikteres på stuen, vil det kunne høres af de andre patienter eller måske deres pårørende. Dermed opfyldes ikke krav om diskretion og beskyttelse af personfølsomme oplysninger.
  - Patienten kan komme til at se oplysninger om andre patienter i EPJ
- Der ses ingen barrierer
  - Her har respondenter angivet, at der ikke ses nogen barrierer for anvendelse af EPJ i patientens nærhed
- At det tager længere tid, som der er ikke er mulighed for at bruge
  - Det kræver mere tid, hvis patienterne skal medinddrages i det, som man skriver.
  - Tager for lang tid at tage bærbar med på stuerne. Tid er i forvejen kritisk.
  - Det er også ofte tidskrævende at dokumentere så meget, som vi skal. Dette kan tage tid som ellers skulle være brugt til nærhed med patienterne.
  - Der skal dokumenteres mange forhold og det tager tid.
- At patienten utilsigtet får information på uhensigtsmæssig måde
  - Flere spørgsmål til anden dokumentation eller dele af journalen, f.eks. blodprøver som ikke er taget i pågældende afdeling. Man kan ikke altid være sikker på, hvad patienten har fået at vide af andre klinikere, hvad der er dokumenteret i journalen - andre personers journalnotater.
  - Ubehagelige svar på prøver, som patienten ikke var forberedt på eller hvor patienten helst ikke skal se svaret før pårørende evt. er med.
  - At patienten kommer til at læse noget, de ikke endnu er informeret om eller der ikke er relevant for patienten. Skrivemåder, ting, som de skal have at vide af en læge, subjektive vurderinger som er beskrevet af kollegaer.
  - Manglende kompetence til at give patienten aktindsigt
- At det medfører tab af klinisk overblik eller dårligere dokumentation
  - Man kan som fagperson risikere ikke at få den nødvendige ro til at få dannet sig tilstrækkeligt overblik, fordi patienten venter og har øjnene på en samt evt. afbryder.
  - Når man dokumenterer med patienten ved siden af, kan det medføre, at man ikke får dokumenteret det, der er relevant ift. kolleger og videre behandling. EPJ er et også et tværfagligt arbejdsredskab, og dermed også en form for kommunikationsredskab faggrupper imellem.
  - Sproget i journal er ikke nødvendigvis forståeligt for patienterne og stiller krav om, at der skrives forståeligt for patienten – måske på bekostning af kvaliteten af den kliniske dokumentation. Desuden er patienten måske ikke altid enig i, hvad der skal dokumenteres.
  - Hvis man har behov for at diskutere noget af det, der skal skrives med en kollega.
- Patientens tilstand, kognitive status eller sederet
  - Patienten kan være i en tilstand, hvor de ikke er muligt eller vurderes ikke at give mening at anvende EPJ sammen med dem. Det kan være sederede patienter, men også i situationer,

hvor patienten er kognitivt medtaget og hvor det kan være forstyrrende på deres kognitive funktioner.

## 7. Har du andet du vil tilføje?

	Respondenter	Procent
Ja	47	15,1%
Nej	265	84,9%
I alt	312	100,0%

### Manglende udstyr

- Vi mangler pc'er især bærbare for at kunne tage dem med ud på stuen.
- Mangler udstyr
- Det ville være rart, hvis der var plads på stuerne til at der fast var en bærbar PC på rullebord til rådighed. Såvel PC'er som rulleborde mangles.
- 2 skærme er nødvendige, når man skal arbejde med epj og samtidig kunne tilgå de indskannede dokumenter i arkiv. F.eks. se medicinseddel samtidig med FMK afstemmes.

### Øvrige kommentarer

- Det bør være en frivillig / individuel beslutning, hvordan man vil gøre det.
- Jeg savner, at man inde i medicinmodulet kan klikke på doseringsform eller F/PN osv. Hvis man fx har en smerteplaget pt, som desuden får rigtig mange forskellige præparater, så var det før hen hurtigt at klikke på PN, og så blev alle PN medicin listet op efter hinanden.
- Synes ikke generelt det er en god arbejdsgang!
- Har som sagt ikke prøvet at anvende epj i patientens nærhed, eller sammen med patienten
- Vi arbejder på Arbejdsmedicinsk ikke på sengestuer, men med ambulante patienter
- Hvis man skal anvende PC-en patientnært er der noget hygiejnemæssigt i vores tastaturer. De kan ikke rengøres sufficient. Der bør måske tænkes på medicinske tastaturer, der tåler rengøring.
- Behov for flere muligheder - ex. ipad til at medbringe rundt i huset
- Er generelt begejstret for EPJ
- Kan være meget langsommeligt at aktivere, men det er måske et teknisk problem med pc'eren. Skal nogle gange klikke mange gange, før der sker noget.
- Jeg mener ikke anvendelse af EPJ på stuerne vil give højere grad af patientinddragelse
- EPJ er ikke udviklet for patienter, og selve setup og sprogbruget er dem fremmed. Lægen kommer til at virke ukoncentreret og uden ordentlig øjenkontakt. Lægen kan også, hvis vedkommende ikke er meget disciplineret, let fortabe sig i nogle detaljer, som ikke siger pt. noget. Jeg har som sagt prøvet at have en lille PC med - både på stuegang og til samtaler, men måtte erkende, at det ikke var godt. Så jeg prøver at huske så meget som muligt af journal før en ptkontakt eller en samtale.
- Kommer nok til at fungere bedre i Gødstrup når vi får enestuer til patienterne
- Fungerer klart bedst når pt er til stede på stuegangsrummet. Det er meget vigtigt at man har sat sig ind i pt forløbet inden man har dialog med patienten - så pt er i centrum og ikke EPJ
- Er der åben for pårørende eller skal de have lov til at se EPJ
- Jeg synes det er godt hvis pt. er med i hvad der skrives, men der skal også være plads til en snak uden
- Ser begrænsninger i hvornår man kan bruge computer på sengestuer: f.eks når man i forbindelse med at skrive dagens rapport skal reflektere og evt drøfte en situation med kollega. Der er ikke ro på sengestuerne til dette. Pt. og pårørende vil være forstyrrende i refleksionssituationen.
- Det kan virke meget uprofessionelt, at have en computer med ind til pt, som man så ikke rigtigt kan bruge fuldt ud alligevel, hvis den går tør for strøm, hvor nogle ikke giver forvarsel. Eller EPJ lukker ned pga fejl. Ventetid på EPJ er spild af min - og alles tid. fx Spechmac som kan tage 1 min at åbne, 1 min at sende og store performance problemer på de bærbare, som kan gøre at man skal logge af

computeren for at få tilføjet dikterings mulighed. Mange af og på logninger i løbet af en dag er en stor tidsrøver.

- Nogle patienter er i deres dagligdag fortrolig med computeren og er klar over at det er vores arbejdsredskab. For dem kan det føles helt naturligt at anvende EPJ hos. Hos andre vil det føles forkert.
- Godt hvis det mere blev meldt ud fra ledelsen, at det var godt at arbejde mere med dokumentation hos patienten.
- Hvad med at give patienterne mulighed for at skrive i journalen - f.eks lade forældrene skrive deres opfattelse af, hvordan DERES barn har det !
- På stuegang hos især børn fungerer det ikke godt at skrive/diktere længere stuegangsnotater, henvisninger m.m. og konferere telefonisk inde hos patienterne.
- Jeg synes ikke det er så aktuel på "min afd"
- Hører ikke hjemme på stuerne

## Bilag 8 – Interview Skriftlig information til informanter

29/3 2016

Information til deltagere i interview

### **Dokumentation sammen med patienten**

Tak fordi du har sagt ja til at deltage i et interview om dit daglige arbejde, hvor du tager pc'en med på patientstuerne og dokumenterer sammen med patienterne.

Interviewet er en del af afsluttende opgave på uddannelsen Master i Sundhedsinformatik ved Aalborg Universitet.

Vi er to studerende, som ønsker at undersøge, hvilken betydning det har for forholdet mellem sygeplejersker og patienter, at EPJ tages med ind til patienten.

Formålet med projektet er at bidrage til viden om erfaringer med at anvende EPJ og dokumentere sammen med patienten. Derfor vil vi tage udgangspunkt i de oplevelser og erfaringer, der er gjort af sygeplejersker, som allerede anvender EPJ sammen med patienterne.

Deltagelse i undersøgelsen er frivillig. Vi skal derfor gøre dig opmærksom på, at du har mulighed for at trække dig ud igen. Hvis du efter interviewet kommer i tanker om, at du har sagt noget, som du ikke ønsker, skal refereres i undersøgelsen, har du ret til at henvende dig til os og bede os undlade dette i projektrapporten.

Din deltagelse vil blive anonymiseret, så det ikke er muligt at genkende dig eller personer, du evt. omtaler, i det der bliver refereret i projektrapporten.

For bedre at kunne huske hvad du har sagt, optager vi lyd fra interviewet. Lydoptagelsen vil blive behandlet fortroligt.

Venlig hilsen

Lasse Skjalm og Susanne Bjerglund Pedersen

Studerende på Master i Sundhedsinformatik, Aalborg Universitet.

[susper@rm.dk](mailto:susper@rm.dk) eller 51292005.

# Bilag 9 – Interview Guide

## INTERVIEW GUIDE

### Briefing

Informere om:

- Hvad formålet med interviewet er:
  - Bidrage til viden om erfaringer med at anvende EPJ og dokumentere sammen med patienterne
- Forventet tidsforbrug ½-1 time
- Frivillig deltagelse
- Anonymisering
- Optagelse af lyd til efterfølgende bearbejdning
- Lydfilerne bliver behandlet fortroligt i universitets sammenhæng
- Vi noterer evt. stikord undervejs, for at huske, hvad vi mere skal spørge om
- Hvorfor vi vælger at bede informanterne om at bruge deres tid på vores projekt.
- Det er deres oplevelser og erfaringer med at anvende EPJ og dokumentere sammen med patienterne, vi er interesseret i

Udlevere skriftlig information om deltagelse i interviewet.

- Spørgsmål, før vi begynder?

## Interview spørgsmål

*Begge informanter bedes om at svare på samme spørgsmål / uddybende på hinandens svar.*

Forestil jer, at I er mødt på arbejde og er kommet ind til den første patient, I skal møde i dag. Prøv at beskrive, hvordan I bruger EPJ der.

Hvordan oplever I det at dokumentere sammen med patienten?

- Tror I, at det kan øge patientinddragelsen?
- Tror I, at det kan mindske patientinddragelsen?

Hvordan oplever I patient kontakten, når I har en pc med ind på stuen?

Kan I vælge og beskrive en situation, hvor I har oplevet, at det har været en fordel at have EPJ med inde hos patienten?

Kan I vælge og beskrive en situation, hvor I har oplevet, at det har været en ulempe?

Hvordan påvirker det jeres faglige arbejde at dokumentere sammen med patienten?

Hvad mener I, patienterne får ud af, at I dokumenterer sammen med dem?

Hvordan tror I at jeres kollegaers oplevelser har været med at tage pc'en med ind for at dokumentere sammen med patienten?

- Hvilke fordele tror I, at de ser?
- Hvilke ulemper tror I, at de ser?

### **Uddybende spørgsmål**

”gentage det sidste af svaret” - for at lægge op til en uddybning

Kan du give en mere detaljeret beskrivelse?

Hvad betyder det for dig?

Prøv at beskrive, hvordan det er for dig.

Hvad skete der i den situation?

Har du flere eksempler?

Hvordan er det for dig?

Hvad gjorde du så?

Er det noget, du selv kender til?

Hvordan tror du dine kolleger ville gøre?

Har du også selv oplevet?

### **Afrunding (debriefing)**

Sig lidt opsummerende om, hvad vi umiddelbart har fået ud af interviewet.

Har I mere, I synes, det er vigtigt at fortælle?

Har I spørgsmål vedr. denne interviewundersøgelse?

Hvis der bliver sagt nye, vigtige ting, efter at lydoptagelsen er afsluttet, vil vi bede om lov til at tage det med i undersøgelsen.

### **Feltnoter**

Skriv kort om stemningen, oplevelse af informanterne, interviewsituationen.

## Bilag 10 – Interview Feltnoter

### Noter fra interview på HEV og AUH

**Interview #1** 29-03-2016, kl. 08.00

Deltager:

Basis sygeplejerske, HEV

#### **Feltnoter Interview #1**

Interview foregår i et lille mødelokale, med bord og 8 stole. Interviewdeltager sidder på ene side af bordet og vi sidder på den anden.

Interview starter et par minutter over tid. Ellers foregår alt roligt og afslappet efter start.

Er meget interesseret i at svare og bidrager gerne.

Har udelukkende erfaring fra arbejde i afsnit, som er præget af korte patientkontakter med relativt stort, formelt dokumentationsbehov, set i forhold til den korte kontakt.

**Interview #2**, 29-03-2016, kl. 13.00

Deltagere:

Sygeplejerske med specialfunktion, HEV

#### **Feltnoter Interview #2**

Skulle have været to informanter, men den ene blev syg.

30 års erfaring som sygeplejerske.

Meget reflekterende og vil gerne fortælle om sine tanker og overvejelser.

Vil gerne påvirke kolleger til at dokumentere sammen med patienten.

**Interview #3** 04-04-2016, kl. 10.00

Deltagere: Sygeplejerske, dokumentationsnøgleperson, AUH

#### **Feltnoter Interview #3**

Hun nævner at hun har kort tid til rådighed til interviewet (ca. ½ time).

Hun har til opgave at vejlede andre i at tage computeren med ind til patienterne

Noget dokumentation foretages på stuen (klikke af, korte observationer), noget dokumenteres på kontoret (udskrivninger m.m.)

Oversætter dokumentationen når hun læser op

Gik mest op i tidstro data, i stedet for f.eks. Effektivitet (tidsbesparing) eller patientinddragelse.

Koncentrerede sig mest om formidling af måden at anvende SFI på - mindske dobbeltdokumentation.

**Interview #4** 18-04-2016, kl. 10.00

Deltagere: Sygeplejerske, dokumentationsnøgleperson, AUH

**Feltnoter Interview #4**

Har god tid til interviewet. Tager os med i roligt, lyst rum, som bl.a. bruges til patient samtaler.

Er meget interesseret og bidrager gerne til interviewet.

Har 7 års erfaring som sygeplejerske på afdelingen.

Er dokumentationsnøgleperson. Var med ved EPJ implementeringen.

Vil gerne påvirke sine kolleger til at se fordelene for patienterne ved at computeren er på patientstuen.

Fast moteret pc på stuerne.

Ser specielt fordelene for patienten, idet patienten bedre inddrages i planlægning af sygeplejehandlinger, når planerne skal skrives på stuen i stedet for på stuegangskontoret.

## Bilag 11 – Interview 1-4 Indholdstabel

	Timespan	Content – Interview 1
1	0:00,0 - 1:34,5	Introduktion til interview
2	1:34,5 - 2:16,6	Beskrivelse af start på dagen/morgenen
3	2:16,6 - 2:25,7	Patientkontakt
4	2:25,7 - 2:44,3	
5	2:44,3 - 3:15,7	Beskrivelse af dokumentationen
6	3:15,7 - 3:42,2	Læser op for pt. af dokumentation - Sommetider får vi 2 forskellige historier, lægen får én og vi får en anden
7	3:42,2 - 4:26,3	Yderligere beskrivelse af dokumentationen - Meget punktform, dokumenterer mindre end andre steder på hospitalet
8	4:26,3 - 5:32,0	Kan det øge pt.inddragelsen når computer er med? - Får det skrevet ned med det samme, spørger somme tider om der er noget der skal skrives ned?
9	5:32,0 - 5:58,9	Kan det mindste pt.inddragelse at have comp. med - Det er ikke en fordel, jeg står og skriver på den og har travlt
10	5:58,9 - 7:48,8	Hvordan oplever du pt. kontakt med comp. med på stuen - Oplever den er okay. Skal være bevist om ikke at blive fokuseret på computeren og ikke miste pt.kontakten. Det kan godt være at der var noget relevant de kunne fortælle, men jeg SKAL bare have udfyldt det her nu. Pt. bliver lidt "cuttet af". Man skal være opmærksom på også at få kigget på pt. når man har comp. med.
11	7:48,8 - 9:12,2	Beskriv en situation hvor det var en fordel at have comp. med - Ved komplekse ptt. hvor der er mange ting med sonde, medicin, pleje, lejrning osv. kan jeg få de ting skrevet ind hurtigt når jeg står der, også hvis der er pårørende med som kan fortælle nyttige ting.
12	9:12,2 - 10:29,2	Situation hvor du har brugt info fra EPJ til viden om pt. hvor pt. fik fordel af at have comp. med ind - Gengangere som har været her før, så undgår vi at spørge om de samme ting tusinde gange
13	10:29,2 - 11:17,2	Situation hvor det var en ulempe at have comp. med ind, eller måske har fravalgt at have comp. med ind - Det sker

		ved lette Skadestuepatienter, da det er så kort det der skal ske (hos os)
14	11:17,2 - 11:39,8	Snak om dokumentationsmængde
15	11:39,8 - 12:22,2	Tror du det tager længere tid at have comp. med ind? - Nej, helt klart en fordel at have den med. Der går ting tabt, hvis jeg går ud af døren. Jeg bliver forstyrret så snart jeg går ud af døren (til sengestuen). Fordel at få det dokumenteret ved patienten
16	12:22,2 - 13:23,7	Er der forskel på hvordan du vil agere på enestue vs flersengsstue - Jeg spørger om et minimum på flersengsstuer. Det er rarere at have et rum, hvor der kun er pt. + pårørende
17	13:23,7 - 14:13,4	Er dokumentationen god nok når du tager comp. med ind på flersengsstuer? Læser tit op af visitationsnotat og spørger om det er dækkende
18	14:13,4 - 15:27,5	Snak om hvem læser dokumentationen
19	15:27,5 - 17:05,6	Vender du skærmen om til pt.? Nej, det er der ikke tid til, ellers kommer der en kæmpe smøre. Har ikke prøvet det, og tænker ikke det er fordelagtigt for pt., specielt ældre. EPJ er mit arbejdsredskab, udelukkende
20	17:05,6 - 17:40,4	Hvordan ville det være en fordel at vende skærmen om til pt., hvis der var tid? Så er jeg fri for at spørge og de er fri for at fortælle. Måske. I tilfælde hvor man sidder sammen om et bord er det oplagt at smække computeren og så alle kan se
21	17:40,4 - 18:57,1	Beskriv hvordan det påvirker dit faglige arbejde at have comp. med - Jeg skal have skrevet min dokumentation først, før jeg kan tage mig af pt. Jeg udskyder nogle opgaver, til efter jeg har fået ro efter at have udfyldt triageringen
22	18:57,1 - 20:30,3	Hvad får pt. ud af at du har comp. med ind.? - De får et hurtigere forløb, at jeg har nogle hurtigere adgang til målinger, så det går lidt hurtigere. Pt. synes ikke det er unormalt at have comp. med. Nogle gange har de også nogle ting de gerne vil have skrevet ind
23	20:30,3 - 21:28,3	Har du fået direkte tilbagemeldinger fra ptt. om det at have comp. med ind? - Nej, de forventer det
24	21:28,3 - 22:11,2	Hvordan tænker du at kollegaerne ser på fordelene ved at tage comp. med ind? - Nogenlunde det samme som jeg tænker. At få det skrevet hurtigt ned

25	22:11,2 - 24:26,6	Hvilke ulemper ser kollegaerne ved at tage comp. med ind? - Det er tidskrævende, man er fastlåst. Det er selve dokumentationsbyrden, ikke nødvendigvis det at comp. med - Snak om at de dokumentere tilfældige steder i EPJ
26	24:26,6 - 25:29,9	Hvis du selv kunne bestemme, hvad vil du vælge at gøre? Vil du gemme det (dokumentationen) til bagefter så du kan komme i gang med dit "rigtige" arbejde først? - Nej, vil til en hver tid vælge at tage computeren med, så man kan få det skrevet ind med det samme. Det er klart en fordel. Det er et rigtig godt redskab - Vi kan ikke få det bedre.
27	25:29,9 - 28:05,4	Har du gode råd til ny kollega, der skal i gang med at dokumentere sammen med ptt.? - Tag computeren med med det samme, så kan du altid se det relevante. Man kan godt finde en gylden middelvej - Vær bevidst om at kigge på pt., brug tiden når du bevæger dig rundt i lokalet til at se på pt. Man skal øve sig i at få det at blive flydende
28	28:05,4 - 29:16,7	Snak om motivationen for at arbejde med emnet og forventninger til resultatet samt akut-app
29	29:16,7 - 30:05,2	Yderligere snak om akut app og computermangel spl og læger i mellem
30	30:05,2 - 31:25,3	Hvis tablet kunne det samme som computer, hvad vil du vælge? Jeg vil vælge computeren pga. tastaturet. Det ville dog være smart for pt. hvis det var en tablet de selv kunne sidde med
31	31:25,3 - 33:28,2	Fysiske omgivelser - hvilken rolle spiller de, er det besværligt eller ok? - Det er en udfordring, ledninger og vogne, holde comp. ladet og tilgængelige osv. Det fungerer tit ikke. Ingen har ansvaret for at de altid fungerer. Det er svært at få plads til rulleborde+computer på flersengsstuer
32	33:28,1 - 34:07,2	Vil du hellere have computeren fastmonteret eller have mulighed for at flytte den rundt? Logge på og af vil være noget rod ved fastmonteret computere. Nærmere at have mit eget "sæt", så er der styr på det. Det er mere fleksibelt
33		Hvor positionerer du dig i rummet? - Jeg står som regel på højre side, da der er (adgang til) blodtryksapparatet (timespan 34:50-35:20)

	Timespan	Content - Interview 2
1	0:00,0 - 2:35,0	Introduktion, præsentation
2	2:35,0 - 2:50,0	Tager pc med ind til patienterne
3	2:50,0 - 3:58,0	Kolleger læser om patienter først. Vil gerne have dem til at gå ind til patienten først. Observerer patienten først vha. sanserne.
4	3:58,0 - 4:29,7	Skriver ind med det samme.
5	4:29,7 - 5:10,4	Orienterer sig om dagens opgaver hos patienten. Taler med patienten om det. "Det snakker jeg så med patienten om med det samme, når jeg står der"
6	5:10,4 - 5:45,7	Ikke pc med ved opgaver i løbet af formiddagen. "Men jeg prøver meget, og de gange jeg har haft det, så siger jeg bare til patienten, at nu skriver jeg lige noget af det her ned".
7	5:45,7 - 6:14,1	Skriver informationer fra patienten straks. "Når jeg er rundt ved patienterne, skriver jeg simpelt hen ned, hvad det er de siger".
8	6:14,1 - 7:16,4	Brugte EPJ til at læse for pt, der havde været isoleret, hvad der var sket mht. blodprøver, stuegang osv. Stuegangen var foregået ude på gangen, fordi lægen ikke ville tage overtræskittel på. "Han (patienten) følte sig udenfor" "Jeg tog computeren med hen til ham. Han spurgte så først ind til blodprøver. Så viste jeg ham dem. Så var der så noget af hans medicin, han var i tvivl om. Han sad på sengen og jeg sad ved siden af, og så sad vi og ordnede de her ting på computeren." "Fra at have været meget bestemt og med armene over kors, og vred, så fik jeg ham faktisk løsnet op. Og det tror jeg var fordi jeg tog den computer med ind til ham og turde at bare være der sammen med ham."
9	7:16,4 - 7:48,0	Turde at være der. Yngre sygeplejersker har svært ved at tage det, som det kommer.
10	7:48,0 - 8:00,0	"Jeg tror på, at de bliver bedre inddraget, hvis vi skriver sammen med dem"
11	8:00,0 - 8:22,0	Hvis der er meget at skrive, kan patienten blive mistroisk. "Skal du skrive så meget ned?"

12	8:22,0 - 8:30,0	"Man skal ligesom vide, hvornår man skal skrive, og hvornår man skal snakke med patienten. For man kan ikke gøre begge dele på en gang".
13	8:30,0 - 10:15,6	Hvordan vejer du det af? "Jeg prøver meget at snakke færdig med patienten først" Snakker med patienterne om, hvad der bliver skrevet. "Det oplever jeg giver en meget større tillid fra patienterne" "Der er en tid for samtale og der er en tid for at skrive" Hvis man har travlt og tror man kan skrive imens, mister man samhöringhed med patienten. Hvis man har haft en fortrolig samtale, og begynder at skrive, mister man fokus fra patienten. Bevidst om at skille ad, hvornår man skriver og taler med patienten.
14	10:15,5 - 10:44,0	Kunne du lige så godt skrive på kontoret, når du alligevel skal adskille tale og skrivning? Nogle ting er svært at skrive inde på stuen. F.eks. lange sygeplejerapporter om de gamle patienter. Patienten er faldet i søvn. Det virker unaturligt.
15	10:44,0 - 11:18,0	Svært at koncentrere sig, hvis der er flere patienter på stuen. Det kan være en fordel at skrive længere ting på kontoret, og gå ind og fortælle patienten om det bag efter (+udlevere print)
16	11:18,0 - 11:54,0	Nogle er ikke interesseret i at vide detaljerne, blot at hjemmesygeplejersken får besked. Yngre patienter vil vide alt. Lettere demente bliver forvirrede og mistroiske af alt for megen information. "Det er meget afhængigt af, hvad det er for en patient".
17	11:54,0 - 12:26,5	Hvis der er tid, læses uddybende om patienterne efter at hun har hilst på dem og TOKS'et.
18	12:26,5 - 12:51,0	Læser indhold fra journalen højt for patienten, for at resumere, hvad der er sket. Gør det mest i aftenvag, for at give resumé af, hvad der er sket i dag.
19	12:51,4 - 13:05,0	Der er ikke mange andre end mig, der læser højt fra journalen for patienterne. "Jeg prøver det bare af." "Jeg oplever en meget stor tillid fra patienterne."
20	13:05,0 - 13:30,0	Yngre patienter (minus-60 årige) vil gerne have styr på sit forløb. "Det er vi vant til at have". "Der er det unaturligt, at vi nu sidder og skal have styr på det hele."

		Giver tryghed for patienterne at vide.
21	13:30,0 - 14:25,0	Snak om kommende mulighed: "One stop dispensing" projekt.
22	14:25,0 - 15:39,0	Nævn situationer, hvor det var en fordel at have EPJ med ind til patienten. Eksempler på patienter, som fik tryghed ved at få læst op fra journalen. Fik læst op/printet udskrift fra journalen, så patienten selv kunne se det.
23	15:39,0 - 16:10,6	Patienten bad senere om udskrift fra det videre forløb.
24	16:10,6 - 16:34,0	Mere tillidsfuldt og respektfuldt. Respekt for, at det er deres liv og deres sygdom, det handler om. Kan skabe mistillid, hvis vi skriver om patienterne, uden de ved, hvad det er, der skrives. "Her står vi og skriver noget om dig, men du må egentlig ikke rigtigt se det". "Det kan godt skabe lidt mistillid".
25	16:34,0 - 16:44,0	Øger helt klart patientinddragelsen.
26	16:44,0 - 18:15,0	Beskriv en situation, hvor det var en ulempe at have pc med. Ældre, som ikke har computer flair. "De har meget svært ved at forstå, hvad det er man står og laver der." Kan ikke følge med, hvis ikke det er meget konkret. "Så der udvælger du, hvor meget du bruger den der inde?" "Ja, det gør jeg. Ud fra hvad det er for en patient, jeg sidder sammen med". Skriver så enten på kontoret, eller inde på stuen, når hun er færdig med den direkte patientkontakt.
27	18:15,0 - 19:00,0	Hvordan håndteres det, når der er flere patienter på stuen? Andre kan ikke se skærmen, men kan høre hvad der bliver sagt. Snak om diskretion.
28	19:00,0 - 19:34,0	Fortælling om patient, der havde hørt mange CPR numre under sin indlæggelse.
29	19:34,0 - 20:28,0	Læse op sammen med patienten på flersengsstuer. Hvordan gør du det? Det kommer an på, hvad det handler om. F.eks. HIV patient, der ikke havde fået sin medicin. Prøver at være diskret og omformulere.
30	20:28,0 - 21:01,0	Prøver at tale, så andre patienter ikke kan høre, hvad der bliver sagt om den enkelte. "Vender ryggen til, trækker for"

		Men næsten umuligt.
31	21:01,0 - 22:10,0	Diskretion mere et organisatorisk, end et pc-hos-patienten problem. Bliver løst, når vi får enestuer i Gødstrup. Vælger hvad man taler med patienten om, når der er andre til stede.
32	22:10,0 - 24:46,0	Hvilken påvirkning har det på dit faglige arbejde at have pc med? Kan skrive straks. "Glemmer ikke noget". Er færdig med at skrive, når hun kommer ud fra stuen. Men når det er travlt, bliver der kun skrevet det, der kan huskes. Men hvis der sker mange ting, kan man godt glemme noget, hvis ikke man når at få det skrevet, når det sker.
33	24:46,0 - 25:19,0	Beskriv de fysiske forhold - udfordringer ved at have pc med. De fleste rulleborde fungerer med hæve-sænke funktion. Nogle gør ikke.
34	25:19,0 - 27:44,0	Nogle pc'er er langsomme. Det kan tage et kvarter at starte en pc. Har svært ved at holde strøm. Dårligt batteri, eller ikke opladet. Problemer med at få ledningen til at nå, så man kan stå hensigtsmæssigt i forhold til patienten. På kontoret er det også et problem med ledninger.
35	27:44,0 - 28:03,8	Står du op, når du taler med patienten? Sætter mig meget gerne ned, hvis der er en stol. Ligeværdigt forhold, når jeg taler med patienten.
36	28:03,8 - 28:48,0	Modtagesygeplejerskens bord kan ikke sænkes.
37	28:48,0 - 29:53,9	Hvad får patienterne ud af at du dokumenterer sammen med dem? "De er helt med på, hvad det er der sker". "Hvad er det nu, der er gang i, hvad er det, der skal ske her". "At de selv er med i hele deres behandling". If. LUP: 27% oplever, at de ikke er inddraget i egen behandling. Tror det kan løses til dels ved at dokumentere sammen med patienterne.
38	29:53,9 - 31:57,0	Hvilke fordele tror du dine kolleger ser ved at have computeren med på stuen? Mange af de unge siger, at de ikke kan koncentrere sig, hvis de skal skrive inde hos patienten. Kan ikke huske ting, og er meget afhængige af deres papirsedler.

		<p>Dette gælder for mange af de nyuddannede.</p> <p>De, der har bedst kompetence, er ikke bange for at komme ind til patienten uden at have læst først.</p> <p>De med knap så høj kompetence, er usikre og afhængige af papirnotater. "De føler at de udstiller deres uvidenhed"</p>
39	31:57,0 - 32:41,6	<p>Siger du, at det kræver erfaring at kunne håndtere det at gå ind til patienten uden at have læst først?</p> <p>Det kræver i hvert fald kompetence.</p> <p>De der ikke har høj kompetence. "De føler, at de udstiller deres uvidenhed og manglende kunnen. Og det gør de også nogle gange, fordi de er usikre i stedet for bare at tage det, som det står". Det kræver et vist kompetenceniveau.</p>
40	32:41,6 - 33:26,6	<p>Hvad kan man gøre for at få dem med, som ikke har høj kompetence?</p> <p>Kulturen i afdelingen skal ændres til at det bliver almindeligt at gå ind til patienterne, før de har læst.</p> <p>Bange for kritiske spørgsmål fra patient og pårørende.</p>
41	33:26,7 - 34:25,0	<p>Hvad gør du ved kritiske spørgsmål?</p> <p>Prøver at finde ud af det. Beder patienten om at fortælle deres version. I stedet for at gå i forsvarsposition.</p>
42	34:25,0 - 35:32,8	<p>Kræver at man er faglig velfunderet at turde at gå ind til patienten, før man har læst om patienten.</p>
43	35:31,4 - 36:27,0	<p>Er der erfarne, fagligt velfunderede sygeplejersker, der ikke tager pc med ind til patienten?</p> <p>"Ja, for så skal der jo pludselig laves om i gamle vaner."</p> <p>Ja, der er flere, der trækker kulturen i den retning (fastholder den kultur), at man læser om patienten, før man går ind. Der skal en kulturændring til.</p>
44	36:27,0 - 36:57,4	<p>Har du medspillere i den proces?</p> <p>Ja, der er flere.</p> <p>Men der er mange af de lettere uerfarne, eller ikke fagligt stærke, der ikke tør gå ind til patienten først.</p> <p>Der skal ske kompetenceudvikling for den enkelte sygeplejerske.</p>
45	36:57,4 - 38:12,9	<p>Er der nogen, der har søgt råd hos dig?</p> <p>- nye eller erfarne?</p> <p>Nej, det oplever jeg ikke.</p> <p>Men de brokker sig over praktiske forhindringer. Finder undskyldninger for ikke at tage pc med.</p>
46	38:12,9 - 38:54,6	<p>Praktiske, letkøbte undskyldninger.</p> <p>Kan ikke være bekendt at sidde og skrive hos patienten.</p>

47	38:54,6 - 39:36,3	Hvad tror du det handler om, at de ikke kan være det bekendt overfor patienten? At de ikke synes, at de kan have fuld opmærksomhed på patienten, imens de skriver. "Men jeg synes godt at man kan gøre begge dele" - når man er bevidst om det.
48	39:36,3 - 40:51,4	Hvordan vil du vejlede en nyansat, faglig dygtig, velfunderet person? Anbefaler, at de går direkte ind til patienten. Og tør være der i de spørgsmål, der kommer.
49	40:51,4 - 42:00,0	Har de andre bekymringer end de praktiske? Ja, hvad nu hvis jeg ikke kan finde det der spørges om på computeren. Anviser muligheder/praktiske fif for at få svar i EPJ.
50	42:00,0 - 42:31,8	Kan sagtens arbejde ud fra oplysningerne på print fra Anywhere.
51	42:31,8 - 43:06,6	Hvordan har du oplevet magtforholdet v. patientinddragelse? Kan patienten få medindflydelse på, hvad der skal stå? Ja, men har aldrig oplevet, at patienter direkte har bedt om at få noget bestemt skrevet. Tror at patienterne tænker, at det er personalets arbejdsredskab.
52	43:06,6 - 44:31,2	Patientinddragelse - kan bedre lide fælles beslutningstagning. Patientinddragelse er et passivt ord. Paternalistisk. Ved fælles beslutningstagning er vi ligeværdige.
53	44:31,2 - 46:19,9	Har du oplevet et modsætningsforhold i patientinddragelse? "Nej, ikke hvis vi er respektfulde, tillidsvækkende, åbne og ærlige, og tør at tage computeren med ind og vise, at det er det her, der står." Helt åbne om, at der ikke er noget skjult, og at vi tør at spørge ind til deres opfattelse. Giver et jævnbyrdigt samarbejde - ser ikke patienterne som nederst i hierakiet. Der hersker stadig en paternalistisk indstilling. At vi skal nok bestemme de her ting for dig.
54	46:19,9 - 49:17,5	Eksempel med stiknarkoman, der godt selv kender hvilken blodåre, der er bedst at lægge venflon i. Det åbne møde, tid til at lytte til hans historie, gav tillidsforhold, så hun fik lov at lægge venflon. Det handler om at skabe tillid.
55	49:16,8 - 50:25,1	Skaber det højere effektivitet at tage pc med til patienten?

		<p>Sparer det tid?</p> <p>Nej, det tager den tid, det tager, for dokumentationskravet er det samme.</p> <p>Det er hverken mere eller mindre effektivt.</p>
56	50:25,1 - 51:00,0	<p>Det tager den tid, det tager, men jeg har inddraget mine patienter hele vejen, så patienterne måske sover bedre i nat.</p> <p>Men jeg tror ikke, at det sparer nogle ressourcer.</p>
57	51:00,0 - 51:37,0	<p>Afslutning. Tak.</p>

	Timespan	Content – Interview 3
1	0:00,0 - 0:37,4	Hvordan bruger du computeren hos patienten? Til TOKS tidstro ved patienten.
2	0:37,4 - 1:01,2	Patienterne har mulighed for at stille spørgsmål til dagens gang, medicin osv.
3	1:01,2 - 1:36,4	Hvor meget ved du om patienten, når du kommer ind? Mundtlig rapport. Nogle kolleger har behov for at læse om patienten først. Vi er andre, der ikke har. Der er en arbejdseddell, hvor det hele står, og jeg kan finde svar, når jeg har pc med.
4	1:36,4 - 1:45,7	Er EPJ koordinator og sygeplejerske. Opgave: få kolleger til at tage pc med til TOKS, tidstro dok.
5	1:45,7 - 2:21,8	Har I bærbare computere så alle har mulighed for at tage bærbar med? Ja, der er rulleborde og bærbare. Men der er behov for en kulturændring. Men det er meningen at alle skal gøre det.
6	2:21,8 - 3:09,8	Har du prøvet at sidde og skrive sammen med patienten? Til at tjekke om antal aff. passer med patientens opfattelse. Tjekke facts af. Skriver ikke lange stile - tror jeg ikke der er nogen der gør på stuen. Mere klik af SFI'er.
7	3:05,8 - 3:12,8	F.eks. tjekke væskeskema, det er nærliggende at gøre inde ved patienten.
8	3:12,8 - 3:50,7	Det, du gør sammen med patienten. Tror du det øger patientens mulighed for at være inddraget i sit forløb? Ingen forskel om jeg skriver det inde på stuen eller på kontoret. Ved ikke om patienten har nogen bestemt opfattelse. Jeg har en dialog med patienten, men det gør ikke forskel hvor jeg er, når jeg skriver.
9	3:50,7 - 4:06,8	Har det nogen påvirkning på den måde, du inddrager patienten på? Nej, det har jeg ikke nogen fornemmelse af overhovedet. Øger eller mindsker det patientinddragelsen?..
10	4:06,8 - 4:31,9	Har du nogen tilbagemeldinger fra patienter, om at de f.eks. synes, at det har været godt at du kan svare med det samme? Nej, jeg synes ikke at der har været nogen tilkendegivelser. Måske fordi vi ikke alle gør det ens.

11	4:31,9 - 5:09,7	Hvordan oplever du kontakten til patienten, når du har computeren med ind? Nogen synes måske at det kan blive lidt fjernt, men det synes jeg ikke. Det tager ikke noget i det der møde mellem sygeplejerske og patient. De er jo vant til det alle vegne, at der er computer med.
12	5:09,7 - 5:43,9	Prøv at beskrive de fysiske forhold, når du har computeren med? Det er lige der, hvor man kan få plads. Der er ikke meget plads. Men det er meget forskelligt, hvor vi står henne. Det er ikke sådan at patienten ser skærmen.
13	5:43,9 - 6:11,7	Læser du op, når patienterne spørger om noget? Læser ikke direkte op, men læser selv og forklarer for patienten. Tjekker f.eks. overensstemmelse med medicin.
14	6:11,7 - 6:25,6	Det er meget at tjekke faktuelle ting.
15	6:25,6 - 7:09,3	Aldersgruppen på afdelingen? Fra 16 år. Generelt ikke så gamle. Kroniske tarmpatienter, leverpatienter, intern medicinske. De ældste er 60-70 årige ca.
16	7:09,3 - 8:00,7	Er der patienter, der beder om at få bestemte ting skrevet i journalen? Nej, det synes jeg ikke. Mest hvis pårørende har praktiske opmærksomhedspunkter, de gerne vil have nævnt. Ikke "det vil jeg gerne have ført til journal".
17	8:00,7 - 8:30,9	Samtaler med pårørende, hvor de har praktiske ting, de gerne vil have der bliver husket en anden gang.
18	8:30,9 - 9:00,4	Hvordan tror du dine kolleger tænker om at tage pc med til patienterne? Nogle har set lyset af at TOKSE hos patienten. Men at dokumentere ret meget der inde, det tror jeg det er de færreste, der har set lyset af endnu.
19	9:00,4 - 9:23,6	De færreste har set ideen i at bruge "klik af SFI" i stedet for opdateret status.
20	9:23,6 - 10:03,9	Har selv set lyset ved at skrive straks hos patienten. Nogle kolleger har også. Kan tjekke oplysninger af med patienten med det samme.
21	10:03,9 - 10:52,7	Sparer du tid på det? Ja, vinder tid. Glemmer ikke noget.

		Dokumentationen bliver afsluttet, inden jeg går fra patienten.
22	10:53,0 - 11:22,9	Er der fælles træk ved de, der ikke synes, at det er den bedste idé? Tendens til at det er de ældre, der er mest trygge ved papiret. De yngre vil hellere prøve noget nyt.
23	11:22,9 - 12:01,2	Har du oplevet, eller har kolleger nævnt ulemper? Ikke i forhold til de SFI'er vi bruger nu. Det tror jeg ikke der er nogen, der har snakket om.
24	12:01,2 - 12:47,3	Hvad gør I på fler sengs stuer? Diskretion - ingen forskel om det er computeren, eller papir, jeg har med.
25	12:47,3 - 14:10,2	Ideel verden. Hvordan kunne du bruge computeren sammen med patienten? Der skulle sidde en computer på sengen. Andre muligheder - tablet afprøves. Muligvis noget at vinde ved klik af SFI.
26	14:10,2 - 14:40,7	Overvinde praktiske barrierer. Holdningsændring nødvendig.
27	14:40,7 - 15:05,8	Der er dokumentation inde på kontoret, men ikke så meget i aftenvagten.  Der er meget dobbeltdokumentation.
28	15:05,8 - 15:37,0	Prøver at få kolleger til at anvende dokumentationsredskabet bedre. Mindske dobbeltdokumentation.
29	15:37,0 - 16:40,7	Kunne du forestille dig, at patienterne kunne bidrage med noget, hvis der var noget, de selv kunne skrive? Ja, f.eks. kostregistrering. Det er en tidrøver. Kunne give patienten bedre forståelse for sygdom. Starte patientoplæring på den måde. Det ville være rigtigt smart, hvis patienten selv kunne udfylde.
30	16:40,0 - 17:01,8	Vil du kunne gøre det sammen med patienten i EPJ, som det er nu? Nej, kostregistreringen findes kun på papirform.
31	17:01,8 - 17:47,0	(tænkepause) Opsummering fra Lasse.
32	17:47,0 - 18:17,5	Lægeligt kunne der vises noget visuelt. Alle læger har pc med ved stuegang. Det er også tanken, at sygeplejersker skal dokumentere mere sammen med patienten.
33	18:17,5 - 18:20,7	Det er vores ledelses tanke, som vi prøver at arbejde hen imod.

34	18:20,7 - 18:57,2	Hvor meget af lægernes dokumentation foregår på stuen. Næsten alt - i hvert fald for de ældre læger, med mindre, der er noget, der skal konfereres.
35	18:57,2 - 19:24,3	Hvad tror du ledelsen vil opnå med at få jer til at dokumentere sammen med patienten? Ved jeg faktisk ikke - i bedre fysiske rammer i det nye hospital bliver kontorerne ikke til det - følge en overordnet strategi om at det bliver mere patientnært og at vi skal have ensrettet vores dokumentation.
36	19:23,7 - 20:24,4	Patientnært - ligger der heri noget med patientsikkerhed, effektivitet, Hvad er din vægtning, når du siger patientnært. Kun positive oplevelser. Jeg ved at vi har forstået hinanden - det er rart. På den måde er det sikkert, at det de fortæller også er det, vi skriver, så vi ikke taber noget undervejs.
37	20:24,4 - 21:05,2	Hvordan oplever du samtalen/samværet med patienten, når du skal have noget skrevet undervejs? Nu er det blevet sådan det er. Har øjenkontakt, når man taler, og så skriver man. Veksler mellem at se på patienten og skrive.
38	21:05,2 - 22:21,3	Andre vi har interviewet har givet udtryk for, at dele af journalen, der skal udfyldes, skal gøres først, før man kan koncentrere sig om patienten. Kan du genkende det? Nej, får fint kontakten med patienten. Fordel at TOKS scoren bliver beregnet med det samme, når man skriver den ind i EPJ.
39	22:21,3 - 22:47,8	Det bliver indarbejdet som en naturlig del. Det ved jeg det er for alle. Ingen forskel om det er pc eller papir.
40	22:47,8 - 23:13,6	(tænkepause - har vi flere spørgsmål)
41	23:13,6 - 24:09,3	Har ledelsen meldt noget ud om, hvorfor vi skal gøre dette? Tanken er, at det skal være sammen med patienten. Ikke patientsikkerheden. Tidstro dokumentation sammen med patienten. Også fordi de fysiske rammer ikke bliver til det - man kan lige så godt vænne sig til det.
42	24:09,3 - 25:22,6	Der bruges forskellige ord fra ledelsesside.  Her mest tidstro hos patienten. Tjekke af, hvad der er sandt for patienten (antal aff.)

43	25:22,6 - 26:11,3	<p>Hvad betyder det for din måde at udføre dit faglige arbejde på?  Jeg har ikke gjort det så meget anderledes end før.  Det er bare hurtigere, og jeg skal ikke gå ind til patienten igen, hvis jeg har et tillægsspørgsmål.  Det falder naturligt, at jeg gør det færdigt hos patienten. Fungerer bedst i aftenvagter.</p>
44	26:11,3 - 26:38,6	<p>Dokumentation af udskrivelse vil altid foregå på kontoret.  Den dokumentation, der foregår bedst hos patienten er i aftenvagten.  I dagvagten er det primært TOKS, der foregår bedst hos patienten.</p>
45	26:38,6 - 27:19,4	<p>Hvad er det for nogle andre ting, du får med i journalen i aftenvagten?  Der er mere opfølgning på dagen i aftenvagten.</p>
46	27:19,4 - 28:25,9	<p>Hvilken dokumentation, der kan foregå sammen med patienten afhænger af karakteren af det arbejde, der skal udføres.  I aftenvagter er der ikke så mange svinkeærinder og antal "dokumentationsdele"  Det er mere opfølgning på dagens planer.</p>
47	28:25,9 - 28:44,1	<p>Tjekken op på, at man er enig med patienten om, hvad der sker.</p>

	Timespan	Content – Interview 4
1	0:00,0 - 0:32,2	Er du vant til at tage computeren med ind til patienten? - 'Ja, vi er så heldige at have computer på stuerne'. 'Det betyder at vi altid har IT tilgængeligt hos alle vores patienter'
2	0:32,2 - 0:51,3	Er der flere patienter på stuen? - 'Vi har 1 fire-sengs stue og ellers 2 sengs stuer og enkelt stuer'. En computer på hver stue. 'Det er en problemstilling på en 4 sengs stue hvor vi fire om én computer'
3	0:51,2 - 1:14,7	'Vi har i princippet også bærbare computere, som vi ind i mellem vælger at tage med ind'. 'Særligt på 4 sengs stuer hvis man skal lave journal optagelse'...'hvor man skal bruge den lidt mere end bare lige notere sig de almindelige observationer'
4	1:14,6 - 1:50,8	Kan du prøve at fortælle hvordan din dag starter? - 'Vi orienterer os i journalen på stuegangskontoret. Det gør vi ikke hos patienten'. Alt hvad der skrives, måles, noteres om patienterne, noteres på stuerne. 'Det er rigtig fint'
5	1:50,8 - 2:04,9	'Så får man det skrevet ned med det samme'. 'Der er noget patientsikkerhed i det'. Man sikres sig at det er den rigtige patient, og det skrives med det samme.
6	2:04,8 - 2:17,2	Førhen skrev man på seddel og gik hen og skrev det ind. Det er der flere fejlkilder i.
7	2:17,1 - 2:56,7	I kan godt være flere sygeplejersker på samme stue på samme computer? - 'Nej, vi kan kun notere på vores personlige login.' Hvis jeg skal notere noget og der er en anden der er logget ind, vil det enten foregå ved at skrive det på en seddel og skriver det på stuegangskontoret eller også venter man til der er ledigt. Det er om morgenen det er et størst problem, da vi skal forbi alle patienter på stuen på én gang
8	2:55,4 - 3:10,6	Så i kan godt være 4 spl. på stuen på én gang? - Som regel så er fordelingen at man har 2-3 ptt. på stuen
9	3:10,6 - 4:21,9	Sker det at du dokumentere sammen med pt.? - 'Ja i en ankomststatus [...] har vi prøvet at skabe en kultur for at [...] at det gør man sammen [...] og vi synliggøre at vi skriver det der bliver sagt'. 'Det er der en signalværdi i, at det du siger nu til mig, det er noget der bliver journalført.' 'Det kan jeg meget godt lide, at der er den synlighed, at lige nu er det ikke nødvendigvis en tavshedspligt mellem patienten og mig, men

		noget jeg skriver ned og det kan de se jeg gør. Så der bliver sagt der er også [...] til den skrevne journal, og ikke en personlig samtale.'
10	4:21,8 - 4:50,8	Det signal du gerne vil sende med det er? - 'Det er at patienten er bevist om at det ikke kun er noget mellem ham og mig'. 'Det er synligt for hele plejegruppen og læger og terapeuter på afdelingen'. 'Vi italesætter det også.'
11	4:50,8 - 5:19,6	Hvad tænker du at patienten skal vi det for? - 'For der kan være noget som [...] man ikke har lyst til at skal vides af alle.' 'Der kan være noget personligt terapeutisk at tale men én enkelt om det, men det er ikke noget de har brug for skal meldes ud.'
12	5:19,6 - 5:33,3	Så det er at skelne mellem om man ved hvad der kommer til at stå i journalen? - 'Ja, der er en skarp skelnen, og når man sidder med en skærm er der et signal i det, at man sidder direkte og noterer'
13	5:33,3 - 6:17,9	Tror du det kan øge patientinddragelsen? - 'Ja, både og.' 'Når man sidder med den der skærm, kan man ikke lade være med at lade sig lidt styre af vores [...] skemaer'. Der er et helt klart fokus (fra VIBS modellen) og man snakker ud fra de problemstillinger
14	6:17,9 - 6:28,9	Hvad betyder det for patientinddragelsen? - 'Noget er måske lidt for styret i forhold til at komme på banen med noget at det der i virkeligheden fylder for dem'.
15	6:28,9 - 7:06,1	'På den anden side [...] får man det synliggjort, og så kan man med det samme [...] lægge planen umiddelbart der efter'
16	7:06,1 - 7:52,6	Hvordan spiller det ind at du har computeren med? - 'Det er i hvert fald en øvelse. At man med det samme skal bearbejde nogle data og få det lavet om til en plan'. 'På den anden side, vil det også blive patientens ønske i højere grad og ikke noget jeg sidder og finder på inden på kontoret'. 'Hvis man sidder og gør det på stuen, er man bare i højere grad tilbøjelig til at høre hvordan kunne du tænke dig at vi hjælper dig på dette område'
17	7:52,6 - 8:10,3	Så du får snakket med patienten? - Ja, hvis jeg gør det på kontoret er der meget tid brugt. Her kan jeg gøre det [...] i patienttiden.
18	8:10,3 - 8:15,4	'Så bruger man måske også mere tid hos patienten i og med at man laver dokumentationen hos patienten.'

19	8:15,4 - 8:26,2	Det kan man bruge meget tid på, hvis man først snakker og planlægger med pt. og efterfølgende skal ind og skrive den (dokumentationen)
20	8:26,2 - 9:14,1	Kan der også være noget ved at have comp. med, der gør at du får mindre pt.inddragelse? - 'Ja, nogle områder som ligger uden for de 12 sygeplejeproblemområder [...] som vil gå lidt tabt, særligt når der er flere i sådan en snak som pårørende, børn eller søskene'. 'Det kan godt gå meget tabt [...] fordi man skal forholde sig til noget meget konkret'
21	9:14,1 - 10:01,7	Gør i noget for at kompensere for det? 'I den daglige pleje står vi ikke ved computerskærmen' og der får de noget af det (mulighed for at snakke personligt) 'Jeg kan tydeligt mærke forskel, når jeg står ved skærmen og når jeg sidder ned ved patienten'. 'Det er nogle andre ting vi snakker om og nogle andre ting der kommer frem'.
22	10:01,6 - 11:18,7	Vil nogle af de ting (der kommer frem) også være nogle af de ting du går ind og registrer? - 'Det sker ofte, fordi der kommer nogle andre ting frem' Der i optagelsen (ankomststatus) hvor vi er bedst til at tage computeren med, bliver det meget konkrete ting
23	11:18,7 - 12:25,0	Er computeren med til at forhindre dig? 'Computeren er ikke med til at forhindre mig i at spørge ind til det' [...] 'men det kan være nogle andre svar jeg får tilbage' Pt. er bevidst om at der skal optages nogle data, så der kan planlægges mest hensigtsmæssigt. 'Når vi sidder og snakker personligt ved sengen, så er det måske nogle af de ting de tænker der ikke lige er tid til eller overskud til eller er vigtige for plejen og behandlingen'
24	12:25,0 - 12:38,1	Der signaleres at når computeren er der, skal der noget faktisk ind i computeren, og når den ikke er der, sker der noget andet
25	12:38,0 - 13:42,8	Hvordan foregår det med aftenvagte? - Når man møder ind om aftenen arbejder man ud fra en plan der er lagt, så går man rundt og hører hvordan det går hos patienterne som er meget åben og ikke styret af noget på en computer. I dagtiden forholder man sig meget til konkrete ting og der er dagsordener der skal igennem
26	13:42,8 - 14:13,8	Hvis der er noget der skal journaliseret på aftenvagten, hvad gør man så? 'Alle de målinger vi laver gør vi på skærmen.' 'Vi logger altid på computeren, når vi laver målinger'
27	14:13,8 - 16:03,8	Hvis man opdager en ny problematik, kan man også godt lægge en plan med patienten i aftenvagte, men der er mindre

		tendens til det, og man vil i højere grad gå på stuegangskontoret og dokumenterer. Der er nok noget arbejdsgang eller kultur i det, men mange tænker nok at der er noget tid vundet, ved ikke at lave den store forkromede plan med patienten. 'Men det er der ikke' 'Der er rigtig meget vundet ved at lytte til patienten'. 'Det nytter ikke at vi lægger en plan som vi næste dag kan vurdere at den virker ikke, for det er ikke det patienten ønsker' 'Det kan godt være, at det er en her og nu opgave der er tidskrævende, men den er vundet for de kommende dages behandling'
28	16:03,8 - 16:35,3	'Rigtig ofte har de (patienter) selv en masse handlingsplaner selv i hovedet [...] og kan hurtigt give udtryk for hvad der virker' Så hvis i sidste ende vil det trække længere ud hvis jeg har skrevet planen på kontoret i stedet for sammen med pt.
29	16:35,2 - 17:05,0	Hvis du skal beskrive kontakten med patienten når du har computeren med? - 'Jeg har en fornemmelse af at der en anderledes distance, når skærmen er der'. 'Det er tydeligt at der er med henblik på registrering og dataindsamling'
30	17:05,0 - 17:54,7	'Vi er så heldige at den (computeren) er over på en væg, så man er tvunget til at gå lidt frem og tilbage, så der er en tydelighed i det. Nu skriver jeg, og nu snakker vi'. 'Det er en fordel at jeg kan gå lidt til og fra, så har man øjenkontakt og aktiv lytning'.
31	17:54,6 - 18:02,4	'Hvis man står med skærmen i mellem sig, kunne man miste koncentrationen i hvad der egentligt bliver sagt'
32	18:02,3 - 18:11,5	'Jeg synes at der er fint, at nu går man til skærmen og skriver det man har aftalt, og går tilbage og har dialog'.
33	18:11,4 - 19:23,3	Ud over det tydelige skifte, er der andre ting i gør for at håndtere dilemmaet mellem patientkontakt og computer? - 'Jeg tror der er mange der fravælger at synliggøre at det journalført' Da vi indførte det på stuen frygtede folk at nu mistede vi den intimitet der kan være i en dialog og det bliver mere end kold samtale pga. skærmen
34	19:23,3 - 19:49,8	'Jeg gør i hvert fald det med at signalere tydeligt og italesætte det' (når der journaliseres)
35	19:49,8 - 22:12,1	Kan du vælge en situation hvor du tænkte, at det var en fordel at have computeren? - 'Der er masser af fordele i dagligdagen' 'Mange patienter har helt konkret behov for viden og at kunne følge med. Og så kan man lynhurtigt svare' (når man har computeren) 'Nogle gange inviterer jeg dem med hen til skærmen, så de kan se blodprøver [...] vise

		skanningsbilleder'. 'Det kan være meget håndgribeligt at [...] der kan man se tumoren'. 'Det er lidt individuelt om vi vælger at vise billeder'. 'Der er det enormt gavnligt, da vi ikke kan invitere dem ind på kontoret og se svar'. 'Den daglige stuegang blive virkeligt højnet' Når man skal svare pt. undgår man også at gå på gangen, hvor man bliver afbrudt
36	22:12,1 - 22:38,9	Viser du nogengange tekst skrevet af andre i journalen? - 'Nej det gør vi ikke.' Vi viser svar og skanninger og prøver
37	22:38,8 - 23:39,4	Hvordan hjælper det patienterne? - 'Man kan hjælpe dem med at forstå hvad der blev sagt [...] og deres egen sygdom' 'Det kan også være patienter der har været i krise de sidste mange dage, og så kan man gå forløbet igennem' Det kan være ptt. der har været delirøse eller pt. fra et andet afsnit, så man kan forklare hvad der skete. 'Så har man en hurtig tilgang til viden, som man kan give videre'
38	23:39,4 - 25:17,1	Har du været ude for at ptt. gerne vil have at der bliver skrevet bestemte ting i journalen? - 'Kun i konkrete tilfælde, f.eks. jeg er vegetar [...] så slipper de for at skulle forklare sig hver dag eller sikre at der bliver bestilt det rigtige hjem'. Det kan også være kulturelle ting eller lign. Meget konkrete ting. Heller ikke af pårørende. 'Mange patienter har ikke en fornemmelse af hvad det er vi ligger vægt på at skrive eller dokumentere'. 'Nogle gange har de en anden opfattelse af hvad der er relevant at der skrives, og det er noget man skal synliggøre for dem'.
39	25:17,1 - 27:02,9	Ptt. er ikke altid klar over at spl. kan finde på at videregive noget de (ptt.) troede var en personlig samtale, og det kan blive skrevet i journalen. Det tænker ptt. ikke på. Vi arbejder meget med at det skal synliggøres for ptt. at det vi har talt om skriver jeg ned. Så ptt. ved hvorfor det bliver skrevet ned. Der skal være en mening med hvorfor man skriver noget ned om ptt.
40	27:02,8 - 29:15,5	Hvis du skal prøve at tænke situationer, hvor du tænker det er en ulempe at have computeren med? 'Det er svært. Jeg er meget fortaler for computere på stuen' Det er ærgerligt hvis ptt. bekymrer sig for at åbne op, for er det (de siger) noget der kommer videre? Hvis ikke man har kultur på en afdeling for at man sætter ord på hvornår der dokumenteres og hvornår har vi en fortrolig samtale. Det skal være synligt. Man skal italesætte det.
41	29:15,5 - 30:46,9	Hvad er dit indtryk ift. at have mere effektive arbejdsgange med dette? 'Der er stor forskel. Nogle patienter har stort talebehov.' 'Det kan være tidskrævende'. Ved ptt. der tydeligt

		giver udtryk for hvad der er et problem, kan man spare tid ved planlægningen, så man ikke skal sidde på kontoret og gætte/selv lave vurderingen alene
42	30:46,8 - 32:03,8	Du nævnte også at der er noget kvalitet i at få det gjort med det samme? - Mest af alt patientsikkerheden, at man er sikker på at man får dokumenteret den rigtige problemstilling på den rigtige patient. 'Man tømmer også sit eget hoved. Som sygeplejerske er det meget hensigtsmæssigt at man får afsluttet en problemstilling, så man ikke har noget man skal huske eller vende tilbage til'. 'Så kan man lettere holde nogle flere bolde i luften, hvis man får færdiggjort nogle ting' 'Patienten føler sig mere hørt'
43	32:03,8 - 33:38,2	Har du fået nogle konkrete tilbagemeldinger fra ptt. (godt eller skidt)? - Det har jeg aldrig prøvet. 'I starten havde man meget lidt tendens til at tage den i brug, men efterhånden som man vænner sig til den som et arbejdsredskab på stuen bruger man den mere og mere'. 'Patienter er vant til at den skærm den er der' 'De har selv en skærm. De kan selv slå op på Borger.dk og følge lidt med også' 'Det bliver mere og mere integreret i vores samfund i alt'.
44	33:38,2 - 34:34,3	Mange ptt. er positive over at vi med det samme, når de kommer fra en anden afdeling, kan se hvad lægen har skrevet. Det kunne vi ikke før. 'Det er rart, at vi med det samme kan iværksætte det'(en anden læge på en anden matrikel har gjort noget ved)
45	34:34,3 - 35:23,6	Hvad får pt. ud af at dokumentere sammen på stuen? - 'De får en masse ud af at vi med det samme får noteret nogle data ned'. 'De kan give udtryk for om der er noget de vil have journalført'. Vi håber at de får noget ud af at vi planlægge sammen med patienten
46	35:23,5 - 36:56,7	Hvordan påvirker det jeres faglige arbejde? - 'Man er meget udstillet på sin faglighed.' (når man planlægger sammen med patienten) 'Man skal kunne komme med nogle falige argumenter for hvorfor noget kan være hensigt eller mindre hensigtsmæssig' 'De nye sygeplejersker i højere grad kommer til kort, når man førhen gik på kontoret og sammen med en mere sygeplejefaglig kompetent kollega, kunne lægge en plan' 'Der kan det sværere for en ny sygeplejersker at gå ind på stuen og lægge en plan' Hvis man ikke kan komme med noget ud over det pt. kommer med, kan man ikke kvalificere den plan man har lagt. Det kan man dog løbende gøre. Man kan også gå ud og sparre.

47	36:56,6 - 38:28,4	Hvordan tror du dine kollegaers oplevelse er med at have computeren med? - 'Den ældre generation af kollegaerne, 50+ har lidt svært ved det, og det er nok det med at formulere sig på en skærm' 'De yngre er gode til at skrive enormt hurtigt og vant til at skrive om sygepleje' 'Den ældre generation er enormt dygtige til at få patienten klædt på (til at modtage behandling) har de sværere med at formulere sig på skrift'
48	38:28,3 - 39:00,2	Hvad vil dine kollegaer sige er fordele? - 'Det er at have data lige ved hånden' 'Det at kunne notere de helt faktuelle ting med det samme'
49	39:00,1 - 40:12,4	Hvilke ulemper ville dine kollegaer se ved det? - 'Man måske kan miste noget af nærheden i samtalen' 'Den bekymring er blevet mindre' Det er ikke alle der står ved skærmen og ligger planen på stuen. Det er i hvert fald synligt for pt. at vi medinddrager dem, når vi står ved computere på stuen
50	40:12,4 - 40:57,0	Snak om at få alle kollegaer til at bruge computeren på stuerne
51	40:56,9 - 42:41,2	Anbefalinger til en ny kollega? - 'Patientens fordele ved det'. 'Vi introducere alle nye kollegaer til at inddrage alle patienter i deres planer' Der er en signalværdi overfor pt. at det er en plan vi ligger sammen på computeren og det er den der går videre. Det motiverer pt. til at få italesat hvad der kunne være af ønsker. Så kan de bare sige det én gang, i stedet for at alle kommer og spørger
52	42:41,2 - 45:07,6	Fysiske omgivelser - Hvordan foregår det? - 'Det kan blive en meget personlig snak i et meget stort rum' (på flersengsstuerne) 'Vi kan ikke bede alle om at gå ud på sådan en flersengsstue'. 'Det er fint at man kan signalere lidt fortrolighed ved at tage en computer med ned til sengen og trække gardinet lidt for'. Der vælger vi at tage en bærbar med ind med problemstillinger. Mange sidder på stolen ved siden af sengen med bærbar på skødet. Vi har ingen rulleborde og ledninger m.m.
53	45:07,5 - 46:38,2	Du nævnte diskretion, går i andet for at imødegå den problemstilling? - 'Vi tager dem tit med uden for' og så har vi tit en skærm med ind i konsultationsrum
54	46:38,1 - 47:58,6	Ledelsens motivation, hvorfor i skal gøre dette? - 'Der er noget patientsikkerhed at vi kan føre det (data) over med det samme' 'En klar fordel i at kunne genfinde data hurtigere'
55	47:58,5 - 48:31,1	Der er mange ptt. der generes af skærmene der lyser om natten

56	48:31,1 - 48:37,8	Afslutning
----	-------------------	------------

## Bilag 12 – Nodes Fra de første til de endelige

Nodes fra de to første sæt til de endelige nodes

<b>Name - Lasse Interview 1</b>
Effektivitet
Patientinddragelse
Dokumenterer sammen med patienten
Fordel at have computer med ind til pt.
Praktiske-tekniske omstændigheder
Ulempe at have computer med ind til pt.
Patientkontakt
Negativ indvirkning på pt.kontakt

<b>Name - Susanne Interview 2</b>
Diskretion
Effektivitet og tidsbesparelse
Fysiske forhold
Positionering i forhold til patienten
Kulturændring
Læser sammen med patienten
Tryghed for patienten
Viden om eget forløb
Møde patienten før læsning
Turde at være til stede

Patientens kognitive niveau
pc med hos patienten
Skriver sammen med patienten
Mistro
Noget er svært at skrive sammen med patienten
Opmærksomhed på patienten
Tillid og respekt for patienten
Skriver straks
Sygeplejerskens kompetenceniveau
Øger patientinddragelsen

<b>Name - Hoved nodes</b>
Effektivitet
Patientinddragelse
Praktiske omstændigheder
Andet

<b>Name - valgte nodes til kodning</b>
Andet
Diverse
Påstand #1
Påstand #2
Effektivitet

Påstand #1
Påstand #2
Patientinddragelse
Påstand #1
Påstand #2
Praktiske og tekniske omstændigheder
Påstand #1
Påstand #2

<b>Name - Ændret ved start på kodning (11/4 2016)</b>
Andet
Diverse
Fordele - andet
Ulempe - andet
Effektivitet
Fordele - effek
Ulempe - effek
Patientinddragelse
Fordele - ptind
Ulempe - ptind
Praktiske og tekniske omstændigheder
Fordele - prak
Ulempe - prak

<b>Name - Ændret ved start på kodning (13/4 2016)</b>
Andet (Det, der slet ikke handler om patientinddragelse)
Diverse
Effektivitet
Fordele - effek
Ulempe - effek
Neutral - effek
Patientinddragelse
Fordele - ptind (hvad er en fordel i forhold til at skulle balancere dilemmaet og ikke miste personlig kontakt)
Ulempe - ptind (hvad er en ulempe i forhold til at skulle balancere dilemmaet og ikke miste personlig kontakt)
Neutral - ptind (forholder sig neutralt til betydningen for balancen mellem bedre patientinddragelse og mindre kontakt)
Praktiske og tekniske omstændigheder
Fordele - prak
Ulempe - prak
Neutral - prak

## Bilag 13 – Reference Views

**Name:** Patientinddragelse\Fordele

<Internals\\Interview 1> - § 6 references coded [17,09% Coverage]

Reference 1 - 1,53% Coverage

Beskrivelse af dokumentationen - (Skriver du sammen med pt.) 'Nej ikke som sådan', 'Det er meget lige hurtigt, det de fortæller os, og det vi ser'

Reference 2 - 1,29% Coverage

Læser op for pt. af dokumentation - 'Enkelte gange læser jeg op af hvad jeg har skrevet', 'Hvis jeg er i tvivl om jeg har skrevet det korrekt ned', 'Sommetider får vi 2 forskellige historier, lægen får én og vi får en anden'

Reference 3 - 3,21% Coverage

Kan det øge pt.inddragelsen når computer er med? - 'Det ved jeg faktisk ikke hvad jeg skal svare til'. Får det skrevet ned med det samme, spørger somme tider om der er noget der skal skrives ned?

Reference 4 - 4,07% Coverage

Beskriv en situation hvor det var en fordel at have comp. med - Ved komplekse ptt. hvor der er mange ting med sonde, medicin, pleje, lejring osv. kan jeg få de ting skrevet ind hurtigt når jeg står der, også hvis der er hjælper eller pårørende med som kan fortælle nyttige ting.

Reference 5 - 2,43% Coverage

Er dokumentationen god nok når du tager comp. med ind på flersengsstuer? Ja. Læser tit op af visitationsnotat og spørger om det er dækkende eller om der er kommet nyt

Reference 6 - 4,55% Coverage

Hvad får pt. ud af at du har comp. med ind.? - Jeg vil gerne tro at de får et hurtigere forløb, at jeg har nogle hurtigere adgang til målinger, så det går lidt hurtigere. 'Det går hurtigere' Pt. synes ikke det er unormalt at have comp. med. Nogle gange har de også nogle ting de gerne vil have skrevet ind

<Internals\\Interview 2> - § 20 references coded [30,20% Coverage]

Reference 1 - 0,48% Coverage

Tager pc med ind til patienterne

Reference 2 - 2,20% Coverage

Kolleger læser om patienter først.

Vil gerne have dem til at gå ind til patienten først.

Observerer patienten først vha. sanserne.

Reference 3 - 1,31% Coverage

Orienterer sig om dagens opgaver hos patienten.

Taler med patienten om det. "Det snakker jeg så med patienten om med det samme, når jeg står der"

Reference 4 - 1,14% Coverage

Ikke pc med ved opgaver i løbet af formiddagen.

"Men jeg prøver meget, og de gange jeg har haft det, så siger jeg bare til patienten, at nu skriver jeg lige noget af det her ned".

Reference 5 - 2,01% Coverage

Brugte EPJ til at læse for pt, der havde været isoleret, hvad der var sket mht. blodprøver, stuegang osv. Stuegangen var foregået ude på gangen, fordi lægen ikke ville tage overtrækskittel på. "Han (patienten) følte sig udenfor"

"Jeg tog computeren med hen til ham. Han spurgte så først ind til blodprøver. Så viste jeg ham dem. Så var der så noget af hans medicin, han var i tvivl om. Han sad på sengen og jeg sad ved siden af, og så sad vi og ordnede de her ting på computeren."

"Fra at have været meget bestemt og med armene over kors, og vred, så fik jeg ham faktisk løsnet op. Og det tror jeg var fordi jeg tog den computer med ind til ham og turde at bare være der sammen med ham."

Reference 6 - 0,39% Coverage

"Jeg tror på, at de bliver bedre inddraget, hvis vi skriver sammen med dem"

Reference 7 - 0,26% Coverage

"Man skal ligesom vide, hvornår man skal skrive, og hvornår man skal snakke med patienten. For man kan ikke gøre begge dele på en gang".

Reference 8 - 3,41% Coverage

Hvordan vejer du det af?

"Jeg prøver meget at snakke færdig med patienten først"

Snakker med patienterne om, hvad der bliver skrevet. "Det oplever jeg giver en meget større tillid fra patienterne"

"Der er en tid for samtale og der er en tid for at skrive"

Hvis man har travlt og tror man kan skrive imens, mister man samhørighed med patienten.

Hvis man har haft en fortrolig samtale, og begynder at skrive, mister man fokus fra patienten.

Bevidst om at skille ad, hvornår man skriver og taler med patienten.

Reference 9 - 1,10% Coverage

Svært at koncentrere sig, hvis der er flere patienter på stuen.

Det kan være en fordel at skrive længere ting på kontoret, og gå ind og fortælle patienten om det bag efter (+udlevere print)

Reference 10 - 0,79% Coverage

Læser indhold fra journalen højt for patienten, for at resumere, hvad der er sket.

Gør det mest i aftenvagte, for at give resumé af, hvad der er sket i dag.

Reference 11 - 0,44% Coverage

Der er ikke mange andre end mig, der læser højt fra journalen for patienterne.  
"Jeg prøver det bare af." "Jeg oplever en meget stor tillid fra patienterne."

Reference 12 - 0,81% Coverage

Yngre patienter (minus-60 årige) vil gerne have styr på sit forløb. "Det er vi vant til at have".  
"Der er det unaturligt, at vi nu sidder og skal have styr på det hele."  
Giver tryghed for patienterne at vide.

Reference 13 - 2,39% Coverage

Nævn situationer, hvor det var en fordel at have EPJ med ind til patienten.  
Eksempler på patienter, som fik tryghed ved at få læst op fra journalen.  
Fik læst op/printet udskrift fra journalen, så patienten selv kunne se det.

Reference 14 - 1,02% Coverage

Patienten bad senere om udskrift fra det videre forløb.

Reference 15 - 0,32% Coverage

Øger helt klart patientinddragelsen.

Reference 16 - 2,13% Coverage

Hvad får patienterne ud af at du dokumenterer sammen med dem?  
"De er helt med på, hvad det er der sker". "Hvad er det nu, der er gang i, hvad er det, der skal ske her". "At de selv er med i hele deres behandling".  
If. LUP: 27% oplever, at de ikke er inddraget i egen behandling. Tror det kan løses til dels ved at dokumentere sammen med patienterne.

Reference 17 - 1,88% Coverage

Hvad gør du ved kritiske spørgsmål?  
Prøver at finde ud af det. Beder patienten om at fortælle deres version. I stedet for at gå i forsvarsposition.

Reference 18 - 2,19% Coverage

Kræver at man er faglig velfunderet at turde at gå ind til patienten, før man har læst om patienten.

Reference 19 - 2,42% Coverage

Hvordan vil du vejlede en nyansat, faglig dygtig, velfunderet person?  
Anbefaler, at de går direkte ind til patienten. Og tør være der i de spørgsmål, der kommer.

Reference 20 - 3,51% Coverage

Har du oplevet et modsætningsforhold i patientinddragelse?  
"Nej, ikke hvis vi er respektfulde, tillidsvækkende, åbne og ærlige, og tør at tage computeren med ind og vise, at det er det her, der står."

Helt åbne om, at der ikke er noget skjult, og at vi tør at spørge ind til deres opfattelse.  
Giver et jævnbrydigt samarbejde - ser ikke patienterne som nederst i hierakiet.  
Der hersker stadig en paternalistisk indstilling. At vi skal nok bestemme de her ting for dig.

<Internals\\Interview 3> - § 15 references coded [32,63% Coverage]

Reference 1 - 1,38% Coverage

"Patienterne har mulighed for at stille spørgsmål til dagens gang, og dem har vi nemmere ved at finde".

Spørgsmål til medicin, aftaler osv.

"Vi har nemmere ved at svare."

Reference 2 - 2,04% Coverage

Hvor meget ved du om patienten, når du kommer ind?

Mundtlig rapport.

Nogle kolleger har behov for at læse om patienten først.

Vi er andre, der ikke har.

Der er en arbejdsseddel, hvor det hele står, kan spørge patienten og jeg kan finde svar, når jeg har pc med.

"Det er tanken at mine kolleger også skal bruge det på den måde".

Reference 3 - 2,78% Coverage

Har du prøvet at sidde og skrive sammen med patienten?

Til at tjekke om antal aff. passer med patientens opfattelse.

Tjekke facts af.

Skriver ikke lange stile - tror jeg ikke der er nogen der gør på stuen.

Mere klik af SFI'er.

Reference 4 - 0,41% Coverage

F.eks. tjekke væskeskema, det er nærliggende at gøre inde ved patienten.

Reference 5 - 2,19% Coverage

Hvordan oplever du kontakten til patienten, når du har computeren med ind?

Nogen synes måske at det kan blive lidt fjernt, men det synes jeg ikke.

"Jeg synes at det er det samme, som sad jeg og skrev på et stykke papir."

De er jo vant til det alle vegne, at der er computer med.

"Det tager ikke noget fra det der møde mellem patient og sygeplejerske."

Reference 6 - 1,61% Coverage

Læser du op, når patienterne spørger om noget?

Læser ikke direkte op, men læser selv og forklarer for patienten.

Tjekker f.eks. overensstemmelse med medicin.

Reference 7 - 0,81% Coverage

Det er meget at tjekke faktuelle ting.

Reference 8 - 1,75% Coverage

Samtaler med pårørende, hvor de har praktiske ting, de gerne vil have der bliver husket en anden gang.

Reference 9 - 4,81% Coverage

Ideel verden. Hvordan kunne du bruge computeren sammen med patienten?

"Så skulle det være sådan, at den var koblet på patientens seng."

"At alt hvad jeg gjorde bare lige var nemt at trykke ind her og nu."

Andre muligheder - tablet afprøves. Muligvis noget at vinde ved klik af SFI.

Reference 10 - 3,69% Coverage

Kunne du forestille dig, at patienterne kunne bidrage med noget, hvis der var noget, de selv kunne skrive?

Ja, f.eks. kostregistrering. "Det ville være rigtigt fedt at de kunne gøre det."

"Det er en tidrøver." "For nogle patienter er det også en del af deres forståelse af sygdommen, hvad der kommer ind og hvad der kommer ud."

"Så de havde et let tilgængeligt redskab, som kan arbejde sammen med vores, ville være fantastisk, for det er noget af det, de skal tænke, når de kommer hjem". Starte patientoplæring på den måde.

Det ville være rigtigt smart, hvis patienten selv kunne udfylde.

Reference 11 - 0,19% Coverage

Det er vores ledelses tanke, som vi prøver at arbejde hen imod.

Reference 12 - 3,52% Coverage

Patientnært - ligger der heri noget med patientsikkerhed, effektivitet, Hvad er din vægtning, når du siger patientnært?

"Jeg har jo kun positive oplevelser ved at stå og snakke med patienten om det". Jeg ved at vi har forstået hinanden - det er rart.

"På den måde er det sikkert, at det de fortæller også er det, vi skriver, så vi ikke taber noget undervejs."

Reference 13 - 2,37% Coverage

Hvordan oplever du samtalen/samværet med patienten, når du skal have noget skrevet undervejs?

"Til at starte med tror jeg, at vi allesammen syntes, at det var sådan lidt firkantet, men nu er det bare blevet sådan det er, fordi sådan er det alle steder."

"Man har øjenkontakt idet man taler, og så skriver man." Veksler mellem at se på patienten og skrive.

Reference 14 - 4,25% Coverage

Der bruges forskellige ord fra ledelsesside.

Her mest tidstro hos patienten. Tjekke af, hvad der er sandt for patienten (antal aff.)

"Nu bliver det lidt mere det patienten faktisk fortælle, hvor det tidligere mere var vores opfattelse."

Reference 15 - 1,06% Coverage

Tjekken op på, at man er enig med patienten om, hvad der sker.

<Internals\\Interview 4> - § 20 references coded [39,19% Coverage]

Reference 1 - 1,24% Coverage

Kan du prøve at fortælle hvordan din dag starter? - 'Vi orienterer os i journalen på stuegangskontoret. Det gør vi ikke hos patienten'. Alt hvad der skrives, måles, noteres om patienterne, noteres på stuerne. 'Det er rigtig fint'

Reference 2 - 2,44% Coverage

Sker det at du dokumentere sammen med pt.? - 'Ja i en ankomststatus [...] har vi prøvet at skabe en kultur for at [...] at det gør man sammen [...] og vi synliggøre at vi skriver det der bliver sagt'. 'Det er der en signalværdi i, at det du siger nu til mig, det er noget der bliver journalført.' 'Det kan jeg meget godt lide, at der er den synlighed, at lige nu er det ikke nødvendigvis en tavshedspligt mellem patienten og mig, men noget jeg skriver ned og det kan de se jeg gør. Så der bliver sagt der er også [...] til den skrevne journal, og ikke en personlig samtale.'

Reference 3 - 0,99% Coverage

Det signal du gerne vil sende med det er? - 'Det er at patienten er bevist om at det ikke kun er noget mellem ham og mig'. 'Det er synligt for hele plejegruppen og læger og terapeuter på afdelingen'. 'Vi italesætter det også.'

Reference 4 - 0,99% Coverage

Hvad tænker du at patienten skal vi det for? - 'For der kan være noget som [...] man ikke har lyst til at skal vides af alle.' 'Der kan være noget personligt terapeutisk at tale men én enkelt om det, men det er ikke noget de har brug for skal meldes ud.'

Reference 5 - 0,47% Coverage

Så det er at skelne mellem om man ved hvad der kommer til at stå i journalen? - 'Ja, der er en skarp skelnen, og når man sidder med en skærm er der et signal i det, at man sidder direkte og noterer'

Reference 6 - 1,28% Coverage

'På den anden side [...] får man det synliggjort, og så kan man med det samme [...] lægge planen umiddelbart der efter'

Reference 7 - 1,59% Coverage

Hvordan spiller det ind at du har computeren med? - 'Det er i hvert fald en øvelse. At man med det samme skal bearbejde nogle data og få det lavet om til en plan'. 'På den anden side, vil det også blive patientens ønske i højere grad og ikke noget jeg sidder og finder på inden på kontoret'. 'Hvis man sidder og gør det på stuen, er man bare i højere grad tilbøjelig til at høre hvordan kunne du tænke dig at vi hjælper dig på dette område'

Reference 8 - 0,61% Coverage

Så du får snakket med patienten? - Ja, hvis jeg gør det på kontoret er der meget tid brugt. Her kan jeg gøre det [...] i patienttiden.

#### Reference 9 - 0,18% Coverage

'Så bruger man måske også mere tid hos patienten i og med at man laver dokumentationen hos patienten.'

#### Reference 10 - 1,63% Coverage

Gør i noget for at kompensere for det? 'I den daglige pleje står vi ikke ved computerskærmen' og der får de noget af det (mulighed for at snakke personligt) 'Jeg kan tydeligt mærke forskel, når jeg står ved skærmen og når jeg sidder ned ved patienten'. 'Det er nogle andre ting vi snakker om og nogle andre ting der kommer frem'.

#### Reference 11 - 2,22% Coverage

Hvordan foregår det med aftenvagte? - Når man møder ind om aftenen arbejder man ud fra en plan der er lagt, så går man rundt og hører hvordan det går hos patienterne som er meget åben og ikke styret af noget på en computer. I dagtiden forholder man sig meget til konkrete ting og der er dagsordener der skal igennem

#### Reference 12 - 1,06% Coverage

Hvis der er noget der skal journaliseret på aftenvagten, hvad gør man så? 'Alle de målinger vi laver gør vi på skærmen.' 'Vi logger altid på computeren, når vi laver målinger'

#### Reference 13 - 3,77% Coverage

Hvis man opdager en ny problematik, kan man også godt lægge en plan med patienten i aftenvagt, men der er mindre tendens til det, og man vil i højere grad gå på stuegangskontoret og dokumenterer. Der er nok noget arbejdsgang eller kultur i det, men mange tænker nok at der er noget tid vundet, ved ikke at lave den store forkromede plan med patienten. 'Men det er der ikke' 'Der er rigtig meget vundet ved at lytte til patienten'. 'Det nytter ikke at vi lægger en plan som vi næste dag kan vurdere at den virker ikke, for det er ikke det patienten ønsker' 'Det kan godt være, at det er en her og nu opgave der er tidskrævende, men den er vundet for de kommende dages behandling'

#### Reference 14 - 4,88% Coverage

Kan du vælge en situation hvor du tænkte, at det var en fordel at have computeren? - 'Der er masser af fordele i dagligdagen' 'Mange patienter har helt konkret behov for viden og at kunne følge med. Og så kan man lynhurtigt svare' (når man har computeren) 'Nogle gange inviterer jeg dem med hen til skærmen, så de kan se blodprøver [...] vise skanningsbilleder'. 'Det kan være meget håndgribeligt at [...] der kan man se tumoren'. 'Det er lidt individuelt om vi vælger at vise billeder'. 'Der er det enormt gavnligt, da vi ikke kan invitere dem ind på kontoret og se svar'. 'Den daglige stuegang blive virkeligt højnet' Når man skal svare pt. undgår man også at gå på gangen, hvor man bliver afbrudt

#### Reference 15 - 2,08% Coverage

Hvordan hjælper det patienterne? - 'Man kan hjælpe dem med at forstå hvad der blev sagt [...] og deres egen sygdom' 'Det kan også være patienter der har været i krise de sidste mange dage, og så

kan man gå forløbet igennem' Det kan være ptt. der har været delirøse eller pt. fra et andet afsnit, så man kan forklare hvad der skete. 'Så har man en hurtig tilgang til viden, som man kan give videre'

#### Reference 16 - 3,35% Coverage

Har du været ude for at ptt. gerne vil have at der bliver skrevet bestemte ting i journalen? - 'Kun i konkrete tilfælde, f.eks. jeg er vegetar [...] så slipper de for at skulle forklare sig hver dag eller sikre at der bliver bestilt det rigtige hjem'. Det kan også være kulturelle ting eller lign. Meget konkrete ting. Heller ikke af pårørende. 'Mange patienter har ikke en fornemmelse af hvad det er vi ligger vægt på at skrive eller dokumentere'. 'Nogle gange har de en anden opfattelse af hvad der er relevant at der skrives, og det er noget man skal synliggøre for dem'.

#### Reference 17 - 3,24% Coverage

Har du fået nogle konkrete tilbagemeldinger fra ptt. (godt eller skidt)? - Det har jeg aldrig prøvet. 'I starten havde man meget lidt tendens til at tage den i brug, men efterhånden som man vænner sig til den som et arbejdsredskab på stuen bruger man den mere og mere'. 'Patienter er vant til at den skærm den er der' 'De har selv en skærm. De kan selv slå op på Borger.dk og følge lidt med også' 'Det bliver mere og mere integreret i vores samfund i alt'.

#### Reference 18 - 1,92% Coverage

Mange ptt. er positive over at vi med det samme, når de kommer fra en anden afdeling, kan se hvad lægen har skrevet. Det kunne vi ikke før. 'Det er rart, at vi med det samme kan iværksætte det'(en anden læge på en anden matrikel har gjort noget ved)

#### Reference 19 - 1,69% Coverage

Hvad får pt. ud af at dokumentere sammen på stuen? - 'De får en masse ud af at vi med det samme får noteret nogle data ned'. 'De kan give udtryk for om der er noget de vil have journalført'. Vi håber at de får noget ud af at vi planlægge sammen med patienten

#### Reference 20 - 3,57% Coverage

Anbefalinger til en ny kollega? - 'Patientens fordele ved det'. 'Vi introducere alle nye kollegaer til at inddrage alle patienter i deres planer' Der er en signalværdi overfor pt. at det er en plan vi ligger sammen på computeren og det er den der går videre. Det motivere pt. til at få italesat hvad der kunne være af ønsker. Så kan de bare sig det én gang, i stedet for at alle kommer og spørger

<Internals\\Spørgsmål 4 - Hvordan inddrages patienten, når du anvender EPJ sammen med patienten> - § 164 references coded [66,94% Coverage]

#### Reference 1 - 0,41% Coverage

Der vises evt. blodprøvesvar der ud over fungerer EPJ kun som journalførings-redskab.

#### Reference 2 - 0,41% Coverage

Jeg læser og orienterer mig og taler med patienten

#### Reference 3 - 0,41% Coverage

Verificiere medikation

#### Reference 4 - 0,41% Coverage

Har EPJ åben og spørger pt., f.eks. omkring medicin, eller informerer om prøvesvar mm. Booker nye tider med det samme.

#### Reference 5 - 0,41% Coverage

demonstrerer tilvækst af barnet efter kvinden har været til skanning - der er en fin graf man kan vise frem + ser på blodprøvesvar sammen + evt tjekke fast medicin

#### Reference 6 - 0,41% Coverage

Pt. er med i samtale og får svar på spørgsmål

#### Reference 7 - 0,41% Coverage

Gennemgår opdateret status, snakker med pt om indl forløb, plan, problemomrder ift udskr, svar på prøver, tjek af medicin

#### Reference 8 - 0,41% Coverage

patienten giver udtryk for f.eks. at der er ændret i medicinen ifm. stuegang tidl. på dagen og vi kan så sammen kigge tilbage og se hvilken der er tale om.

#### Reference 9 - 0,41% Coverage

Gennemgår medicin og når pt modtages besvares alle spørgsmål sammen med pt til stede

#### Reference 10 - 0,41% Coverage

Pt. kan selv få et overblik over medicin.

#### Reference 11 - 0,41% Coverage

Visning af kurver eksempelvis.

#### Reference 12 - 0,41% Coverage

blodprøve svar, gennemgang af medicin, resultat svar

#### Reference 13 - 0,41% Coverage

Opklarende spørgsmål, f.eks blodprøvesvar el. Lign. Dokumentation af observationer, f.eks TOKS eller opdateret status.

#### Reference 14 - 0,41% Coverage

Ved at vise svar, bl. a. blodprøvesvar, evt grafisk fremstillet, hvis det er relevant for den aktuelle patient

#### Reference 15 - 0,41% Coverage

opdatering af medicin; indhentning af oplysninger om pt's tidligere forløb. Udgangspunkt i henvisning i mødet med pt.

#### Reference 16 - 0,41% Coverage

Anvender EPJ, når pt har spørgsmål.

#### Reference 17 - 0,41% Coverage

Ved at adspørge pt om det aktuelle

#### Reference 18 - 0,41% Coverage

Det er som regel til at modtage patienten samt til at uddele medicin. Derudover er den medbragt på morgen runden til TOKS, tidstro registrering samt at kunne svare på dagens spørgsmål før stuegang.

#### Reference 19 - 0,41% Coverage

Opdatering af medici, viser pt resultater

#### Reference 20 - 0,41% Coverage

Snakker med pt. samtidig

#### Reference 21 - 0,41% Coverage

Jeg fortæller hvad jeg har skrevet for at sikre pt er enig.

#### Reference 22 - 0,41% Coverage

jeg prøver at rette skærmen til så pt kan se hvad jeg skriver , dette er primært i konsultation. Ellers er der svært at inddrage patienten ret meget i en fødesituation.

#### Reference 23 - 0,41% Coverage

han/hun remser medicin op, jeg fører ind så vi er enige

#### Reference 24 - 0,41% Coverage

Via dialog

#### Reference 25 - 0,41% Coverage

Jeg læser op fra journalen og spørger om dette stemmer overens med de oplysninger de har fået at vide..

#### Reference 26 - 0,41% Coverage

ved medicin, spørger om det er det hun får. i læs journal , kan måske fortælle , hvad der står fra sidste gang , om hun er enig.

#### Reference 27 - 0,41% Coverage

Jeg fortæller fx hvad jeg kan læse i hendes journal evt. for at afstemme hendes syn på det/forsåelse af forløb

#### Reference 28 - 0,41% Coverage

Der bliver læst sammen - primært i Læs journal og ved prøvesvar.  
Desuden anvendes EPJ sammen med patienterne til brug af booking af tider.

#### Reference 29 - 0,41% Coverage

nogle gange vi ser sammen på skærmen, når det drejer sig om medicin og svar på blodprøver, andre gange siger jeg at jeg skal skrive data ind i epj

#### Reference 30 - 0,41% Coverage

Jeg læser genoptræningsplanen op via EPJ

#### Reference 31 - 0,41% Coverage

Patienten ser på skærmen sammen med jeg skriver.

#### Reference 32 - 0,41% Coverage

Miiteamet bliver sammen med pt. enige om nogle mål, med udgangspunkt i pt.'s ønsker. Den ndelige formulering af målene godkendes af pt. før de skrives ind i EPJ.

#### Reference 33 - 0,41% Coverage

Det er meget afhængig af patienten. Ofte spørgsmål om blodprøvesvar, gentagelse af noget som lægen har sagt og dermed støtte i journalen. Aftale om ny tid, så det passer pt.

#### Reference 34 - 0,41% Coverage

Pt. anvendes ikke i den direkte brug af EPJ udover når jeg afstemmer medicinlisten, så læser jeg den høj og pt. kommer med kommentarer og rettelser

#### Reference 35 - 0,41% Coverage

Pt ser evt. på blodprøvesvar og på medicin dosering. Evt på hvad der er skrevet i journalen fra tidligere.

#### Reference 36 - 0,41% Coverage

vi snakker om hvad der står i henvisningen, og om der er ændringer siden henvisningen er skrevet

#### Reference 37 - 0,41% Coverage

Jeg spørger pt, samtidig med at jeg dokumenterer i EPJ

#### Reference 38 - 0,41% Coverage

pt inddrages efter endt TOKS måling, hvor historik af TOKS sammenlignet med nye TOKS værdier bliver gennemgået, hvis der er større udsving end vanligt.

#### Reference 39 - 0,41% Coverage

pt inddrages så snart der er udsving f TOKS målinger forhold til tidligere.

#### Reference 40 - 0,41% Coverage

Vi taler om hvad der fx skete på stuegang i går, hvad TOKS'en er nu og tidl., vægttab/-stigning, svar på blodprøver. Tager udgangspunkt i det patienten har behov for

#### Reference 41 - 0,41% Coverage

Sjældent.

Men nogle gange spørger patienten f.eks til et prøvesvar, som jeg efterfølgende finder i EPJ.

#### Reference 42 - 0,41% Coverage

Dialog

#### Reference 43 - 0,41% Coverage

Kontrol af data

#### Reference 44 - 0,41% Coverage

Vi snakker sammen om hvad jeg skriver i journalen og jeg giver svar på blodprøver, mm

#### Reference 45 - 0,41% Coverage

de er med tim at formulere hvad der skrives.

#### Reference 46 - 0,41% Coverage

Viser dem f.eks. prøvesvar på skærmen

#### Reference 47 - 0,41% Coverage

Vi kigger sammen på skærmen og fortæller patienten om feks prøvesvar og hvad det har af betydning for behandlingen etc

#### Reference 48 - 0,41% Coverage

samtale om medicin

#### Reference 49 - 0,41% Coverage

spørger om det er korrekt forstået, det jeg skriver.

#### Reference 50 - 0,41% Coverage

Afsluttende journalnotat til egen læge om fremtidige motionsvaner.  
Genoptræningsplaner, mål

#### Reference 51 - 0,41% Coverage

Skriver det de siger så det bliver så koorekt som muligt til videregivelse til anden instans og jeg læser det også igen op til sidst, så pt ved hvad der er skrevet  
Eller vi ser fx en hjemmeside sammen der har været efterspurgt og de får linket skrevet ned på seddel så de selv kan gå derind, fx hjerteforeningens hjemmeside

#### Reference 52 - 0,41% Coverage

Pt. ser med på skærmen

#### Reference 53 - 0,41% Coverage

Ved at pt. er så tæt på skærmen så muligt, så pt. stadig har mulighed for at se, samt høre mig.

#### Reference 54 - 0,41% Coverage

- Uddybelse af anamnese.
- Opfølgning på behandling.

#### Reference 55 - 0,41% Coverage

Hvordan?? Vi taler sammen

#### Reference 56 - 0,41% Coverage

ved sikkerkirurgi

#### Reference 57 - 0,41% Coverage

I AA-amb sidder pt, medens jeg spørger og skriver.

#### Reference 58 - 0,41% Coverage

Ser på tider til kontrol, blodprøver, medicin sammen ind imellem

#### Reference 59 - 0,41% Coverage

vi opdaterer forløbet

#### Reference 60 - 0,41% Coverage

printer blprøve svar ud til patienten

#### Reference 61 - 0,41% Coverage

forklarer pt. hvad jeg gør og hvad det betyder f.eks toks - medicin.

#### Reference 62 - 0,41% Coverage

hører hvad der skrives. Ser svar å prøvernem.m.

#### Reference 63 - 0,41% Coverage

Snak med pt. ud fra medicin og blodprøvesvar. Screeninger m.m.

#### Reference 64 - 0,41% Coverage

pt siger selv sine id data ved pt. identificering

#### Reference 65 - 0,41% Coverage

samtale

#### Reference 66 - 0,41% Coverage

Lab-tal

#### Reference 67 - 0,41% Coverage

Afklarer aftalerne inden dokumentation

#### Reference 68 - 0,41% Coverage

Pt's svar/udtalelser, symptomer mm. bliver skrevet ind og pt kan stille spørgsmål til hvad der står i journalen og bliver informeret om svar på mikrobiologi og biokemi. Desuden udskrives medicinliste til pt ved udskrivelse.

#### Reference 69 - 0,41% Coverage

F eks i AA amb - fortæller / viser hvad jeg har skrevet i anæstesisilsynet

#### Reference 70 - 0,41% Coverage

Fek. anæstesiambulatoriet taler jeg med ptt. om hvad jeg skriver ind i anæstesisilsynet.

#### Reference 71 - 0,41% Coverage

Vi gennemgår sammen deres indsendte spørgeskema, FMK og afstemmer det. Vi ser på prøvesvar sammen og indimellem også læs journal. Vi ser sammen på Patologisvar.

#### Reference 72 - 0,41% Coverage

Enkelte gange ses fælles resultater på skærmen.  
Giver især go mening ift gennemgang af undersøgelsesresultater og medicin, FMK

#### Reference 73 - 0,41% Coverage

jeg har EPJ åben under hele fødslen og dokumenterer undervejs. I jordemoderkons går jeg ofte standardplanen igennem som en huskeliste for at være sikker på, at jeg kommer omkring det hele...

#### Reference 74 - 0,41% Coverage

Ved spørgsmål begge veje, for at kunne skabe det bedste behandl. grundlag for patienten.

#### Reference 75 - 0,41% Coverage

Vi snakker om medicin i.f.m. udlevering, om de evt. selv adm.medicin. Hvilken effekt pt. har af medicinen. Ved modtagelse, bliver pt.s svar indtastet direkte.

#### Reference 76 - 0,41% Coverage

Der bliver booket en tid mens pt. er i tf. Eller vi kan gennemgå nogle ting der står i journalen.

#### Reference 77 - 0,41% Coverage

Særligt i forhold til ajourføring af medicin.-

#### Reference 78 - 0,41% Coverage

Det er som regel patientens pårørende, som måske gerne vil høre om et specielt blodprøvesvar eller som skal hjælpe til med at bekræfte patientens medicin

#### Reference 79 - 0,41% Coverage

tjeck af cpr + indgreb

**Reference 80 - 0,41% Coverage**

EPJ, fælles medicinkort og e-journal anvendes som støtte ved anamnese

**Reference 81 - 0,41% Coverage**

svare på mine spørgsmål

**Reference 82 - 0,41% Coverage**

Ved at spørge patienten mens jeg dokumenterer, for eksempel Cave, personlig oplysninger, anamnese mm.

**Reference 83 - 0,41% Coverage**

spg ind til medicin ift. det der står i epj.  
læser deres sygehistorie for at sætte mig ind i den sammen med pt.

**Reference 84 - 0,41% Coverage**

der refereres til EPJ i forhold til sidst

**Reference 85 - 0,41% Coverage**

Ifm. 1. jdm us i konsultationen, anvender jeg EPJ sammen med patienten ift. de faktuelle oplysninger som skrives ind her.  
Desuden medindrages pt. ift. formuleringer af egne ønsker for graviditeten og fødslen.

**Reference 86 - 0,41% Coverage**

Ved modtagelsen

**Reference 87 - 0,41% Coverage**

Ved dokumentatione. patientens udsagn skrives i EPJ

**Reference 88 - 0,41% Coverage**

ser blodprøver

**Reference 89 - 0,41% Coverage**

Jeg fortæller pt, hvad jeg skriver, og fortæller, hvilke oplysninger jeg finder

**Reference 90 - 0,41% Coverage**

Jeg læser op, hvad jeg har dokumenteret eller lader patienten selv læse det eller kigge med på skærmen

**Reference 91 - 0,41% Coverage**

bruges til identifikation, samt sikker kirurgi i samarbejde med pt.præ operativt

**Reference 92 - 0,41% Coverage**

Pt. inddrages ved anæstesi tilsynet

**Reference 93 - 0,41% Coverage**

Dialog samtidig med at anæstesitilsyn udfyldes

**Reference 94 - 0,41% Coverage**

Spørger ind til om det skreven er korrekt forstået

**Reference 95 - 0,41% Coverage**

Åbner FMK og gennemgår medicinen med patienten, for herefter at godkende og ajourføre MEM-delen samt FMK

#### Reference 96 - 0,41% Coverage

ved ank status, hvor der også gennemgås medicinliste. igeledes gennemgås trygsårs pakken, ernæringscreening, faldriciko, mv.

#### Reference 97 - 0,41% Coverage

Dialog ifm kontrol af data, indhentning af oplysninger

#### Reference 98 - 0,41% Coverage

Pt kigger med på skærmen, eller jeg læser højt hvad der er skrevet.

#### Reference 99 - 0,41% Coverage

Pt. udspørges.

#### Reference 100 - 0,41% Coverage

Det forklares pt hvorfor pc er med og evt kan pt se blodprøve svar for at give et bedre overblik

#### Reference 101 - 0,41% Coverage

Ser sammen på skærme og drøfter svar

#### Reference 102 - 0,41% Coverage

pt inddrages i opv. ved ankomst-score. På ITA laves obs på pt. men selve registrering foregår tit på kontoret

#### Reference 103 - 0,41% Coverage

Referat fr pårørendemøde, målsamtaler og GOP gennemlæses med pt. og derefter får de et print af det skrevne.

#### Reference 104 - 0,41% Coverage

Pt informeres om øjensygdom og behandling ved hjælp af billeddannende elementer af journalen

#### Reference 105 - 0,41% Coverage

Som mundtlig godkender af det jeg har læst

#### Reference 106 - 0,41% Coverage

mundligt og evt. fremvises rtg. billeder eller medicin gennemgås/rettes i FMK og CAVE opdateres/rettes

#### Reference 107 - 0,41% Coverage

De bliver informeret eller jeg indhenter oplysninger

#### Reference 108 - 0,41% Coverage

Jeg fortæller resultaterne af eventuelle resultater, evt viser rtg billeder/scanninger hvis relevant for pt. i forhold til medicin ajourføres pt medicinliste i samarbejde med pt

#### Reference 109 - 0,41% Coverage

Udfra oplysninger i EPJ, udspørger jeg pt., i forhold til hvad jeg mangler at få afdækket. Men jeg udfylder først EPJ når pt. er bedøvet, pga. tiden.

#### Reference 110 - 0,41% Coverage

PC tages med hen til patienten, så alle data er tilgængelige og derfor muligt at drøfte behandlingen med patienten

#### Reference 111 - 0,41% Coverage

Som overspl anvendes ved at inddrage patienter og pårørende ift journalnotater, billeder etc i dialogen. Åbenhed skaber tryghed og midtilliden daler

#### Reference 112 - 0,41% Coverage

Til TOKS ingen inddragelse men information om hvad jeg registrerer, ditto til opsætning af transfusion, ved indlæggelsessamtale (akut eller planlagt) er det en dialog både om indlæggelsen/forløbet og om hvad jeg dokumenterer

#### Reference 113 - 0,41% Coverage

specielt medicingennemgang brugbart sammn med pt

#### Reference 114 - 0,41% Coverage

Jeg beder patienten læse igennem hvad der er skrevet i forbindelse med samtalen

#### Reference 115 - 0,41% Coverage

Anvender fx opdateret status som en slag spørgsmål, hvor pt. svarer.

#### Reference 116 - 0,41% Coverage

Pt. spørges om de kan bruge den fundne tid.

#### Reference 117 - 0,41% Coverage

Jeg spørger til status og dokumenterer, oftest i forbindelse med modtagelse af patient.

#### Reference 118 - 0,41% Coverage

Spørger om lov til at se øvrige journal (dvs midtEPJ)

#### Reference 119 - 0,41% Coverage

Jeg læser præparaterne op fra EPJ og pt siger ja/nej til præparat og dosis

#### Reference 120 - 0,41% Coverage

Journalnotatet læses højt og "oversættes" for pt. og evt. spørgsmål drøftes.

#### Reference 121 - 0,41% Coverage

viser prøvesvar  
medicinlister

#### Reference 122 - 0,41% Coverage

personalet skriver undervejs i samtalen og til sidst læses det skrevne op og gennemgås for at undgå misforståelser.

#### Reference 123 - 0,41% Coverage

Tjek af cave, medicin afstemning, journal-gennemlæsning

#### Reference 124 - 0,41% Coverage

Jeg stiller afklarende spørgsmål til kvinderne.

#### Reference 125 - 0,41% Coverage

Stiller spørgsmål til pt som jeg skal have svar på for at kunne udfylde EPJ

#### Reference 126 - 0,41% Coverage

Opfordres til at se med på skærmen

#### Reference 127 - 0,41% Coverage

Læs journal: afklaring af spørgsmål fra enten undertegnede eller patienten.

Dokumentation: patienten inddrages i formuleringen af journalnotat for at få så korrekte oplysninger som muligt.

#### Reference 128 - 0,41% Coverage

Jeg taler med patienten og (ofte i form af information) skriver det vi har talt om. Jeg dokumenter det smertestillende medicin som i fgl vores rammeordination og som som det aftales med patienten at han/ hun tager

#### Reference 129 - 0,41% Coverage

Fortæller til pt. hvad jeg skriver ind i journalen.

#### Reference 130 - 0,41% Coverage

Vi ser svar på undersøgelse og evt FMK sammen (skærmen drejes, så begge kan se)

#### Reference 131 - 0,41% Coverage

ser på resutater sammen

#### Reference 132 - 0,41% Coverage

Tjek af patient id og EPJ stemmer overens. Kryds ift og få patienten til at fortælle, hvad der opereres for. Anvende elektronisk opsætning af blod. Alle patient data er på stuen!

#### Reference 133 - 0,41% Coverage

Taler med patienten om, hvad der er dokumenteret i EPJ

#### Reference 134 - 0,41% Coverage

Hurtigere at finde informationer. Plejer dog at sætte mig ind i sygehistorien alligevel.

#### Reference 135 - 0,41% Coverage

Højtlesning eller forklaring af indhold eller testresultater. Patienten indbydes altid til at kommentere eller stille spørgsmål.

#### Reference 136 - 0,41% Coverage

Viser svar på skærmen og snakker herud fra. Nogen gange det samme i forhold til medicin.

#### Reference 137 - 0,41% Coverage

Normalt ser patienten ikke skærmen men hvis det hadler om en speciel værdi feks blodprocenten og den s udvikling kan jeg trække en graf og vise patienten det billede. Ellers betragter jeg EPJ som mit arbejdsredskab som patienten ikke skal anvende.

#### Reference 138 - 0,41% Coverage

Til at fortælle pt. hvad der tidligere er aftalt

#### Reference 139 - 0,41% Coverage

Patienten inddrages f.eks. i modtagesituationer.

Jeg indsamler relevante data via patienten, som dokumenteres i EPJ

#### Reference 140 - 0,41% Coverage

vi snakker om hvordan dagen er gået, bekræfter medicin indtagd

#### Reference 141 - 0,41% Coverage

nogle gange læses svar og tekst sammen.

#### Reference 142 - 0,41% Coverage

Vi kan gennemgå medicinlisten sammen for at sikre korrekt medicinliste

#### Reference 143 - 0,41% Coverage

Ved modtagelse

#### Reference 144 - 0,41% Coverage

identifikation, oplysning operationstype/undersøgelse, fast medicin

#### Reference 145 - 0,41% Coverage

Kan læse med, er med til at formulere målene vi skriver ind i EPJ. Får efterfølgende et print til sig selv

#### Reference 146 - 0,41% Coverage

Fx ved screeninger som oftest laves inde ved patienten, da patienten kender sin egen krop bedst.

#### Reference 147 - 0,41% Coverage

Desværre sjældent, mest for at tjekke, at de informationer jeg har indført i journalen er korrekte

#### Reference 148 - 0,41% Coverage

inddrages ift det der skrives - fx ved ankomststatus læses konklusionen højt, så pt er med i hvad der kommer til at stå. Anvendes også afklarende - dvs "jeg kan se her, at du..." hvordan ser det så ud nu?

#### Reference 149 - 0,41% Coverage

Ved dataindsamling

#### Reference 150 - 0,41% Coverage

Ved dataindsamling

#### Reference 151 - 0,41% Coverage

udelukkende ved svar på us i kard lab - bruger den til at afstemme medicin

#### Reference 152 - 0,41% Coverage

Der gives evt. svar på blodprøver.

Der informeres om svar fundet ved opslag.

Der kan sørges ind til pt's oplevelser/symptomer mm. som så dokumenteres med det samme.

#### Reference 153 - 0,41% Coverage

Alt dokumentation foregår på stuen, så der er hele tiden mulighed for at snakke med patienten om hvad man skriver.

#### Reference 154 - 0,41% Coverage

Spørgsmål til medicin. Opfølgning på fx MRSA, CAVE, pårørende og kontakt til denne/dem.

#### Reference 155 - 0,41% Coverage

Jeg taler med pt. F.ex. "Jeg kan se du står til at få pamol 1 gr x 4, får du stadig det?"

#### Reference 156 - 0,41% Coverage

via af spørgsmål om patientens situation

#### Reference 157 - 0,41% Coverage

Pt. inddrages sædvanligvis ikke her. Hvis der er tvivlsspørgsmål omkring planlagt operation/information/ etc - spørges pt. ud.

#### Reference 158 - 0,41% Coverage

Ved modtagelse af en akut patient, skal der laves ankomststatus. Den kan jeg kun lave, hvis patienten inddrages.

#### Reference 159 - 0,41% Coverage

Ved ex gennemsyn af prøvesvar kan patienten se svarere og komme med relevante spørgsmål. Det samme gælder journalindhold.

#### Reference 160 - 0,41% Coverage

Kigger med på skærmen

#### Reference 161 - 0,41% Coverage

Ved feks. at læse op fra "journalen" for at høre om forældrene/barnet er enig i dette, eller om de har opfattet informationen på denne måde.

Læse op fra medicinlisten og tjekke med familien.

"Jeg skriver sådan nu, er det rigtig forstået?"

#### Reference 162 - 0,41% Coverage

printer medicinliste ud og gennemgår med forældre

#### Reference 163 - 0,41% Coverage

Gennemgår oftest medicinlisten i FMK sammen med pt. og bruger EPJ til at vise og forklare prøvesvar.

#### Reference 164 - 0,41% Coverage

får en forklaring på undersøgelser og plan

<Internals\\Spørgsmål 5 - Hvilke fordele er der for anvendelse af EPJ i patientens nærhed> - § 32 references coded [10,67% Coverage]

#### Reference 1 - 0,33% Coverage

Får svar/respons med det samme fra pt. og kan bestille nye prøver, opdatere medicin og booke tid med det samme, så man er sikker på at det er gjort og behøver ikke at involvere andre faggrupper til noget man lige så godt kan gøre selv.

#### Reference 2 - 0,33% Coverage

hun ser hvad der står i journalen - det virker betryggende for pt. I stedet for blot at sige "det ser fint ud", så kan pt se, at det ser fint ud

#### Reference 3 - 0,33% Coverage

Man kan dokumentere tidstro, samt finde svar på evt spørgsmål fra pt umiddelbart. Det kan være inddragende.

#### Reference 4 - 0,33% Coverage

At risikoen for at der forekommer misforståelser reduceres.  
Patientsikkerhed og kvalitet.

#### Reference 5 - 0,33% Coverage

Til oversigt af medicin. Til svar på spørgsmål, som pt. eller pårør. måtte have.

#### Reference 6 - 0,33% Coverage

Hurtig afklaring på nogle spørgsmål  
Afklaring af om der er overensstemmelse fx mellem vores planer med pt. og det pt. regner med.

#### Reference 7 - 0,33% Coverage

Vi sidder på stuen og arbejder med epj og kan nemt spørge og snakke med pt.

#### Reference 8 - 0,33% Coverage

Kommunikation

#### Reference 9 - 0,33% Coverage

Større forståelse og bedre orientering

#### Reference 10 - 0,33% Coverage

mere åbenhed om hvad der sker. Mere pt-inddragelse

#### Reference 11 - 0,33% Coverage

Gennemsigtighed

#### Reference 12 - 0,33% Coverage

Man holder den fysiske nærhed.  
Vi har PC på alle stuerne og kan hurtigt og let orientere os i EPJ og stille relevante spørgsmål og give svar på patientens spørgsmål hurtigt.

#### Reference 13 - 0,33% Coverage

Indsigt i eget forløb. Der opnåes tillid og der er grundlag for samtale.

#### Reference 14 - 0,33% Coverage

Patienten kan få afklaret evt. uforståelige ord/sætninger som er skrevet på lægesprog. Lægen kan også misforstå patienten, hvilket kan blive rettet med det samme, hvis patienten er med i samarbejdet omkring notater i EPJ.

#### Reference 15 - 0,33% Coverage

Hurtigt fælles overblik, hurtigt svar på blodprøver, patientinddragelse

#### Reference 16 - 0,33% Coverage

afklare tvivlsspørgsmål i tekst og medicin.

#### Reference 17 - 0,33% Coverage

jeg kan tjekke at oplysninger er korrekte, kan få pt. tl at vide det er vigtigt for os at oplysningerne er rigtig og synes pt. for følelsen af at live inddraget

#### Reference 18 - 0,33% Coverage

Tidstro dokumentation. Pt bliver selv en del af deres forløb.

#### Reference 19 - 0,33% Coverage

pt ved der sker og står i deres journal

#### Reference 20 - 0,33% Coverage

Patient og jeg ved at det er korrekt hvad der bliver dokumenteret.

#### Reference 21 - 0,33% Coverage

Man kan drøfte hvad man skriver

#### Reference 22 - 0,33% Coverage

Anvender mere tid sammen med pt. Mere sikker i mine svar. Pt. har også bedre tid til at samtale/stille spørgsmål. Spare mange skridt.

#### Reference 23 - 0,33% Coverage

Patienten er mere sikre på der behandling, de får i afdelingen . Reduktion af forvirring , angst hensyn til der sygdom.

#### Reference 24 - 0,33% Coverage

Dokumentation er foretaget når man er færdig hos pt. Patienten bliver inddraget i langt højere grad. Ingen dobbeltdokumentation (først på papir og så i EPJ). Fejl mindskes

#### Reference 25 - 0,33% Coverage

Det er megetnærværende, og vi kan set det vi skriver med det samme.

#### Reference 26 - 0,33% Coverage

Medinddragelse, større forståelse for behandlingen, øget patientansvar medfører ofte bedre compliance

#### Reference 27 - 0,33% Coverage

De ved hvad der står. Præcist ift det de mener

#### Reference 28 - 0,33% Coverage

Så Oplever jeg de bliver mest inddraget og vi får en fælles forståelse for det det drejer sig om

#### Reference 29 - 0,33% Coverage

medinddragelse af pt., der giver vedkommend større ansvarsfølelse for sit eget forløb i sundhedsvæsenet

#### Reference 30 - 0,33% Coverage

Pt. føler sig medinddraget, samt kan se hvad jeg foretager mig, samt kan høre mig samtidigt med.

#### Reference 31 - 0,33% Coverage

Kan straks booke pt.,som det passer ham. Sikker på at medicin er korrekt. Rart for pt. at kunne se sine blodprøver

#### Reference 32 - 0,33% Coverage

fejl kan rettes, undgår misforståelser i teksten, pt kan selv være med i processen

<Internals\\Spørgsmål 6 - Hvilke barrierer er der for anvendelse af EPJ i patientens nærhed> - § 3  
references coded [1,03% Coverage]

#### Reference 1 - 0,34% Coverage

Ikke nogle længere, Jeg markerer tydeligt når jeg ikke anvender PCeren, lader dem se med på kurver m.m. Jeg er meget bevidst om at gøre PC'en til arbejdsredskab og ikke noget mellem patienten og mig.

#### Reference 2 - 0,34% Coverage

Ingen. Obs at man ikke placerer PC som en barriere, men indbyder til samtale og nærvær

#### Reference 3 - 0,34% Coverage

Patienten er mere sikre på der behandling, de får i afdelingen . Reduktion af forvirring , angst hensyn der sygdom.  
Ellers ikke særlig stort barrierer.

**Name:** Patientinddragelse\Ulemper

<Internals\Interview 1> - § 3 references coded [5,51% Coverage]

Reference 1 - 0,44% Coverage

Patientkontakt - 'Nogle gange kigger vi mere på den (computeren) end vi gør på patienten'

Reference 2 - 1,31% Coverage

Kan det mindste pt.inddragelse at have comp. med - Det er ikke en fordel, jeg står og skriver på den og har travlt, 'Det er ikke nogen fordel i forhold til at kigge på mennesker', 'Jeg står meget og kigger ned mens de fortæller'

Reference 3 - 3,75% Coverage

Beskriv hvordan det påvirker dit faglige arbejde at have comp. med - Jeg skal have skrevet min dokumentation først, før jeg kan tage mig af pt. Jeg udskyder nogle opgaver, til efter jeg har fået ro efter at have udfyldt triageringen

<Internals\Interview 2> - § 14 references coded [23,27% Coverage]

Reference 1 - 1,02% Coverage

Turde at være der.

Yngre sygeplejersker har svært ved at tage det, som det kommer.

Reference 2 - 0,71% Coverage

Hvis der er meget at skrive, kan patienten blive mistroisk. "Skal du skrive så meget ned?"

Reference 3 - 0,76% Coverage

Mere tillidsfuldt og respektfuldt.

Respekt for, at det er deres liv og deres sygdom, det handler om.

Kan skabe mistillid, hvis vi skriver om patienterne, uden de ved, hvad det er, der skrives.

"Her står vi og skriver noget om dig, men du må egentlig ikke rigtigt se det". "Det kan godt skabe lidt mistillid".

Reference 4 - 2,94% Coverage

Beskriv en situation, hvor det var en ulempe at have pc med.

Ældre, som ikke har computer flair. "De har meget svært ved at forstå, hvad det er man står og laver der."

Kan ikke følge med, hvis ikke det er meget konkret.

"Så der udvælger du, hvor meget du bruger den der inde?" "Ja, det gør jeg. Ud fra hvad det er for en patient, jeg sidder sammen med".

Skriver så enten på kontoret, eller inde på stuen, når hun er færdig med den direkte patientkontakt.

Reference 5 - 1,45% Coverage

Hvordan håndteres det, når der er flere patienter på stuen?

Andre kan ikke se skærmen, men kan høre hvad der bliver sagt.  
Snak om diskretion.

#### Reference 6 - 1,74% Coverage

Læse op sammen med patienten på flersengsstuer. Hvordan gør du det?  
Det kommer an på, hvad det handler om. F.eks. HIV patient, der ikke havde fået sin medicin.  
Prøver at være diskret og omformulere.

#### Reference 7 - 1,07% Coverage

Prøver at tale, så andre patienter ikke kan høre, hvad der bliver sagt om den enkelte. "Vender ryggen til, trækker for"  
Men næsten umuligt.

#### Reference 8 - 2,23% Coverage

Diskretion mere et organisatorisk, end et pc-hos-patienten problem.  
Bliver løst, når vi får enestuer i Gødstrup.  
Vælger hvad man taler med patienten om, når der er andre til stede.

#### Reference 9 - 3,97% Coverage

Hvilke fordele tror du dine kolleger ser ved at have computeren med på stuen?  
Mange af de unge siger, at de ikke kan koncentrere sig, hvis de skal skrive inde hos patienten.  
Kan ikke huske ting, og er meget afhængige af deres papirsedler.  
Dette gælder for mange af de nyuddannede.  
De, der har bedst kompetence, er ikke bange for at komme ind til patienten uden at have læst først.  
De med knap så høj kompetence, er usikre og afhængige af papirnotater. "De føler at de udstiller deres uvidenhed"

#### Reference 10 - 1,44% Coverage

Siger du, at det kræver erfaring at kunne håndtere det at gå ind til patienten uden at have læst først?  
Det kræver i hvert fald kompetence.  
De der ikke har høj kompetence. "De føler, at de udstiller deres uvidenhed og manglende kunnen.  
Og det gør de også nogle gange, fordi de er usikre i stedet for bare at tage det, som det står". Det kræver et vist kompetenceniveau.

#### Reference 11 - 1,45% Coverage

Hvad kan man gøre for at få dem med, som ikke har høj kompetence?  
Kulturen i afdelingen skal ændres til at det bliver almindeligt at gå ind til patienterne, før de har læst.  
Bange for kritiske spørgsmål fra patient og pårørende.

#### Reference 12 - 1,80% Coverage

Er der erfarne, fagligt velfunderede sygeplejersker, der ikke tager pc med ind til patienten?  
"Ja, for så skal der jo pludselig laves om i gamle vaner."

Ja, der er flere, der trækker kulturen i den retning (fastholder den kultur), at man læser om patienten, før man går ind.  
Der skal en kulturændring til.

Reference 13 - 1,35% Coverage

Praktiske, letkøbte undskyldninger.  
Kan ikke være bekendt at sidde og skrive hos patienten.

Reference 14 - 1,35% Coverage

Hvad tror du det handler om, at de ikke kan være det bekendt overfor patienten?  
At de ikke synes, at de kan have fuld opmærksomhed på patienten, imens de skriver.  
"Men jeg synes godt at man kan gøre begge dele" - når man er bevidst om det.

<Internals\\Interview 3> - § 2 references coded [3,94% Coverage]

Reference 1 - 2,67% Coverage

Hvad gør I på fler sengs stuer?  
"Det er jo ikke de der dybe samtaler, vi har der inde". "Man prøver jo at være diskret.  
Diskretion - ingen forskel om det er computeren, eller papir, jeg har med.  
"Om jeg har computeren med, eller ikke har den med, er jeg jo stadig nødt til at spørge til antal afføringer."  
"Så det er jo ikke den, der gør at man kan sige det, at det er en underlig ting at stå og snakke om."  
Når det er dybere samtaler, er der ikke mange, der har computeren med. Så laver man stikord på papir og skriver bagefter.

Reference 2 - 1,26% Coverage

Vil du kunne gøre det sammen med patienten i EPJ, som det er nu?  
Nej, kostregistreringen findes kun på papirform.

<Internals\\Interview 4> - § 9 references coded [19,13% Coverage]

Reference 1 - 0,38% Coverage

Hvad betyder det for patientinddragelsen? - 'Noget er måske lidt for styret i forhold til at komme på banen med noget at det der i virkeligheden fylder for dem'.

Reference 2 - 1,64% Coverage

Kan der også være noget ved at have comp. med, der gør at du får mindre pt.inddragelse? - 'Ja, nogle områder som ligger uden for de 12 sygeplejeproblemområder [...] som vil gå lidt tabt, særligt når der er flere i sådan en snak som pårørende, børn eller søskene'. 'Det kan godt gå meget tabt [...] fordi man skal forholde sig til noget meget konkret'

Reference 3 - 1,02% Coverage

Hvis du skal beskrive kontakten med patienten når du har computeren med? - 'Jeg har en fornemmelse af at der en anderledes distance, når skærmen er der'. 'Det er tydeligt at der er med henblik på registrering og dataindsamling'

Reference 4 - 0,27% Coverage

'Hvis man står med skærmen i mellem sig, kunne man miste koncentrationen i hvad der egentligt bliver sagt'

Reference 5 - 2,46% Coverage

Ud over det tydelige skifte, er der andre ting i gør for at håndere dilemmaet mellem patientkontakt og computer? - 'Jeg tror der er mange der fravælger at synliggøre at det journalført' Da vi indførte det på stuen frygtede folk at nu mistede vi den intimitet der kan være i en dialog og det bliver mere end kold samtale pga. skærmen

Reference 6 - 4,55% Coverage

Hvis du skal prøve at tænke situationer, hvor du tænker det er en ulempe at have computeren med? 'Det er svært. Jeg er meget fortaler for computere på stuen' Det er ærgerligt hvis ptt. bekymrer sig for at åbne op, for er det (de siger) noget der kommer videre? Hvis ikke man har kultur på en afdeling for at man sætter ord på hvornår der dokumenteres og hvornår har vi en fortrolig samtale. Det skal være synligt. Man skal italesætte det.

Reference 7 - 3,19% Coverage

Hvordan påvirker det jeres faglige arbejde? - 'Man er meget udstillet på sin faglighed.' (når man planlægger sammen med patienten) 'Man skal kunne komme med nogle falige argumenter for hvorfor noget kan være hensigt eller mindre hensigtsmæssig' 'De nye sygeplejersker i højere grad kommer til kort, når man førhen gik på kontoret og sammen med en mere sygeplejefaglig kompetent kollega, kunne lægge en plan' 'Der kan det sværere for en ny sygeplejersker at gå ind på stuen og lægge en plan' Hvis man ikke kan komme med noget ud over det pt. kommer med, kan man ikke kvalificere den plan man har lagt. Det kan man dog løbende gøre. Man kan også gå ud og sparre.

Reference 8 - 3,14% Coverage

Hvordan tror du dine kollegaers oplevelse er med at have computeren med? - 'Den ældre generation af kollegaerne, 50+ har lidt svært ved det, og det er nok det med at formulere sig på en skærm' 'De yngre er gode til at skrive enormt hurtigt og vant til at skrive om sygepleje' 'Den ældre generation er enormt dygtige til at få patienten klædt på (til at modtage behandling) har de sværere med at formulere sig på skrift'

Reference 9 - 2,48% Coverage

Hvilke ulemper ville dine kollegaer se ved det? - 'Man måske kan miste noget at nærheden i samtalen' 'Den bekymring er blevet mindre' Det er ikke alle der står ved skærmen og ligger planen på stuen. Det er i hvert fald synligt for pt. at vi medinddrager dem, når vi står ved computere på stuen

<Internals\\Spørgsmål 4 - Hvordan inddrages patienten, når du anvender EPJ sammen med patienten> - § 5 references coded [2,04% Coverage]

Reference 1 - 0,41% Coverage

Patienten får at vide jeg skriver journal notat fx under fødsel.. Inddrages ikke, det er der ikke overskud/tid til

Reference 2 - 0,41% Coverage

Inddrages ikke

#### Reference 3 - 0,41% Coverage

Jeg prøver at rette skærmen til så pt kan se hvad jeg skriver, dette er primært i konsultation. Ellers er det svært at inddrage patienten ret meget i en fødesituation.

#### Reference 4 - 0,41% Coverage

Normalt ser patienten ikke skærmen men hvis det handler om en speciel værdi f.eks blodprocenten og den s udvikling kan jeg trække en graf og vise patienten det billede. Ellers betragter jeg EPJ som mit arbejdsredskab som patienten ikke skal anvende.

#### Reference 5 - 0,41% Coverage

Læser kort i journal ved indledning af ptkonsultationen for at afstemme med pt, hvad besøget handler om. ovenstående og booking af ny tid til pt, bruger jeg ikke epj sammen med pt - det tager fokus fra pt hvis man skal sidde og rode i epj - det kan virke uprofessionelt og uforberedt

#### <Internals\\Spørgsmål 5 - Hvilke fordele er der for anvendelse af EPJ i patientens nærhed> - § 4 references coded [1,33% Coverage]

#### Reference 1 - 0,33% Coverage

ingen

#### Reference 2 - 0,33% Coverage

Kan bruges til intastning, men vil bryde samtalen/undersøgelsen/vurderingen.

#### Reference 3 - 0,33% Coverage

Ingen i mit arbejde

#### Reference 4 - 0,33% Coverage

Jeg kan ikke umiddelbart se nogen fordele.

#### <Internals\\Spørgsmål 6 - Hvilke barrierer er der for anvendelse af EPJ i patientens nærhed> - § 41 references coded [14,04% Coverage]

#### Reference 1 - 0,34% Coverage

Man mister nærhed med patienten fordi man konstant skal sidde og taste oplysninger ind.

#### Reference 2 - 0,34% Coverage

Jeg mener ikke man bør læse journaler og opdatere sig på patientdata mens patienten sidder foran lægen, dette bør ske inden patienten kommer ind på ambulatoriestuen. Eller vil skærmen komme "mellem" lægen og patienten

#### Reference 3 - 0,34% Coverage

Fjerner øjenkontakten til patienten

#### Reference 4 - 0,34% Coverage

Tab af kontakt og nærvær med patient.  
Ensidig fokusering på EPJ's afkrydsningsbokse.  
Distraction - at skulle bruge tiden på at betjene computer fremfor at observere på pt.  
Konstant behov for at være i nærheden af stikkontakt pga. den latterligt lave batteritid.

#### Reference 5 - 0,34% Coverage

Det tager opmærksomheden væk fra pt. Og det kan være svært at koncentrere sig om at læse, når man står inde hos pt.

#### Reference 6 - 0,34% Coverage

Fokus og konstant blik på patienten mindskes.

Har tidligere været ansat på en sengeafdeling hvor vi skulle læse om patienterne ved deres senge. Det var utrolig tidskrævende og svært at få ro til at danne sig et overblik.

#### Reference 7 - 0,34% Coverage

Ikke direkte kontakt og fuld opmærksomhed på pt hvis man sidder og skriver og stirrer på en skærm.

#### Reference 8 - 0,34% Coverage

Patienten har ikke gavn eller kompetence til at få noget ud af at bruge EPJ eller informationer derfra i konsultationen

#### Reference 9 - 0,34% Coverage

Der er krav til lægepatient interaktion, for risikoen er naturligvis at kommunikation er med PC,eren og ikke med patienten. Det er en træningssag at få patienten i centrum, selv om der også er en PC og evt. pårørende

#### Reference 10 - 0,34% Coverage

At man skal huske at få en computer med ind til patienten, der kan blive mere fokus på skærmen end på patienten

#### Reference 11 - 0,34% Coverage

Mister øjenkontakt og relationsopbygning.

#### Reference 12 - 0,34% Coverage

maligne mistanker, som ikke tidligere har været drøftet

#### Reference 13 - 0,34% Coverage

Det tager noget af den nærhed og opmærksomhed som man får ved kontakt uden en skærm i mellem. Der er også en masse vente tid på at tingene skal "gå igennem" (der er for lang tid med timeglasset)

#### Reference 14 - 0,34% Coverage

Sprog (vores fagsprog giver ikke mening for patienterne).

#### Reference 15 - 0,34% Coverage

Man kan have for meget fokus på skærmen.

#### Reference 16 - 0,34% Coverage

Det er ikke hensigtsmæssigt at have sin opmærksomhed på skærmen,når man taler med patienten. Udover medicinafstemning kan jeg ikke se en god grund til at gøre det.

#### Reference 17 - 0,34% Coverage

Der kunne være tilfælde, hvor patienten ikke ønsker eller har gavn at at se alt hvad der står i journalen.

Hvis lægesproget giver misforståelser og patienten ikke tør spørge ind til det, kan det give et forkert billede af situationen unødvendigt.

#### Reference 18 - 0,34% Coverage

flere spørgsmål ift til andet som er taget fx blodprøver som ikke er taget i vores regi, svært at opretholde hygiejens på pc

#### Reference 19 - 0,34% Coverage

Hvis je har behov for at skrive en længere tekst fm pt. frløb, da følerde sig lidt "som 3. hjul"

#### Reference 20 - 0,34% Coverage

at opmærksomheden forsvinder fra pt, og at man ikke er nærværende

#### Reference 21 - 0,34% Coverage

Vi skal ofte arbejde mere praktisk med patienten og vil måske kommer til at skulle gå fra computeren. Det bliver et mellemlid mellem patienten og personale fremfor direkte kontakt

#### Reference 22 - 0,34% Coverage

Forringelse eller manglende kontakt med pt.. Både manglende mentalt nærvær, når man skal have øjnene på skærm/tastatur mens man skriver, og den fysiske afstand/barriere der bliver mellem to personer, som også nedsætter muligheden for at give fysisk kontakt, feks. en hånd på pt.s hånd eller arm i de svære samtaler, men også generelt.

#### Reference 23 - 0,34% Coverage

Den gode kontakt kan ikke fastholdes

#### Reference 24 - 0,34% Coverage

Det kan blive lidt kunstigt at gemme sig bag computerskærmen når man optager anamnese. Det er her vi forsøger at få en fornemmelse af patienten ift. kognitiv formåen. Det kræver fokus og observation.

#### Reference 25 - 0,34% Coverage

Vil bryde kontakten. Hele sceancen ved patienten bruges til observationer.

#### Reference 26 - 0,34% Coverage

Der skal være computer til rådighed og evt. følelsen af tilstedeværelse fra patienten.

#### Reference 27 - 0,34% Coverage

Fjerner fokus fra patienten.

#### Reference 28 - 0,34% Coverage

At pc står mellem pt og sundhedspersonalet og øjenkontakt bliver sporadisk. Pc bliver centrum og "fylder" meget. Det er svært at få dok iv beh samtidig med at det skal gives og pt skal observeres. Det bliver oftest dok efterfølgende og tidspunktet rettet til så godt som muligt.

#### Reference 29 - 0,34% Coverage

focus flytter sig lidt fra pt til pcér

#### Reference 30 - 0,34% Coverage

Øjenkontakt til pt bliver mindre prioriteret.

#### Reference 31 - 0,34% Coverage

Meget fokusering på computeren i stedet for at tale med patient og de pårørende. Manglende bærbare computere i afd. Mange nysgerrige pårørende omkring en. Svært at koncentrere sig om at skrive. Jeg er ikke uddannet på kontor, men er sygeplejerske, som gerne vil være nærværende ved patienten.

#### Reference 32 - 0,34% Coverage

Pauser i kommunikationen mellem tp og pt. Formalisering. Nærvær ryger, afbrudt lytning..

#### Reference 33 - 0,34% Coverage

At man virker uinteresseret, som hvis man sidder på mobilen hele tiden i sociale sammenhænge

#### Reference 34 - 0,34% Coverage

Fjerner fokus fra pt.  
Forringer kontakten med pt.  
I den menneskelige relation virker pc'en som en forhindring for god kontakt.

Har ca. samme effekt som hvis en person hiver sin smartphone frem og roder med den midt i en samtale.

#### Reference 35 - 0,34% Coverage

Man er bag en skærm - og det kan måske godt virke som om man ikke lytter, når man taster.

#### Reference 36 - 0,34% Coverage

Skaber afstand når der står en maskine imellem pt. og jeg.  
Samtalen forløber ikke så flydende som uden PC.

#### Reference 37 - 0,34% Coverage

Man kan ikke altid være sikker på, at Pt. har fået at vide af andre faggrupper (fx en læge) hvad der reelt er skrevet? Passer det i journalen overens med det, der er sagt til PT? Altså her er tale om andre personers journalnotater

#### Reference 38 - 0,34% Coverage

Kan tage fokus fra det "direkte møde" med patienten, men mener ikke, at det er problematisk for operationspersonalet på OP-stuen.

#### Reference 39 - 0,34% Coverage

Eks. blodprøver - at de ser "røde tal" som kan bekymre. Kræver mere tid til forklaring. At EPJ kun er åben i pt. navn. At fagpersonen sidder med ansigtet mod skærmen i stedet for mod patienten

#### Reference 40 - 0,34% Coverage

Miste fokus på patienten.

#### Reference 41 - 0,34% Coverage

Man virker ikke nærværende, når man sidder med hovedet ind i skærmen.  
Synes der er nogle informationer der går tabt, når man skal sidde at skrive samtidig med at pt tale.  
Synes faktisk det er upersonligt og ubehøvet at sidde med computer, når man taler/vurderer patienten.

#### <Internals\\Spørgsmål 7 - Har du andet du vil tilføje> - § 4 references coded [14,29% Coverage]

#### Reference 1 - 3,57% Coverage

Jeres spørgsmål har været meget målrettet mod data-ud og mindre mod data-ind. Jeg mener ikke anvendelse af EPJ på stuerne vil give højere grad af patientinddragelse

#### Reference 2 - 3,57% Coverage

EPJ er ikke udviklet for patienter, og selve setup og sprogbruget er dem fremmed. Lægen kommer til at virke ukoncentreret og uden ordentlig øjenkontakt. Lægen kan også, hvis vedkommende ikke er meget disciplineret, let fortabe sig i nogle detaljer, som ikke siger pt noget. Jeg har som sagt prøvet at have en lille PC med - både på stuegang og til samtaler, men måtte erkende, at det ikke var godt. Så jeg prøver at huske så meget som muligt af jr før en ptkontakt eller en samtale.

#### Reference 3 - 3,57% Coverage

På stuegang hos især børn fungerer det ikke godt at skrive/diktare længere stuegangsnotater, henvisninger m.m. og konferere telefonisk inde hos patienterne.

#### Reference 4 - 3,57% Coverage

hører ikke hjemme på stuerne

**Name:** Patientinddragelse\Neutral

<Internals\Interview 1> - § 3 references coded [15,80% Coverage]

Reference 1 - 5,37% Coverage

Hvordan oplever du pt. kontakt med comp. med på stuen - Oplever den er okay. Skal være bevist om ikke at blive fokuseret på computeren og ikke miste pt.kontakten. Det kan godt være at der var noget relevant de kunne fortælle, men jeg SKAL bare have udfyldt det her nu. Pt. bliver lidt "cuttet af". 'Man skal være opmærksom på også at få kigget grundigt efter' (på pt. når man har comp. med)

Reference 2 - 2,83% Coverage

Har du fået direkte tilbagemeldinger fra ptt. om det at have comp. med ind? - Nej, de forventer det

Reference 3 - 7,60% Coverage

Har du gode råd til ny kollega, der skal i gang med at dokumentere sammen med ptt.? - Tag computeren med med det samme, så kan du altid se det relevante. 'Jeg synes godt man kan finde en gylden middelvej' Man kan godt finde en gylden middelvej - Vær bevidst om at kigge på pt., brug tiden når du bevæger dig rundt i lokalet til at se på pt. Man skal øve sig i at få det at blive flydende

<Internals\Interview 2> - § 6 references coded [7,97% Coverage]

Reference 1 - 0,92% Coverage

Kunne du lige så godt skrive på kontoret, når du alligevel skal adskille tale og skrivning? Nogle ting er svært at skrive inde på stuen. F.eks. lange sygeplejerapporter om de gamle patienter. Patienten er faldet i søvn. Det virker unaturligt.

Reference 2 - 1,16% Coverage

Nogle er ikke interesseret i at vide detaljerne, blot at hjemmesygeplejersken får besked. Yngre patienter vil vide alt. Lettere demente bliver forvirrede og mistroiske af alt for megen information. "Det er meget afhængigt af, hvad det er for en patient".

Reference 3 - 1,05% Coverage

Hvis der er tid, læses uddybende om patienterne efter at hun har hilst på dem og TOKS'et.

Reference 4 - 0,98% Coverage

Har du medspillere i den proces?

Ja, der er flere.

Men der er mange af de lettere uerfarne, eller ikke fagligt stærke, der ikke tør gå ind til patienten først.

Der skal ske kompetenceudvikling for den enkelte sygeplejerske.

Reference 5 - 1,12% Coverage

Hvordan har du oplevet magtforholdet v. patientinddragelse?  
Kan patienten få medindflydelse på, hvad der skal stå?  
Ja, men har aldrig oplevet, at patienter direkte har bedt om at få noget bestemt skrevet.  
Tror at patienterne tænker, at det er personalets arbejdsredskab.

Reference 6 - 2,73% Coverage

Patientinddragelse - kan bedre lide fælles beslutningstagning.  
Patientinddragelse er et passivt ord. Paternalistisk.  
Ved fælles beslutningstagning er vi ligeværdige.

<Internals\\Interview 3> - § 7 references coded [12,46% Coverage]

Reference 1 - 2,20% Coverage

Det, du gør sammen med patienten. Tror du det øger patientens mulighed for at være inddraget i sit forløb?  
Ingen forskel om jeg skriver det inde på stuen eller på kontoret. Ved ikke om patienten har nogen bestemt opfattelse af det.  
Jeg har en dialog med patienten, men det gør ikke forskel hvor jeg er, når jeg skriver.  
"Så er det jo at vi taler mere om det, når jeg står der inde, men jeg ved ikke hvordan de oplever det."

Reference 2 - 0,93% Coverage

Har det nogen påvirkning på den måde, du inddrager patienten på?  
"Nej, det har jeg ikke nogen fornemmelse af overhovedet."  
Øger eller mindsker det patientinddragelsen?..

Reference 3 - 1,46% Coverage

Har du nogen tilbagemeldinger fra patienter, om at de f.eks. synes, at det har været godt at du kan svare med det samme?  
"Nej, jeg synes ikke at de de tilkendegiver noget."  
Måske fordi vi ikke alle gør det ens.  
"Hvis vi alle sammen gjorde, så var der måske en tilbagemelding, hvis der var en, der ikke gjorde."

Reference 4 - 2,98% Coverage

Er der patienter, der beder om at få bestemte ting skrevet i journalen?  
"Nej, det synes jeg faktisk ikke."  
Mest hvis pårørende har praktiske opmærksomhedspunkter, de gerne vil have nævnt.  
"Ikke: Vi vil gerne have det her ført til journal. Det oplever jeg ikke."

Reference 5 - 1,77% Coverage

Lægeligt kunne der vises noget visuelt.  
Alle læger har pc med ved stuegang.  
Det er også tanken, at sygeplejersker skal dokumentere mere sammen med patienten.

Reference 6 - 1,54% Coverage

Det bliver indarbejdet som en naturlig del. Det ved jeg det er for alle.

Ingen forskel om det er pc eller papir.

Reference 7 - 1,58% Coverage

Dokumentation af "udskrivelse vil altid foregå inde på kontoret, fordi man har mere brug for ro."  
"Den dokumentation, der foregår bedst ude på stuen, det er altså i en aftenvagte."  
"I dagvagten da er det TOKS, der foregår bedst der ude."

<Internals\\Interview 4> - § 7 references coded [12,35% Coverage]

Reference 1 - 1,53% Coverage

Tror du det kan øge patientinddragelsen? - 'Ja, både og.' 'Når man sidder med den der skærm, kan man ikke lade være med at lade sig lidt styre af vores [...] skemaer'. Der er et helt klart fokus (fra VIBS modellen) og man snakker ud fra de problemstillinger

Reference 2 - 2,64% Coverage

Vil nogle af de ting (der kommer frem) også være nogle af de ting du går ind og registrer? - 'Det sker ofte, fordi der kommer nogle andre ting frem' Der i optagelsen (ankomststatus) hvor vi er bedst til at tage computeren med, bliver det meget konkrete ting

Reference 3 - 2,27% Coverage

Er computeren med til at forhindre dig? 'Computeren er ikke med til at forhindre mig i at spørge ind til det' [...] 'men det kan være nogle andre svar jeg får tilbage' Pt. er bevidst om at der skal optages nogle data, så der kan planlægges mest hensigtsmæssigt. 'Når vi sidder og snakker personligt ved sengen, så er det måske nogle af de ting de tænker der ikke lige er tid til eller overskud til eller er vigtige for plejen og behandlingen'

Reference 4 - 0,45% Coverage

Der signaleres at når computeren er der, skal der noget faktisk ind i computeren, og når den ikke er der, sker der noget andet

Reference 5 - 0,91% Coverage

'Jeg gør i hvert fald det med at signalere tydeligt og italesætte det' (når der journaliseres)

Reference 6 - 0,92% Coverage

Viser du nogengange tekst skrevet af andre i journalen? - 'Nej det gør vi ikke.' Vi viser svar og skanninger og prøver

Reference 7 - 3,63% Coverage

Ptt. er ikke altid klar over at spl. kan finde på at videregive noget de (ptt.) troede var en personlig samtale, og det kan blive skrevet i journalen. Det tænker ptt. ikke på. Vi arbejder meget med at det skal synliggøres for ptt. at det vi har talt om skriver jeg ned. Så ptt. ved hvorfor det bliver skrevet ned. Der skal være en mening med hvorfor man skriver noget ned om ptt.

<Internals\\Spørgsmål 4 - Hvordan inddrages patienten, når du anvender EPJ sammen med patienten> - § 74 references coded [30,20% Coverage]

Reference 1 - 0,41% Coverage

optager medicinanamnese og cave anamnese

#### Reference 2 - 0,41% Coverage

Anamneseoptagelse som så overføres i epj

#### Reference 3 - 0,41% Coverage

Medicinliste

#### Reference 4 - 0,41% Coverage

Hovedsageligt er det kun mig der bruger EPJ for at slå op for at kunne give svar på spørgsmål, omkring medicin blodprøver og tider til undersøgelser

#### Reference 5 - 0,41% Coverage

I Øjenafdelingen er vores elektroniske pt-system EMAR/EG clinea, derfor anvender jeg kun prøvebestilling sammen med pt - informerer hvilke prøver vi bestiller, hvor prøven tages mm

#### Reference 6 - 0,41% Coverage

Pat. inddrages ikke direkte, men EPJ bruges som forberedende redskab før stuegang/ambulant besøg.

#### Reference 7 - 0,41% Coverage

Ved ikke

#### Reference 8 - 0,41% Coverage

Udskrift af medicinsedler  
Opfølgning af tidligere behandlinger.  
Sidder ikke og ser på skærmen sammen med patienten

#### Reference 9 - 0,41% Coverage

Kigger med

#### Reference 10 - 0,41% Coverage

Information

#### Reference 11 - 0,41% Coverage

Bærbar PC med på stuegang. Pt. inddrages ikke som sådan. Informeres generelt om sygdom, men ikke om EPJ

#### Reference 12 - 0,41% Coverage

Jeg bruger primært EPJ, når jeg ajourfører medicin ved forundersøgelse af patienter, der skal til operation. Patientens oplysninger føres direkte over i EPJ.

#### Reference 13 - 0,41% Coverage

Pt inddrages stort set ikke. Jeg har min pc med mig og skriver skiftevis med at jeg taler med pt. Ved IV beh, dok der straks i EPJ

#### Reference 14 - 0,41% Coverage

Så vidt det er muligt, vil jeg gerne have patienten til selv at formulere, hvordan han synes han har det osv.

#### Reference 15 - 0,41% Coverage

pt indrages kun ved identification

#### Reference 16 - 0,41% Coverage

Vedkommende er på stuen, men er dybt sederet som regel og antageligt fuldstændig uinteresset i om jeg tryksårsscorer eller lignende.

**Reference 17 - 0,41% Coverage**

journalføring

**Reference 18 - 0,41% Coverage**

jeg inddrager ham jo egl. ikke, men viser ham bl.pr.-svar f. eks. Alt andet skriver jeg, efter han er gået.

**Reference 19 - 0,41% Coverage**

Inddrages ikke

**Reference 20 - 0,41% Coverage**

Pt. informeres om at vi har nogle ting som skal skrives ind i elektronisk journal.

**Reference 21 - 0,41% Coverage**

inddrages ikke

**Reference 22 - 0,41% Coverage**

Pt inddrags ikke i forbindelse med anæstesi.

**Reference 23 - 0,41% Coverage**

Jeg inddrager ikke patienten, da denne er i GA. Men jeg skriver, imens jeg passer patienten.

**Reference 24 - 0,41% Coverage**

Jeg anvender EPJ, når jeg taler i telefon med patienter.

**Reference 25 - 0,41% Coverage**

Identifikation af patienten og skanning patientarmbånd

**Reference 26 - 0,41% Coverage**

Bruger ikke det sammen m. pt.

**Reference 27 - 0,41% Coverage**

inddrages ikke

**Reference 28 - 0,41% Coverage**

Patienten er med på stuen men ikke indraget i epj

**Reference 29 - 0,41% Coverage**

Inddrages ikke

**Reference 30 - 0,41% Coverage**

Stort set ikke..  
Mest ift opslag i pt's journal

**Reference 31 - 0,41% Coverage**

indrages ikke

**Reference 32 - 0,41% Coverage**

Jeg inddrager ikke patienten i EPJ

**Reference 33 - 0,41% Coverage**

I processen skal jeg scanne patientens id/stregkode

**Reference 34 - 0,41% Coverage**

pt skal sige sit navn og cpr

**Reference 35 - 0,41% Coverage**

Jeg inddrager dem ikke på Op stuerne, da de det meste af tiden er anæsteserede. I AA Amb sidder de overfor og er som sådan ikke "med" til at skrive.

**Reference 36 - 0,41% Coverage**

inde op til identifikation af patienten

**Reference 37 - 0,41% Coverage**

evt. spørgsmål

**Reference 38 - 0,41% Coverage**

inddrages ikke

**Reference 39 - 0,41% Coverage**

Jeg inddrager ikke patienten.

**Reference 40 - 0,41% Coverage**

mest i forhold til at tjekke telefon numre

**Reference 41 - 0,41% Coverage**

cpr nr kontrol,  
klargøring til operation,  
indgift/udlevering af medicin,

**Reference 42 - 0,41% Coverage**

Jeg informerer om, hvad jeg gør på skærmen (udfylder journalen, bestiller prøver osv)

**Reference 43 - 0,41% Coverage**

Fortæller patienten at data skal lægges i EPJ

**Reference 44 - 0,41% Coverage**

anamnese og dataudveksling

**Reference 45 - 0,41% Coverage**

Patienten inddrages kun i det omfang at det skrives ind de oplysninger de giver ift diverse SFI'er der skal udfyldes og kun i det omfang patienten er i stand til at videregive disse.

**Reference 46 - 0,41% Coverage**

Identifikation af pt

**Reference 47 - 0,41% Coverage**

indrages ikke

Reference 48 - 0,41% Coverage

Anamneseoptagelse.

Reference 49 - 0,41% Coverage

sjældent

Reference 50 - 0,41% Coverage

Til patientidentifikation

Reference 51 - 0,41% Coverage

inddrages ikke

Reference 52 - 0,41% Coverage

Kontrol af ID og af forventet operation

Reference 53 - 0,41% Coverage

bloprøvesvar  
medicinafsteming

Reference 54 - 0,41% Coverage

tjek af identitet

Reference 55 - 0,41% Coverage

inddrages ikke

Reference 56 - 0,41% Coverage

revurdering

Reference 57 - 0,41% Coverage

Patienten inddrages som sådan ikke - har pc med fordi man ikke kan gøre det uden og fordi det er hurtigt at journalføre observationerne ift. blodopsætning

Reference 58 - 0,41% Coverage

Oplysninger fra patienten om vanlige aktivitet og funktionsniveau.

Reference 59 - 0,41% Coverage

I forhold til at fortælle CPR nummer

Reference 60 - 0,41% Coverage

stregkode på ID armbånd scannes og CPR nr tjekkes

Reference 61 - 0,41% Coverage

adspurgt om navn, cpr.nr, indgreb stemmer overens m EPJ

Reference 62 - 0,41% Coverage

bruger næsten aldrig epj sammen med patienten

Reference 63 - 0,41% Coverage

Armbånd scannes og svarer på egne data

Reference 64 - 0,41% Coverage

inddrages ikke

Reference 65 - 0,41% Coverage

Med armbånd og cpr

Reference 66 - 0,41% Coverage

Armbånd skal scannes når der skal ophænges blod

Reference 67 - 0,41% Coverage

Spørger ind til hjemlige forhold og habituel funktionsniveau

Reference 68 - 0,41% Coverage

Pt anamnese

Reference 69 - 0,41% Coverage

Patienten inddrages ikke, da patienten er et nyfødt barn

Reference 70 - 0,41% Coverage

Jeg bruger ikke EPJ på stuen sammen med patienten

Reference 71 - 0,41% Coverage

inddrages næsten ikke, oplyses kun om indskrivning af triage værdier

Reference 72 - 0,41% Coverage

Anvender det meget sjældent. Kun som afstemning af medicin evt. sammen med plejere til multihandicappede.

Reference 73 - 0,41% Coverage

Pt bliver spurgt om pts anamnese, vitale værdier m.m.

Reference 74 - 0,41% Coverage

Pt spørges ind til medicinen

<Internals\\Spørgsmål 5 - Hvilke fordele er der for anvendelse af EPJ i patientens nærhed> - § 2 references coded [0,67% Coverage]

Reference 1 - 0,33% Coverage

Det har jeg ikke haft tid til at overveje

Reference 2 - 0,33% Coverage

Pt er til stede, og kanevt spørges

<Internals\\Spørgsmål 6 - Hvilke barrierer er der for anvendelse af EPJ i patientens nærhed> - § 8 references coded [2,74% Coverage]

Reference 1 - 0,34% Coverage

Dette har jeg ikke haft tid til at overveje

#### Reference 2 - 0,34% Coverage

Minimal.

#### Reference 3 - 0,34% Coverage

Ingen

#### Reference 4 - 0,34% Coverage

Ingen

#### Reference 5 - 0,34% Coverage

ved ikke

#### Reference 6 - 0,34% Coverage

Sederede patienter kan ikke medvirke

#### Reference 7 - 0,34% Coverage

Sederede intuberede

#### Reference 8 - 0,34% Coverage

Jeg kan ikke umiddelbart se nogen sammenhæng hvor anvendelse af EPJ i pt's nærhed er nogen fordel eller hvor der er barriere.

#### <Internals\\Spørgsmål 7 - Har du andet du vil tilføje> - § 5 references coded [17,86% Coverage]

#### Reference 1 - 3,57% Coverage

jeg synes det er godt hvis pt. er med i hvad der skrives, men der skal også være plads til en snak uden

#### Reference 2 - 3,57% Coverage

ser begrænsninger i hvornår man kan bruge computer på sengestuer: f.eks når man i forbindelse med at skrive dagens rapport skal reflektere og evt drøfte en situation med kollega. Der er ikke ro på sengestuerne til dette. Pt. og pårørende vil være forstyrrende i refleksionssituationen.

#### Reference 3 - 3,57% Coverage

Nogle patienter er i deres dagligdag fortrolig med computeren og er klar over at det er vores arbejdsredskab. For dem kan det føles helt naturligt at anvende EPJ hos. Hos andre vil det føles forkert.

#### Reference 4 - 3,57% Coverage

godt hvis det mere blev meldt ud fra ledelsen at det var godt at arbejde mere med dokumentation hos patienten.

#### Reference 5 - 3,57% Coverage

Hvad med at give patienterne mulighed for at skrive i jounalen - f.eks lade forældrene skrive deres opfattels af hvordan DERES barn har det !

**Name:** Effektivitet og Kvalitet\Fordele

<Internals\Interview 1> - § 9 references coded [28,87% Coverage]

Reference 1 - 0,91% Coverage

'Så den er med hele tiden, og vi kan næsten ikke leve uden. Den kører rundt sammen med os hele tiden.'

Reference 2 - 4,07% Coverage

Beskriv en situation hvor det var en fordel at have comp. med - Ved komplekse ptt. hvor der er mange ting med sonde, medicin, pleje, lejring osv. kan jeg få de ting skrevet ind hurtigt når jeg står der, også hvis der er hjælpere eller pårørende med som kan fortælle nyttige ting.

Reference 3 - 3,76% Coverage

Situation hvor du har brugt info fra EPJ til viden om pt. hvor pt. fik fordel af at have comp. med ind - Gengangere som har været her før, så undgår vi at spørge om de samme ting tusinde gange

Reference 4 - 2,07% Coverage

Tror du det tager længere tid at have comp. med ind? - Nej, helt klart en fordel at have den med. 'Der går ting tabt, når jeg går ud af døren'. Jeg bliver forstyrret så snart jeg går ud af døren (til sengestuen). Fordel at få det dokumenteret ved patienten, 'Det er helt klart en fordel...at få det skrevet ned så længe jeg er hos den patient'

Reference 5 - 1,70% Coverage

Hvordan ville det være en fordel at vende skærmen om til pt., hvis der var tid? 'Så er jeg fri for at spørge og de er fri for at fortælle det samme 1000 gange'. Måske. I tilfælde hvor man sidder sammen om et bord er det oplagt at smække computeren og så alle kan se

Reference 6 - 4,55% Coverage

Hvad får pt. ud af at du har comp. med ind.? - Jeg vil gerne tro at de får et hurtigere forløb, at jeg har nogle hurtigere adgang til målinger, så det går lidt hurtigere. 'Det går hurtigere' Pt. synes ikke det er unormalt at have comp. med. Nogle gange har de også nogle ting de gerne vil have skrevet ind

Reference 7 - 2,10% Coverage

Hvordan tænker du at kollegaerne ser på fordelene ved at tage comp. med ind? - Nogenlunde det samme som jeg tænker. At få det skrevet ned med det samme

Reference 8 - 6,61% Coverage

Hvilke ulemper ser kollegaerne ved at tage comp. med ind? - Det er tidskrævende, man er fastlåst. 'Det er også en fordel at man kan blive færdige med det man har gang i' Det er selve dokumentationsbyrden, ikke nødvendigvis det at comp. med - Snak om at de dokumentere tilfældige steder i EPJ

Reference 9 - 3,09% Coverage

Hvis du selv kunne bestemme, hvad vil du vælge at gøre? Vil du gemme det (dokumentationen) til bagefter så du kan komme i gang med dit "rigtige" arbejde først? - 'Nej jeg vil til en hver tid vælge at tage computeren med ind...så kan man få skrevet det ind med det samme, for jeg bliver forstyrret når jeg kommer ind på kontoret' Det er klart en fordel. 'Det er et rigtig godt redskab - Vi kan ikke få det bedre.'

<Internals\\Interview 2> - § 2 references coded [1,94% Coverage]

Reference 1 - 1,02% Coverage

Skriver ind med det samme.

Reference 2 - 0,92% Coverage

Skriver informationer fra patienten straks.

"Når jeg er rundt ved patienterne, skriver jeg simpelt hen ned, hvad det er de siger".

<Internals\\Interview 3> - § 7 references coded [19,52% Coverage]

Reference 1 - 2,17% Coverage

Hvordan bruger du computeren hos patienten?

Til TOKS tidstro ved patienten.

"Hele tanken her oppe er, at vi går ind to og to og TOKS'er. Og at man har computer med ind, når man TOKS'er."

"Så er vi tidstro, og det er ved patienten."

Reference 2 - 1,71% Coverage

Hvordan tror du dine kolleger tænker om at tage pc med til patienterne?

"Nogle har ligesom kunnet se lyset i at man TOKS'er der inde."

"Så man ikke først skrive på papiret, så man ikke bagefter skal føre ind."

"Men det der med at dokumentere sådan ret meget der inde, det tror jeg det er de færreste, der har set lyset af endnu."

Reference 3 - 2,34% Coverage

Har selv set lyset ved at skrive straks hos patienten. Nogle kolleger har også.

Særligt til TOKS.

Kan tjekke oplysninger af med patienten og gøre dokumentationen færdig med det samme.

Reference 4 - 2,83% Coverage

Sparer du tid på det?

Ja, vinder tid. Glemmer ikke noget.

"Så er dokumentationen afsluttet, og så går jeg videre til den næste patient."

Reference 5 - 4,41% Coverage

Andre vi har interviewet har givet udtryk for, at dele af journalen, der skal udfyldes (f.eks. TOKS), skal gøres først, før man kan koncentrere sig om at få den fulde kontakt med patienten.

Har du oplevet noget tilsvarende, er der et modsætningsforhold?

"Nej, det synes jeg ikke... har en dialog løbende ..." "Det er jo bare sådan, at vi starter lige så stille, som man ville gøre, hvis man havde papir. Jeg skriver det faktisk med det samme."

Fordel at TOKS scoren bliver beregnet med det samme, når man skriver den ind i EPJ.

Reference 6 - 3,23% Coverage

Har ledelsen meldt noget ud om, hvorfor vi skal gøre dette?

"Jeg ved at tanken det har været, at det skal være sammen med patienten."

Ikke patientsikkerheden.

"Det er bare at dokumentationen skal være tidstro sammen med patienten."

"Det er ligesom det mål, der er, og det er det, vi skal prøve at opfylde."

"Også fordi de fysiske rammer ikke bliver til det - man kan lige så godt vænne sig til det."

Reference 7 - 2,82% Coverage

Hvad betyder det for din måde at udføre dit faglige arbejde på?

"Jeg har ikke gjort det så meget anderledes før." "For mig er det overhovedet ikke noget problem at have en computer med ind til patienten."

"Det gør tingene lidt hurtigere" ... skal ikke gå ind til patienten igen, hvis jeg har et tillægsspørgsmål.

Det falder naturligt, at jeg gør det færdigt hos patienten. Fungerer bedst i aftenvagter.

<Internals\\Interview 4> - § 11 references coded [17,26% Coverage]

Reference 1 - 1,24% Coverage

Kan du prøve at fortælle hvordan din dag starter? - 'Vi orienterer os i journalen på stuegangskontoret. Det gør vi ikke hos patienten'. Alt hvad der skrives, måles, noteres om patienterne, noteres på stuerne. 'Det er rigtig fint'

Reference 2 - 0,48% Coverage

'Så får man det skrevet ned med det samme'. 'Der er noget patientsikkerhed i det'. Man sikres sig at det er den rigtige patient, og det skrives med det samme.

Reference 3 - 0,42% Coverage

Førhen skrev man på seddel og gik hen og skrev det ind. Det er der flere fejlkilder i.

Reference 4 - 0,61% Coverage

Så du får snakket med patienten? - Ja, hvis jeg gør det på kontoret er der meget tid brugt. Her kan jeg gøre det [...] i patienttiden.

Reference 5 - 0,37% Coverage

Det kan man bruge meget tid på, hvis man først snakker og planlægger med pt. og efterfølgende skal ind og skrive den (dokumentationen)

Reference 6 - 1,08% Coverage

'Rigtig ofte har de (patienter) selv en masse handlingsplaner selv i hovedet [...] og kan hurtigt give udtryk for hvad der virker' Så hvis i sidste ende vil det trække længere ud hvis jeg har skrevet planen på kontoret i stedet for sammen med pt.

Reference 7 - 4,88% Coverage

Kan du vælge en situation hvor du tænkte, at det var en fordel at have computeren? - 'Der er masser af fordele i dagligdagen' 'Mange patienter har helt konkret behov for viden og at kunne følge med. Og så kan man lynhurtigt svare' (når man har computeren) 'Nogle gange inviterer jeg dem med hen til skærmen, så de kan se blodprøver [...] vise skanningsbilleder'. 'Det kan være meget håndgribeligt at [...] der kan man se tumoren'. 'Det er lidt individuelt om vi vælger at vise billeder'. 'Der er det enormt gavnligt, da vi ikke kan invitere dem ind på kontoret og se svar'. 'Den daglige stuegang blive virkeligt højnet' Når man skal svare pt. undgår man også at gå på gangen, hvor man bliver afbrudt

Reference 8 - 2,64% Coverage

Du nævnte også at der er noget kvalitet i at få det gjort med det samme? - Mest af alt patientsikkerheden, at man er sikker på at man får dokumenteret den rigtige problemstilling på den rigtige patient. 'Man tømmer også sit eget hoved. Som sygeplejerske er det meget hensigtsmæssigt at man får afsluttet en problemstilling, så man ikke har noget man skal huske eller vende tilbage til'. 'Så kan man lettere holde nogle flere bolde i luften, hvis man får færdiggjort nogle ting' 'Patienten føler sig mere hørt'

Reference 9 - 1,69% Coverage

Hvad får pt. ud af at dokumentere sammen på stuen? - 'De får en masse ud af at vi med det samme får noteret nogle data ned'. 'De kan give udtryk for om der er noget de vil have journalført'. Vi håber at de får noget ud af at vi planlægge sammen med patienten

Reference 10 - 1,09% Coverage

Hvad vil dine kollegaer sige er fordele? - 'Det er at have data lige ved hånden' 'Det at kunne notere de helt faktuelle ting med det samme'

Reference 11 - 2,76% Coverage

Ledelsens motivation, hvorfor i skal gøre dette? - 'Der er noget patientsikkerhed at vi kan føre det (data) over med det samme' 'En klar fordel i at kunne genfinde data hurtigere'

<Internals\\Spørgsmål 4 - Hvordan inddrages patienten, når du anvender EPJ sammen med patienten> - § 6 references coded [2,45% Coverage]

Reference 1 - 0,41% Coverage

Pt inddrages stort set ikke. Jeg har min pc med mig og skriver skiftevis med at jeg taler med pt. Ved IV beh, dok der straks i EPJ

Reference 2 - 0,41% Coverage

Der sokumenteres umiddelbart efter, at pt. er spurgt om et spørgsmål

Reference 3 - 0,41% Coverage

Patientens oplysninger / data / resultater journalføres i EPJ tidstro.

Reference 4 - 0,41% Coverage

Hurtigere at finde informationer. Plejer dog at sætte mig ind i sygehistorien alligevel.

Reference 5 - 0,41% Coverage

Der gives evt. svar på blodprøver.

Der informeres om svar fundet ved opslag.  
Der kan sørges ind til pt's oplevelser/symptomer mm. som så dokumenteres med det samme.

#### Reference 6 - 0,41% Coverage

vi ser på skærmen sammen

<Internals\\Spørgsmål 5 - Hvilke fordele er der for anvendelse af EPJ i patientens nærhed> - § 70 references coded [23,33% Coverage]

#### Reference 1 - 0,33% Coverage

Data bliver tastet direkte ind, hvilket sparer tid.

#### Reference 2 - 0,33% Coverage

Oplysninger tilgængelige

#### Reference 3 - 0,33% Coverage

der går ikke tid fra man taler med pt indtil man registrerer noget om patienten

#### Reference 4 - 0,33% Coverage

Får svar/respons med det samme fra pt. og kan bestille nye prøver, opdatere medicin og booke tid med det samme, så man er sikker på at det er gjort og behøver ikke at involvere andre faggrupper til noget man lige så godt kan gøre selv.

#### Reference 5 - 0,33% Coverage

At man staraks kan slå op og se svaret på de spørgsmål pt. stiller. at man kan få dokumeteret det som giver mening i den givne pt.kontakt.

#### Reference 6 - 0,33% Coverage

umiddelbar medicinafstæmning

#### Reference 7 - 0,33% Coverage

prompte udfyldelse.

#### Reference 8 - 0,33% Coverage

Man kan dokumentere tidstro, samt finde svar på evt spørgsmål fra pt umiddelbart. Det kan være inddragende.

#### Reference 9 - 0,33% Coverage

Præcis, tidstro dokumentation.  
Korrekt angivelse af udleveret/taget medicin.

#### Reference 10 - 0,33% Coverage

Hurtig afklareing og besvarelse af pt?s evt spgsmål

#### Reference 11 - 0,33% Coverage

Til oversigt af medicin. Til svar på spørgsmål, som pt. eller pårør. måtte have.

#### Reference 12 - 0,33% Coverage

Hurtig afklaring på nogle spørgsmål  
Afklaring af om der er overensstemmelse fx mellem vores planer med pt. og det pt. regner med.

#### Reference 13 - 0,33% Coverage

Vi sidder på stuen og arbejder med epj og kan nemt spørge og snakke med pt.

#### Reference 14 - 0,33% Coverage

Nemt at informere pt, samt dokumentere.

#### Reference 15 - 0,33% Coverage

Der er umiddelbar adgang til de nødvendige informationer om patienten når han er til stede.

#### Reference 16 - 0,33% Coverage

Man kan hurtigt finde svar.

#### Reference 17 - 0,33% Coverage

der kan dokumenteres tidstro og der kan gives hurtigere svar på blod prøver og medicin som man ikke nødvendigvis kan gå at huske på.

#### Reference 18 - 0,33% Coverage

At der dokumenteres tidstro samt at der øjeblikkeligt kan afklares evt. spørgsmål ift. observationer mm.

#### Reference 19 - 0,33% Coverage

Tidstro dokumentation, sparer tid.

#### Reference 20 - 0,33% Coverage

At man ikke skal skrive på papir og man får registreret tidstro. Derved spares en arbejdsgang.

#### Reference 21 - 0,33% Coverage

Opdatere korrekte kontaktinfo, pårørende, negativ samtykke, CAVE.

#### Reference 22 - 0,33% Coverage

Direkte opdatering af medicin, til forklaring af sygdommen

#### Reference 23 - 0,33% Coverage

Overblik over us. og mulighed for med.opdatering.

#### Reference 24 - 0,33% Coverage

Tingene bliver gjort med det samme.

#### Reference 25 - 0,33% Coverage

Oplysninger tjekkes med det samme

#### Reference 26 - 0,33% Coverage

Man holder den fysiske nærhed.  
Vi har PC på alle stuerne og kan hurtigt og let orientere os i EPJ og stille relevante spørgsmål og give svar på patientens spørgsmål hurtigt.

#### Reference 27 - 0,33% Coverage

Meget få, men mht medicin kan det checkes umiddelbart

#### Reference 28 - 0,33% Coverage

kan sikre det står korrekt i EPJ både det der er skrevet, men også det som jeg skal skrive

#### Reference 29 - 0,33% Coverage

Hurtigt fælles overblik, hurtigt svar på blodprøver, patientinddragelse

#### Reference 30 - 0,33% Coverage

At man altid kan tjekke og opdaterer viden om undersøgelser, resultater, biokemi mv tæt på pt

#### Reference 31 - 0,33% Coverage

Tidstro dokumentation. Pt bliver selv en del af deres forløb.

#### Reference 32 - 0,33% Coverage

Alle oplysninger samlet

#### Reference 33 - 0,33% Coverage

Man kan hurtigt slå noget om og citere direkte fra journal

#### Reference 34 - 0,33% Coverage

At det sparer tid, der skal ikke bruges tid på at skrive ind i PJ efter målmødet.

#### Reference 35 - 0,33% Coverage

Overblik vedrørende fakta.

Manglende overblik i hjournalen pga pga manglende systematik.

#### Reference 36 - 0,33% Coverage

Man har journal lige ved hånden. Skal ikke forlade stuen for at søge information på stationær PC

#### Reference 37 - 0,33% Coverage

Oplysning om hvad der føres til journal

#### Reference 38 - 0,33% Coverage

Hurtig dokumentation

#### Reference 39 - 0,33% Coverage

Hurtig afklaring af journalnotater.

#### Reference 40 - 0,33% Coverage

Jeg kan spare tid ved ikke at skulle skrive medicinen op først på papir og derefter i MEM.

#### Reference 41 - 0,33% Coverage

tidstro dokumentation, at der bliver dokumenteret korrekt.

#### Reference 42 - 0,33% Coverage

Tidstro dokumentation

Hvor det er relevant at patienten inddrages eks. ved udarbejdelse af genoptræningsplan.

#### Reference 43 - 0,33% Coverage

Tidstro

#### Reference 44 - 0,33% Coverage

Anvender mere tid sammen med pt. Mere sikker i mine svar. Pt. har også bedre tid til at samtale/stille spørgsmål. Spare mange skridt.

#### Reference 45 - 0,33% Coverage

Tidstro dokumentation samt korrekt dokumentation af hvad pt. fortæller. Færre fejl

#### Reference 46 - 0,33% Coverage

Sikker videregivelse af info. f.eks ved blodprøvesvar.

#### Reference 47 - 0,33% Coverage

alle oplysninger vi har om pt er lige ved hånden, og er der sket ændringer kan det tilføjes med det samme

#### Reference 48 - 0,33% Coverage

Du har mulighed for at dokumentere i takt med at der svares...man kan blive hos patienten

#### Reference 49 - 0,33% Coverage

Kan søge svar på spørgsmål

Tænker ikke at jeg vil læse en genoptræningsplan op fra pc...vil alligevel printe den ud til patienten

#### Reference 50 - 0,33% Coverage

Undgå dobbeltarbejde (papirlapper)

#### Reference 51 - 0,33% Coverage

mere patientsikker

#### Reference 52 - 0,33% Coverage

Muligheden for at dokumentere tidstro

Muligheden for at information ikke mistes fra patienten og ud til computeren

Muligheden for at finde information til patienten under samtalen.

Besparelse af tid der ellers bruges på at gå ud og logge på computer

#### Reference 53 - 0,33% Coverage

Oplysninger lige ved hånden.

#### Reference 54 - 0,33% Coverage

Har oplysningerne lige ved hånden

#### Reference 55 - 0,33% Coverage

Dokumentation er foretaget når man er færdig hos pt. Patienten bliver inddraget i langt højere grad. Ingen dobbeltdokumentation (først på papir og så i EPJ). Fejl mindskes

#### Reference 56 - 0,33% Coverage

patientsikkerhed

#### Reference 57 - 0,33% Coverage

Man kan formulere sig meget præcist, og man har altid svarene ved hånden og skal ikke "rode" rundt i en papir mappe. Man har alt ved hånden.

#### Reference 58 - 0,33% Coverage

1. hurtigt finde oplysninger
2. nemt besvare pt.s spørgsmål
3. se med liste med pt.
4. se bookinger på andre afdelinger i RM

#### Reference 59 - 0,33% Coverage

Hvis de har spørgsmål. Så kan det hurtigt slås op.

#### Reference 60 - 0,33% Coverage

færrere UTH ang medicin

#### Reference 61 - 0,33% Coverage

Man får skrevet informationen ind direkte.

#### Reference 62 - 0,33% Coverage

Forestiller mig at det kunne mindske misforståelser.

#### Reference 63 - 0,33% Coverage

observation samtidig med dokumentation

#### Reference 64 - 0,33% Coverage

Hurtig adgang

#### Reference 65 - 0,33% Coverage

Tidstro dokumentation.

#### Reference 66 - 0,33% Coverage

Hurtigt for alle parter, både hvis man skal booke ny tid, finde en oplysning i journalen osv.

#### Reference 67 - 0,33% Coverage

tidstro registrering.  
sikker kirurgi

#### Reference 68 - 0,33% Coverage

Man kan læse tidl, medicinliste osv samtidig.

#### Reference 69 - 0,33% Coverage

Kan straks booke pt., som det passer ham. Sikker på at medicin er korrekt. Rart for pt. at kunne se sine blodprøver

#### Reference 70 - 0,33% Coverage

fejl kan rettes, undgår misforståelser i teksten, pt kan selv være med i processen

**Name:** Effektivitet og Kvalitet\Ulemper

<Internals\Interview 1> - § 2 references coded [7,14% Coverage]

**Reference 1 - 2,34% Coverage**

Situation hvor det var en ulempe at have comp. med ind, eller måske har fravalgt at have comp. med ind - Det sker ved lette Skadestuepatienter, da det er så kort det der skal ske (hos os)

**Reference 2 - 4,79% Coverage**

Vender du skærmen om til pt.? 'Nej, det bliver for omfattende, jeg har ikke tid til det'. Nej, det er der ikke tid til, ellers kommer der en kæmpe smøre. Har ikke prøvet det, og tænker ikke det er fordelagtigt for pt., specielt ældre. 'Lige umiddelbart tænker jeg ikke det er voldsom fordelagtigt for gamle fru Jensen på 80'. EPJ er mit arbejdsredskab, udelukkende. 'Det kunne være fedt, hvis de selv kunne skrive hvad de kom med i dag...Så er jeg fri for at spørge'

<Internals\Interview 4> - § 1 reference coded [3,14% Coverage]

**Reference 1 - 3,14% Coverage**

Hvordan tror du dine kollegaers oplevelse er med at have computeren med? - 'Den ældre generation af kollegaerne, 50+ har lidt svært ved det, og det er nok det med at formulere sig på en skærm' 'De yngre er gode til at skrive enormt hurtigt og vant til at skrive om sygepleje' 'Den ældre generation er enormt dygtige til at få patienten klædt på (til at modtage behandling) har de sværere med at formulere sig på skrift'

<Internals\Spørgsmål 5 - Hvilke fordele er der for anvendelse af EPJ i patientens nærhed> - § 3 references coded [1,00% Coverage]

**Reference 1 - 0,33% Coverage**

vil være ganske godt men aktuelt er der ikke enestuer og derfor umuligt at bruge til stuegang, journaloptagelse

**Reference 2 - 0,33% Coverage**

Jeg koncentrerer mig om patienten, mens han er i vores ambulatorium, og så skriver jeg bagefter.

**Reference 3 - 0,33% Coverage**

Jeg kan ikke umiddelbart se nogen fordele.

<Internals\Spørgsmål 6 - Hvilke barrierer er der for anvendelse af EPJ i patientens nærhed> - § 15 references coded [5,14% Coverage]

**Reference 1 - 0,34% Coverage**

Det tager lidt længere nogle gange.

**Reference 2 - 0,34% Coverage**

genere stuegangen

**Reference 3 - 0,34% Coverage**

fx. At man som fagperson ikke læser særlig grundigt i journalen fordi at pt. venter og har øjnene på en, samt at de afbryder mens man er igang med at danne sig et overblik.

**Reference 4 - 0,34% Coverage**

Vi har ikke så meget tid som patienten!!!

#### Reference 5 - 0,34% Coverage

TID.....

#### Reference 6 - 0,34% Coverage

Hvis der i journalen står ting, der kræver yderligere forklaring og hvor vi ikke har tid til det. Hvis skrankelisten står fremme og patienten kommer til at se den får de kendskab til andre patienter, hvilket ikke er lovligt.

#### Reference 7 - 0,34% Coverage

At pc står mellem pt og sundhedspersonalet og øjenkontakt bliver sporadisk. Pc bliver centrum og "fylder" meget. Det er svært at få dok iv beh samtidig med at det skal gives og pt skal observeres. Det bliver oftest dok efterfølgende og tidspunktet rettet til så godt som muligt.

#### Reference 8 - 0,34% Coverage

Tiden til at få anvendt EPJ imens pt. er i afd.

#### Reference 9 - 0,34% Coverage

Meget langsomme PC'ere, åbner så langsomt at man længe er færdig hos pt, når PC er klar, dårlig arbejdsstilling, hårdt at stå op i en hel vagt, at PC ikke kan holde uden strøm, mange arbejdsopgaver oveni hinanden på flersengsstue hvor man ikke kan nå at dokumentere efterhånden

#### Reference 10 - 0,34% Coverage

Uro og afbrydelser på stuen

#### Reference 11 - 0,34% Coverage

Det kan være svært at få tid i akutte situationer at få skrevet alting på pceren, tidstro, da man er nødt til at gå fra patienten hen til et bord for at skrive det.

#### Reference 12 - 0,34% Coverage

I akutte situationer er det svært at skulle slippe patienten for at skrive tidstro beretning.

#### Reference 13 - 0,34% Coverage

Det kræver mere tid, hvis de skal medinddrages i det du skriver. Tid er i forvejen kritisk

#### Reference 14 - 0,34% Coverage

svært at koncentrere sig om medicindosering

#### Reference 15 - 0,34% Coverage

Eks. blodprøver - at de ser "røde tal" som kan bekymre. Kræver mere tid til forklaring. At EPJ kun er åben i pt. navn. At fagpersonen sidder med ansigtet mod skærmen i stedet for mod patienten

#### <Internals\Spørgsmål 7 - Har du andet du vil tilføje> - § 2 references coded [7,14% Coverage]

#### Reference 1 - 3,57% Coverage

Synes ikke generelt det er en god arbejdsgang!

#### Reference 2 - 3,57% Coverage

På stuegang hos især børn fungerer det ikke godt at skrive/diktare længere stuegangsnotater, henvisninger m.m. og konferere telefonisk inde hos patienterne.

**Name:** Effektivitet og Kvalitet\Neutral

<Internals\Interview 2> - § 3 references coded [8,37% Coverage]

Reference 1 - 5,04% Coverage

Hvilken påvirkning har det på dit faglige arbejde at have pc med?

Kan skrive straks. "Glemmer ikke noget".

Er færdig med at skrive, når hun kommer ud fra stuen.

Men når det er travlt, bliver der kun skrevet det, der kan huskes.

Men hvis der sker mange ting, kan man godt glemme noget, hvis ikke man når at få det skrevet, når det sker.

Reference 2 - 2,21% Coverage

Skaber det højere effektivitet at tage pc med til patienten?

Sparer det tid?

Nej, det tager den tid, det tager, for dokumentationskravet er det samme.

Det er hverken mere eller mindre effektivt.

Reference 3 - 1,13% Coverage

Det tager den tid, det tager, men jeg har inddraget mine patienter hele vejen, så patienterne måske sover bedre i nat.

Men jeg tror ikke, at det sparer nogle ressourcer.

<Internals\Interview 3> - § 1 reference coded [1,73% Coverage]

Reference 1 - 1,73% Coverage

Er der fælles træk ved de, der ikke synes, at det er den bedste idé?

Tendens til at det er de ældre, der er mest trygge ved papiret.

De yngre vil hellere prøve noget nyt.

<Internals\Interview 4> - § 1 reference coded [3,13% Coverage]

Reference 1 - 3,13% Coverage

Hvad er dit indtryk ift. at have mere effektive arbejdsgange med dette? 'Der er stor forskel. Nogle patienter har stort talebehov.' 'Det kan være tidskrævende'. Ved ptt. der tydeligt giver udtryk for hvad der er et problem, kan man spare tid ved planlægningen, så man ikke skal sidde på kontoret og gætte/selv lave vurderingen alene

<Internals\Spørgsmål 5 - Hvilke fordele er der for anvendelse af EPJ i patientens nærhed> - § 1 reference coded [0,33% Coverage]

Reference 1 - 0,33% Coverage

Da vi har et sengstuer, er der ro til at skrive og læse.

<Internals\Spørgsmål 6 - Hvilke barrierer er der for anvendelse af EPJ i patientens nærhed> - § 1 reference coded [0,34% Coverage]

Reference 1 - 0,34% Coverage

Dette har jeg ikke haft tid til at overveje

<Internals\\Spørgsmål 7 - Har du andet du vil tilføje> - § 2 references coded [7,14% Coverage]

**Reference 1 - 3,57% Coverage**

Fungerer klart bedst når pt er til stede på stuegangsrummet. Det er meget vigtigt at man har sat sig ind i pt forløbet inden man har dialog med patienten - så pt er i centrum og ikke EPJ

**Reference 2 - 3,57% Coverage**

ser begrænsninger i hvornår man kan bruge computer på sengestuer: f.eks når man i forbindelse med at skrive dagens rapport skal reflektere og evt drøfte en situation med kollega. Der er ikke ro på sengestuerne til dette. Pt. og pårørende vil være forstyrrende i refleksionssituationen.

**Name:** Praktiske og tekniske forhold\Fordele

<Internals\Interview 1> - § 1 reference coded [3,91% Coverage]

Reference 1 - 3,91% Coverage

Hvis tablet kunne det samme som computer, hvad vil du vælge? Jeg vil vælge computeren pga. tastaturet. Det ville dog være smart for pt. hvis det var en tablet de selv kunne sidde med

<Internals\Interview 2> - § 1 reference coded [0,64% Coverage]

Reference 1 - 0,64% Coverage

Står du op, når du taler med patienten?

Sætter mig meget gerne ned, hvis der er en stol. Ligeværdigt forhold, når jeg taler med patienten.

<Internals\Interview 4> - § 5 references coded [7,16% Coverage]

Reference 1 - 1,10% Coverage

Er du vant til at tage computeren med ind til patienten? - 'Ja, vi er så heldige at have computer på stuerne'. 'Det betyder at vi altid har IT tilgængeligt hos alle vores patienter'

Reference 2 - 0,81% Coverage

'Vi har i princippet også bærbare computere, som vi ind i mellem vælger at tage med ind'. 'Særligt på 4 sengs stuer hvis man skal lave journal optagelse'...'hvor man skal bruge den lidt mere end bare lige notere sig de almindelige observationer'

Reference 3 - 1,70% Coverage

'Vi er så heldige at den (computeren) er over på en væg, så man er tvunget til at gå lidt frem og tilbage, så der er en tydelighed i det. Nu skriver jeg, og nu snakker vi'. 'Det er en fordel at jeg kan gå lidt til og fra, så har man øjenkontakt og aktiv lytning'.

Reference 4 - 0,31% Coverage

'Jeg synes at der er fint, at nu går man til skærmen og skriver det man har aftalt, og går tilbage og har dialog'.

Reference 5 - 3,24% Coverage

Har du fået nogle konkrete tilbagemeldinger fra ptt. (godt eller skidt)? - Det har jeg aldrig prøvet. 'I starten havde man meget lidt tendens til at tage den i brug, men efterhånden som man vænner sig til den som et arbejdsredskab på stuen bruger man den mere og mere'. 'Patienter er vant til at den skærm den er der' 'De har selv en skærm. De kan selv slå op på Borger.dk og følge lidt med også' 'Det bliver mere og mere integreret i vores samfund i alt'.

**Name:** Praktiske og tekniske forhold\Ulemper

<Internals\\Interview 1> - § 3 references coded [11,38% Coverage]

Reference 1 - 3,00% Coverage

Er der forskel på hvordan du vil agere på enestue vs flersengsstue - 'Jeg spørger absolut om et minimum...på flersengsstuer'. 'Det er rarere at have et rum, hvor man kun er patienten og mig og pårørende, og så få skrevet alt det der er på hjertet lige der'

Reference 2 - 2,37% Coverage

Yderligere snak om akut app og computermangel spl og læger i mellem

Reference 3 - 6,00% Coverage

Fysiske omgivelser - hvilken rolle spiller de, er det besværligt eller ok? - Det er en udfordring, ledninger og vogne, holde comp. ladet og tilgængelige osv. Det fungerer tit ikke. Ingen har ansvaret for at de altid fungerer. Det er svært at få plads til rulleborde+computer på flersengsstuer

<Internals\\Interview 2> - § 4 references coded [10,76% Coverage]

Reference 1 - 4,68% Coverage

Nogle pc'er er langsomme. Det kan tage et kvarter at starte en pc.  
Har svært ved at holde strøm. Dårligt batteri, eller ikke opladet.  
Problemer med at få ledningen til at nå, så man kan stå hensigtsmæssigt i forhold til patienten.  
På kontoret er det også et problem med ledninger.

Reference 2 - 1,43% Coverage

Modtagesygeplejerskens bord kan ikke sænkes.

Reference 3 - 2,44% Coverage

Er der nogen, der har søgt råd hos dig?  
- nye eller erfarne?  
Nej, det oplever jeg ikke.  
Men de brokker sig over praktiske forhindringer. Finder undskyldninger for ikke at tage pc med.

Reference 4 - 2,22% Coverage

Har de andre bekymringer end de praktiske?  
Ja, hvad nu hvis jeg ikke kan finde det der spørges om på computeren.  
Anviser muligheder/praktiske fif for at få svar i EPJ.

<Internals\\Interview 3> - § 2 references coded [3,75% Coverage]

Reference 1 - 1,98% Coverage

Prøv at beskrive de fysiske forhold, når du har computeren med? Hvor står du?  
"Det er lige der, hvor man får plads til at stå." Der er ikke meget plads.  
"Det er ikke sådan at de ser skærmen. Det er mig, der ser"  
"Så det er meget forskelligt, hvor vi står henne."

Reference 2 - 1,77% Coverage

Overvinde praktiske barrierer.  
Holdningsændring nødvendig.

<Internals\\Interview 4> - § 4 references coded [8,15% Coverage]

Reference 1 - 0,65% Coverage

Er der flere patienter på stuen? - 'Vi har 1 fire-sengs stue og ellers 2 sengs stuer og enkelt stuer'.  
En computer på hver stue. 'Det er en problemstilling på en 4 sengs stue hvor vi fire om én computer'

Reference 2 - 1,36% Coverage

I kan godt være flere sygeplejersker på samme stue på samme computer? - 'Nej, vi kan kun notere på vores personlige login.' Hvis jeg skal notere noget og der er en anden der er logget ind, vil det enten foregå ved at skrive det på en seddel og skriver det på stuegangskontoret eller også venter man til der er ledigt. Det er om morgenen det er et størst problem, da vi skal forbi alle patienter på stuen på én gang

Reference 3 - 5,02% Coverage

Fysiske omgivelser - Hvordan foregår det? - 'Det kan blive en meget personlig snak i et meget stort rum' (på flersengsstuerne) 'Vi kan ikke bede alle om at gå ud på sådan en flersengsstue'. 'Det er fint at man kan signalere lidt fortrolighed ved at tage en computer med ned til sengen og trække gardinet lidt for'. Der vælger vi at tage en bærbar med ind med problemstillinger. Mange sidder på stolen ved siden af sengen med bærbar på skødet. Vi har ingen rulleborde og ledninger m.m.

Reference 4 - 1,12% Coverage

Der er mange ptt. der generes af skærmene der lyser om natten

<Internals\\Spørgsmål 3 - I hvilke situationer anvender du EPJ, når du er sammen med patienten> - § 1 reference coded [1,30% Coverage]

Reference 1 - 1,30% Coverage

EPJ er ikke tilgængeligt sammen med patienterne. Vi har ikke bærbare computere/tablets

<Internals\\Spørgsmål 4 - Hvordan inddrages patienten, når du anvender EPJ sammen med patienten> - § 1 reference coded [0,41% Coverage]

Reference 1 - 0,41% Coverage

EPJ er ikke tilgængeligt sammen med patienterne. Vi har ikke bærbare computere/tablets

<Internals\\Spørgsmål 5 - Hvilke fordele er der for anvendelse af EPJ i patientens nærhed> - § 2 references coded [0,67% Coverage]

Reference 1 - 0,33% Coverage

vil være ganske godt men aktuelt er der ikke enestuer og derfor umuligt at bruge til stuegang, journaloptagelse

Reference 2 - 0,33% Coverage

Overblik vedrørende fakta.  
Manglende overblik i hjournalen pga manglende systematik.

<Internals\Spørgsmål 6 - Hvilke barrierer er der for anvendelse af EPJ i patientens nærhed> - § 28  
references coded [9,59% Coverage]

Reference 1 - 0,34% Coverage

Ved anvendelse på sengeafdeling praktiske vanskeligheder med bærbare pc-er som er lang tid om at åbne

Reference 2 - 0,34% Coverage

teknikken er for dårlig. Der er for få pc til dagens fremmødte personale. der er for lang ventetid på skift af skræmbilleder.

Reference 3 - 0,34% Coverage

Andre pt på stuen, og dermed manglende diskretion.

Reference 4 - 0,34% Coverage

Tab af kontakt og nærvær med patient.  
Ensidig fokusering på EPJ's afkrydsningsboks.  
Distraction - at skulle bruge tiden på at betjene computer fremfor at observere på pt.  
Konstant behov for at være i nærheden af stikkontakt pga. den latterligt lave batteritid.

Reference 5 - 0,34% Coverage

At andre pt lytter med og at der evt når pt ser med på skærmen står noget ubehageligt svar af en us.

Reference 6 - 0,34% Coverage

Manglende enestuer

Reference 7 - 0,34% Coverage

Være opmærksom på at der kun er slået op på den rigtige patient.

Reference 8 - 0,34% Coverage

Det tager noget af den nærhed og opmærksomhed som man får ved kontakt uden en skærm i mellem. Der er også en masse vente tid på at tingene skal "gå igennem" (der er for lang tid med timeglasset)

Reference 9 - 0,34% Coverage

Følsomme oplysninger kan ses på skærmen.

Reference 10 - 0,34% Coverage

Diskretion skal sikres.

Reference 11 - 0,34% Coverage

flere spørgsmål ift til andet som er taget fx blodprøver som ikke er taget i vores regi, svært at opretholde hygiejens på pc

Reference 12 - 0,34% Coverage

Diskretion i forhold til andre patienter er ikke tilstede, svar på blodprøver der er skæve - der kræves svar fra læge.. Svar på diverse undersøgelser som pt. VIL se svar på men som spl. må du ikke svare..  
Det er tidskrævende og man kan ikke samle hovedet og få ro til et overblik. Man bliver oftere afbrudt fordi man eks. skal hjælpe medpatienten eller lignende da man nu er synlig på stuen.

Reference 13 - 0,34% Coverage

at have en computer til rådighed på stuen ...

Reference 14 - 0,34% Coverage

langsom it

#### Reference 15 - 0,34% Coverage

Bevidstløse patienter.  
Dårlig computer materiale.

#### Reference 16 - 0,34% Coverage

Tavshedspligt kan ikke overholdes på 4 sengsstue.

#### Reference 17 - 0,34% Coverage

Pt. ligger på 4 sengsstue / tavshedspligt

#### Reference 18 - 0,34% Coverage

Langsomt EPJ - det holder ikke at skulle vente 10 minutter på, at det starter op.

#### Reference 19 - 0,34% Coverage

Der skal være computer til rådighed og evt. følelsen af tilstedeværelse fra patienten.

#### Reference 20 - 0,34% Coverage

For få computere  
For tunge  
For upersonligt tror jeg i mange tilfælde  
For langsomme

#### Reference 21 - 0,34% Coverage

Ingen ægte mobil enhed, hvor man kan tilgå EPJ  
Ingen applikation til dette.

#### Reference 22 - 0,34% Coverage

Meget langsomme PC'ere, åbner så langsomt at man længe er færdig hos pt, når PC er klar, dårlig arbejdsstilling, hårdt at stå op i en hel vagt, at PC ikke kan holde uden strøm, mange arbejdsopgaver oveni hinanden på flersengsstue hvor man ikke kan nå at dokumentere efterhånden

#### Reference 23 - 0,34% Coverage

tavshedspligt

#### Reference 24 - 0,34% Coverage

Uro og afbrydelser på stuen

#### Reference 25 - 0,34% Coverage

Mangel på bærbare PC'er (som rent faktisk har en hastighed der er til at leve med) til læger når pt. ikke kan komme til kontoret. Eller der slet ikke er et kontor til stuegang (vi mangler ofte mindst et kontor, så ofte må to læger dele stuegangrum/kontor eller sidde i dagligstuen)

#### Reference 26 - 0,34% Coverage

Vi har computer på alle pt. stuer. Hvis pt. og pårørende har brug for alenetid kan man ikke sidde på stuen

#### Reference 27 - 0,34% Coverage

Kan ikke se nogen, evt på en 4 sengsstue hvor de andre også er der. Det er de jo selvfølgelig også uanset om man har epj med eller ej

#### Reference 28 - 0,34% Coverage

hvis der er flere patienter på stuen. hvis man fagligt er nødt til at diskutere evt. behandlingen. hvis man som vejleder skal tale om pt. før og efter vejlednin. Hvis patienten ikke kan rumme det.

#### <Internals\\Spørgsmål 7 - Har du andet du vil tilføje> - § 8 references coded [28,57% Coverage]

##### Reference 1 - 3,57% Coverage

Vi mangler pc'er især bærbare for at kunne tage dem med ud på stuen.

##### Reference 2 - 3,57% Coverage

2 skærme er nødvendige når man skal arbejde med epj og samtidig kunne tilgå de indskannede dokumenter i arkiv. F.eks. se medicinseddel samtidig med FMK afstemmes.

##### Reference 3 - 3,57% Coverage

Hvis man skal anvende PC-en patientnært er der noget hygiejnemæssigt i vores tastaturer. De kan ikke rengøres sufficient. Der bør måske tænkes på medicinske tastaturer, der tåler rengøring.

##### Reference 4 - 3,57% Coverage

Kan være meget langsommeligt at aktivere, men det er måske et teknisk problem med pc'eren. Skal nogle gange klikke mange gange, før der sker noget.

##### Reference 5 - 3,57% Coverage

Det ville være rart, hvis der var plads på stuerne til at der fast var en bærbar PC på rullebord til rådighed. Såvel PC'er som rulleborde mangles.

##### Reference 6 - 3,57% Coverage

EPJ er ikke udviklet for patienter, og selve setup og sprogbruget er dem fremmed. Lægen kommer til at virke ukoncentreret og uden ordentlig øjenkontakt. Lægen kan også, hvis vedkommende ikke er meget disciplineret, let fortabe sig i nogle detaljer, som ikke siger pt noget. Jeg har som sagt prøvet at have en lille PC med - både på stuegang og til samtaler, men måtte erkende, at det ikke var godt. Så jeg prøver at huske så meget som muligt af jr før en ptkontakt eller en samtale.

##### Reference 7 - 3,57% Coverage

Det kan virke meget uprofessionelt, at have en computer med ind til pt, som man så ikke rigtigt kan bruge fuldt ud alligevel, hvis den går tør for strøm, hvor nogle ikke giver forvarsel. Eller EPJ lukker ned pga fejl. Ventetid på EPJ er spild af min - og alles tid. fx Spechmac som kan tage 1 min at åbne, 1 min at sende og store performance problemer på de bærbare, som kan gøre at man skal logge af computeren for at få tilføjet dikterings mulighed. Mange af og på logninger i løbet af en dag er en stor tidsrøver.

##### Reference 8 - 3,57% Coverage

mangler udstyr

**Name:** Praktiske og tekniske forhold\Neutral

<Internals\Interview 1> - § 2 references coded [100,00% Coverage]

Reference 1 - 1,91% Coverage

Vil du hellere have computeren fastmonteret eller have mulighed for at flytte den rundt? Logge på og af vil være noget rod ved fastmonteret computere. Nemmere at have mit eget "sæt", så er der styr på det. Det er mere fleksibelt

Reference 2 - 100,00% Coverage

Hvor positionerer du dig i rummet? - Jeg står som regel på højre side, da der er (adgang til) blodtryksapparatet (timespan 34:50-35:20)

<Internals\Interview 2> - § 1 reference coded [1,07% Coverage]

Reference 1 - 1,07% Coverage

Beskriv de fysiske forhold - udfordringer ved at have pc med.  
De fleste rulleborde fungerer med hæve-sænke funktion. Nogle gør ikke.

<Internals\Interview 3> - § 1 reference coded [2,09% Coverage]

Reference 1 - 2,09% Coverage

Har I bærbare computere så alle har mulighed for at tage bærbar med?  
Ja, der er rulleborde og bærbare.  
"Men det er nogle vaner, der skal ændres."  
Men det er meningen at alle skal gøre det.

<Internals\Interview 4> - § 2 references coded [3,63% Coverage]

Reference 1 - 0,52% Coverage

Så i kan godt være 4 spl. på stuen på én gang? - Som regel så er fordelingen at man har 2-3 ptt. på stuen

Reference 2 - 3,11% Coverage

Du nævnte diskretion, går i andet for at imødegå den problemstilling? - 'Vi tager dem tit med uden for' og så har vi tit en skærm med ind i konsultationsrum

<Internals\Spørgsmål 6 - Hvilke barrierer er der for anvendelse af EPJ i patientens nærhed> - § 1 reference coded [0,34% Coverage]

Reference 1 - 0,34% Coverage

Jeg kan ikke se nogen, såfremt der bliver lukket ned, når man går ud af stuen( så der ikke kan læses EPJ af uvedkommende personer)

<Internals\Spørgsmål 7 - Har du andet du vil tilføje> - § 2 references coded [7,14% Coverage]

Reference 1 - 3,57% Coverage

Behov for flere muligheder - ex. ipad til at medbringe rundt i huset

Reference 2 - 3,57% Coverage

Kommer nok til at fungere bedre i Gødstrup når vi får enestuer til patienterne

**Name:** Andet\Diverse

<Internals\\Interview 1> - § 6 references coded [17,03% Coverage]

Reference 1 - 4,62% Coverage

Introduktion til interview

Reference 2 - 2,06% Coverage

Beskrivelse af start på dagen/morgenen - 'Har bærbare på rulleborde, som vi tager med ind'

Reference 3 - 2,15% Coverage

Yderligere beskrivelse af dokumentationen - Meget punktform, dokumenterer mindre end andre steder på hospitalet

Reference 4 - 1,10% Coverage

Snak om dokumentationsmængde

Reference 5 - 3,62% Coverage

Snak om hvem læser dokumentationen

Reference 6 - 3,48% Coverage

Snak om motivationen for at arbejde med emnet og forventninger til resultatet samt akut-app

<Internals\\Interview 2> - § 6 references coded [15,83% Coverage]

Reference 1 - 5,00% Coverage

Introduktion, præsentation

Reference 2 - 1,78% Coverage

Snak om kommende mulighed: "One stop dispensing" projekt.

Reference 3 - 1,10% Coverage

Fortælling om patient, der havde hørt mange CPR numre under sin indlæggelse.

Reference 4 - 1,03% Coverage

Kan sagtens arbejde ud fra oplysningerne på print fra Anywhere.

Reference 5 - 5,73% Coverage

Eksempel med stiknarkoman, der godt selv kender hvilken blodåre, der er bedst at lægge venflon i. Det åbne møde, tid til at lytte til hans historie, gav tillidsforhold, så hun fik lov at lægge venflon. Det handler om at skabe tillid.

Reference 6 - 1,19% Coverage

Afslutning. Tak.

<Internals\\Interview 3> - § 12 references coded [23,94% Coverage]

Reference 1 - 0,54% Coverage

Er EPJ koordinator og sygeplejerske.

Opgave: få kolleger til at tage pc med til TOKS, tidstro dok.

Reference 2 - 2,53% Coverage

Aldersgruppen på afdelingen?

Fra 16 år. Generelt ikke så gamle. Kroniske tarmpatienter, leverpatienter, intern medicinske.

De ældste er 60-70 årige ca.

Reference 3 - 1,35% Coverage

De færreste har set ideen i at bruge "klik af SFI" i stedet for opdateret status.

"Der bliver lavet rigtig meget fyldord og tekst, som ikke er nødvendigt."

"Det er den proces, vi er i gang med nu."

Reference 4 - 2,22% Coverage

Har du oplevet, eller har kolleger nævnt ulemper?

Ikke i forhold til de SFI'er vi bruger nu. Det tror jeg ikke der er nogen, der har snakket om.

Reference 5 - 1,46% Coverage

Der er dokumentation inde på kontoret, men ikke så meget i aftenvagten.

Der er meget dobbeltdokumentation. "Sygeplejersker vil enormt gerne skrive meget."

Reference 6 - 1,81% Coverage

Prøver at få kolleger til at anvende dokumentationsredskabet bedre. Mindske dobbeltdokumentation.

Reference 7 - 2,62% Coverage

(tænkepause) Opsummering fra Lasse.

Reference 8 - 2,12% Coverage

Hvor meget af lægernes dokumentation foregår på stuen.

Næsten alt - i hvert fald for de ældre læger, med mindre, der er noget, der skal konfereres.

Reference 9 - 1,57% Coverage

Hvad tror du ledelsen vil opnå med at få jer til at dokumentere sammen med patienten?

Ved jeg faktisk ikke - i bedre fysiske rammer i det nye hospital bliver kontorerne ikke til det - "følge en overordnet strategi om at det bliver mere patientnært og at vi skal have ensrettet vores dokumentation".

Reference 10 - 1,50% Coverage

(tænkepause - har vi flere spørgsmål)

Reference 11 - 2,37% Coverage

Hvad er det for nogle andre ting, du får med i journalen i aftenvagten?  
Der er mere opfølgning på dagens beslutninger i aftenvagten.  
Der er ikke så mange forskellige ting at forholde sig til.

Reference 12 - 3,86% Coverage

Hvilken dokumentation, der kan foregå sammen med patienten afhænger af karakteren af det arbejde, der skal udføres.  
I aftenvagter er der ikke så mange svinkeærinder og antal "dokumentationsdele"  
Det er mere opfølgning på dagens planer.

<Internals\\Interview 4> - § 3 references coded [4,95% Coverage]

Reference 1 - 3,19% Coverage

Hvordan påvirker det jeres faglige arbejde? - 'Man er meget udstillet på sin faglighed.' (når man planlægger sammen med patienten) 'Man skal kunne komme med nogle falige argumenter for hvorfor noget kan være hensigt eller mindre hensigtsmæssig' 'De nye sygeplejersker i højere grad kommer til kort, når man førhen gik på kontoret og sammen med en mere sygeplejefaglig kompetent kollega, kunne lægge en plan' 'Der kan det sværere for en ny sygeplejersker at gå ind på stuen og lægge en plan' Hvis man ikke kan komme med noget ud over det pt. kommer med, kan man ikke kvalificere den plan man har lagt. Det kan man dog løbende gøre. Man kan også gå ud og sparre.

Reference 2 - 1,53% Coverage

Snak om at få alle kollegaer til at bruge computeren på stuerne

Reference 3 - 0,23% Coverage

Afslutning

<Internals\\Spørgsmål 3 - I hvilke situationer anvender du EPJ, når du er sammen med patienten> - § 76 references coded [98,70% Coverage]

Reference 1 - 1,30% Coverage

booking af ny tid

Reference 2 - 1,30% Coverage

Ved anæstesi eller andet, bl a i AA-amb el traume.

Reference 3 - 1,30% Coverage

booking

Reference 4 - 1,30% Coverage

gennemgang af blodprøvesvar

Reference 5 - 1,30% Coverage

toks

Reference 6 - 1,30% Coverage

ved indlæggelse og når pt. og pårørende har spørgsmål

**Reference 7 - 1,30% Coverage**

orientering i blodprøver

**Reference 8 - 1,30% Coverage**

Sammen med patienten som i telefonsamtale?

**Reference 9 - 1,30% Coverage**

Booking af ny tid

**Reference 10 - 1,30% Coverage**

opsætning af blod

**Reference 11 - 1,30% Coverage**

Koordinering med primær sektor

**Reference 12 - 1,30% Coverage**

oprettelse af standard planer

**Reference 13 - 1,30% Coverage**

Modtagelse af patient i EPJ

**Reference 14 - 1,30% Coverage**

TOKS, blodtransfusion

**Reference 15 - 1,30% Coverage**

Telefonsamtaler

**Reference 16 - 1,30% Coverage**

modtagelse af patient, samt opsætning af blod

**Reference 17 - 1,30% Coverage**

ved opsætning af blodprodukter

**Reference 18 - 1,30% Coverage**

identifikation

**Reference 19 - 1,30% Coverage**

MEM, KRAM, Personoplysninger, tilnyttede personer

**Reference 20 - 1,30% Coverage**

patientfølobet(præ-per og postoperativt)

**Reference 21 - 1,30% Coverage**

pt. oplysninger

**Reference 22 - 1,30% Coverage**

Oversigt OP-program

Reference 23 - 1,30% Coverage

anamneseoptagelse

Reference 24 - 1,30% Coverage

Anæstesi journal

Reference 25 - 1,30% Coverage

Ved akut dårlige patienter

Reference 26 - 1,30% Coverage

anæstesi tilsyn primært

Reference 27 - 1,30% Coverage

ankomststatus samt stuegang

Reference 28 - 1,30% Coverage

anæstesiologisk tilsyn

Reference 29 - 1,30% Coverage

jordemoder konsultation

Reference 30 - 1,30% Coverage

indlæggelses samtale

Reference 31 - 1,30% Coverage

identificering af patient inde op

Reference 32 - 1,30% Coverage

målsamtaler og lign.

Reference 33 - 1,30% Coverage

Ankomststatus, KRAM, Social, screeinger

Reference 34 - 1,30% Coverage

ankomststatus

Reference 35 - 1,30% Coverage

Allergi, blodtransf.

Reference 36 - 1,30% Coverage

TOKS, modtagelse af patient på afdelingen

Reference 37 - 1,30% Coverage

sjældent men mest omkring familiær kontakter

Reference 38 - 1,30% Coverage

blodgivning.

Reference 39 - 1,30% Coverage

Transfusion

Reference 40 - 1,30% Coverage

UTH og dialogsamtaler

Reference 41 - 1,30% Coverage

TOKS. opsætning af blodtransfusion, indlæggelsessamtale

Reference 42 - 1,30% Coverage

dataindsamling

Reference 43 - 1,30% Coverage

Booking

Reference 44 - 1,30% Coverage

Indhente oplysninger fra patient eks. ankomststatus, MRSA, KRAM, personoplysninger, tilknyttede personer

Reference 45 - 1,30% Coverage

Ordination af ny medicin

Reference 46 - 1,30% Coverage

målmøder

Reference 47 - 1,30% Coverage

indlæggelses samtale

Reference 48 - 1,30% Coverage

Information om svar på undersøgelser

Reference 49 - 1,30% Coverage

TOKS / præ. og post. operativt

Reference 50 - 1,30% Coverage

recept udskrivning

Reference 51 - 1,30% Coverage

Overbringelse af testresultater

Reference 52 - 1,30% Coverage

booking

Reference 53 - 1,30% Coverage

dokumentation af daglige gøremål

Reference 54 - 1,30% Coverage

se forløb og svar på undersøgelser,. Booking af tid til næste kontrol

Reference 55 - 1,30% Coverage

Modtagelse af pt.

Reference 56 - 1,30% Coverage

blodtransfusion, fælles medicinkort

Reference 57 - 1,30% Coverage

målsætningssamtaler

Reference 58 - 1,30% Coverage

booking af tid

Reference 59 - 1,30% Coverage

stuejournal

Reference 60 - 1,30% Coverage

ved akut sepsis

Reference 61 - 1,30% Coverage

Opsætning af blod - ellers aldrig

Reference 62 - 1,30% Coverage

blodtransfusion

Reference 63 - 1,30% Coverage

Informere pt og planlægge af udskrivelsen

Reference 64 - 1,30% Coverage

Identikation

Reference 65 - 1,30% Coverage

blodgivning

Reference 66 - 1,30% Coverage

opsætning af blod

Reference 67 - 1,30% Coverage

dokumentation

Reference 68 - 1,30% Coverage

blodtransfusion

Reference 69 - 1,30% Coverage

ophængning af blod

Reference 70 - 1,30% Coverage

annamnese

Reference 71 - 1,30% Coverage

visning af lungefunktionsundersøgelse

Reference 72 - 1,30% Coverage

meget sjældent

Reference 73 - 1,30% Coverage

Dokumentation af barnets tilstand, smerter, respiration, toks, korrespondancebreve osv

Reference 74 - 1,30% Coverage

triage

Reference 75 - 1,30% Coverage

visning af resultater

Reference 76 - 1,30% Coverage

læse henvisning

<Internals\\Spørgsmål 5 - Hvilke fordele er der for anvendelse af EPJ i patientens nærhed> - § 1 reference coded [0,33% Coverage]

Reference 1 - 0,33% Coverage

Ved ikke.

<Internals\\Spørgsmål 6 - Hvilke barrierer er der for anvendelse af EPJ i patientens nærhed> - § 12 references coded [4,11% Coverage]

Reference 1 - 0,34% Coverage

ingen

Reference 2 - 0,34% Coverage

Ingen...

Reference 3 - 0,34% Coverage

Ingen

Reference 4 - 0,34% Coverage

Ved ikke

Reference 5 - 0,34% Coverage

ingen

Reference 6 - 0,34% Coverage

Ingen.

Reference 7 - 0,34% Coverage

Ikke rigtig nogen tror jeg.

**Reference 8 - 0,34% Coverage**

ingen i ambulatorium

**Reference 9 - 0,34% Coverage**

Ingen

**Reference 10 - 0,34% Coverage**

Ingen

**Reference 11 - 0,34% Coverage**

ingen

**Reference 12 - 0,34% Coverage**

drilige computer - 4. sengs stue

**<Internals\\Spørgsmål 7 - Har du andet du vil tilføje> - § 8 references coded [28,57% Coverage]**

**Reference 1 - 3,57% Coverage**

Det bør være en frivillig / individuel beslutning, hvordan man vil gøre det.

**Reference 2 - 3,57% Coverage**

Jeg savner at man inde i medicinmodulet kan klikke på doseringsform eller F/PN osv. Hvis man fx har en smerteplaget pt, som desuden får rigtig mange forskellige præparater, så var det før hen hurtigt at klikke på PN, og så blev alle PN mediciner listet op efter hinanden. Nu står de hulter til bulter ned af -vist nok i alfabetisk rækkefølge. Men det tager lidt længere tid at finde PN præparatet, når det står blandet med de andre mediciner.

**Reference 3 - 3,57% Coverage**

Har som sagt ikke prøvet at anvende epj i patientens nærhed, eller sammen med patienten

**Reference 4 - 3,57% Coverage**

Vi arbejder på Arbejdsmedicinsk ikke på sengestuer, men med ambulante patienter

**Reference 5 - 3,57% Coverage**

Er generelt begejstret for EPJ

**Reference 6 - 3,57% Coverage**

jeg arbejder ikke kun i O - senge men også o amb - op i holstebro og herning

**Reference 7 - 3,57% Coverage**

er der åben for pårørende eller skal de have lov til at se EPJ

**Reference 8 - 3,57% Coverage**

jeg synes ikke det er så aktuel på "min afd"

## Bilag 14 – Nodes Hierarki

Nodes				
Name	Sources	References		
Praktiske og tekniske omstændigheder		9	70	
Ulempe - prak		9	53	
Neutral - prak		6	9	
Fordele - prak		3	7	
Patientinddragelse		8	454	
Ulempe - ptind		8	82	
Neutral - ptind		8	112	
Fordele - ptind		7	260	
Effektivitet og Kvalitet		8	137	
Ulempe - effek		5	23	
Neutral - effek		6	9	
Fordele - effek		6	105	
Andet		8	123	
Diverse		8	123	