

# Sameksistens af standarder i sundheds-it systemer

En dansk case omhandlende Fælles Sprog III  
og Fælles Medicinkort



Gruppe 16gr10400  
Speciale projekt, forår 2016

Claus Hougaard Pedersen  
Malene Møller Larsen  
Mie Vestergaard Andersen



**AALBORG UNIVERSITET**  
STUDENTERRAPPORT





## SYNOPSIS

### TITEL:

Sameksistens af standarder  
i sundheds-it systemer  
– en dansk case omhandlende  
Fælles Sprog III  
og Fælles Medicinkort

### SEMESTER:

4. semester, kandidat-  
uddannelse i Sundheds-  
teknologi

### PROJEKTPERIODE:

Fra 1. februar 2016  
til 1. juni 2016

### PROJEKTGRUPPE:

Claus Hougaard Pedersen  
Malene Møller Larsen  
Mie Vestergaard Andersen

### VEJLEDERE:

Louise B. Pape-Haugaard  
Kirstine Rosenbeck Gøeg

**ANTAL SIDER:** 119

**HOVEDRAPPORT:** 53

**APPENDIKSRAPPORT:** 66

I Danmark har der i en årrække været fokus på digitalisering af sundhedssektoren med krav om implementering af nationale sundheds-it projekter inden for fastlagte rammer og deadlines. Historisk set en problemfyldt proces med mange udfordringer, der ikke kun gør sig gældende i en dansk kontekst. Primærårsagerne til problemer i en dansk kontekst synes at ligge i, at fokus har været på modulopbygning og teknisk integration, hvormed sameksistensen med de eksisterende it-systemer er kommet i baggrunden. Det undersøges derfor hvilke metoder der kan anvendes til at sikre sameksistens mellem it-systemer, når en ny standard skal indføres i sundhedsvæsnеt. Der opstilles en generel metode til identifikation af problemområder, hvorefter denne evalueres på en case bestående af Fælles Sprog III og Fælles Medicinkort. Dette fører til en række designforslag som specifikke løsninger til de analyserede problemer, samt guidelines til forebyggelse af sameksistensproblemer. Metoden vurderes ud fra den afprøvede case at kunne identificere problemområder og uhensigtsmæssige arbejdsgange, og analysere udfordringer i at udarbejde design og løsninger til de identificerede problemer.





## ABSTRACT

### TITLE:

Coexistence of standards  
in health information systems  
- A Danish case concerning  
Common Language III  
and Shared Medication Record

### SEMESTER:

4th semester, Master  
in Biomedical Engineering  
and Informatics

### PROJECT PERIOD:

1st of February 2016  
- 1st of June 2016

### PROJECT GROUP:

Claus Hougaard Pedersen  
Malene Møller Larsen  
Mie Vestergaard Andersen

### SUPERVISORS:

Louise B. Pape-Haugaard  
Kirstine Rosenbeck Gøeg

**PAGES:** 119

**MAIN REPORT:** 53

**APPENDIX REPORT:** 66

For several years focus has been aimed at digitalizing the Danish health sector with ongoing demands of implementing national e-health projects within specified guidelines and deadlines. Historically known as a problem filled process with a lot of challenges and not only within a Danish context. The primary causes of problems in a Danish context seems to be that the main focus is on module structure and technical integration which causes the coexistence with established it-systems to fall in the background. Methods to insure coexistence between it-systems are therefor in focus when a new standard is to be introduced within the health sector. A general method is proposed to identify problematic areas, the method is then evaluated on a specific case involving Common Language III and Shared Medication Record. This leads to several design propositions as specific solutions for the identified problematic areas including guidelines to prevent problems related to coexistence. With starting point in the chosen case the method is able to identify problematic areas, unsound workflow and analyze challenges related to developing design and solutions to the identified problematic areas.



# Forord

---

Denne rapport er udarbejdet af gruppe 10400 på 4. semester på kandidatuddannelsen i Sundhedsteknologi, Aalborg Universitet i foråret 2016.

Baggrunden for dette speciale er en undren om kompleksiteten i at indføre nationale standarder i sundhedssektoren, herunder den ofte manglende sameksistens med eksisterende standarder. Den udarbejdede rapport er skrevet med henblik på at belyse og analysere problemer med sameksistens, samt bidrage med en række designforslag som specifikke løsninger til de analyserede problemer og guidelines til forebyggelse af sameksistensproblemer.

Rapporten henvender sig til involverede i FSIII projektet, herunder de ansvarlige for implementeringen af FSIII, men også på et mere generelt plan til fagfolk der arbejder med implementering af nationale it-projekter i sundhedssektoren. Derudover kan projektet være relevant for medstuderende og andre med interesse for sameksistens af store nationale sundheds-it standarder.

Der rettes en stor tak til personalet hos hjemmesygeplejen i Aalborg kommune for udbytterigt samarbejde, der udgjorde et vitalt grundlag for det videre analysearbejde. Igennem samarbejdet blev det muligt at få indblik i den komplekse kontekst som projektet beskæftiger sig med.

Slutteligt takkes vores vejledere Louise B. Pape-Haugaard og Kirstine Rosenbeck Gøeg for kyndig vejledning og motiverende snakke.





# Indholdsfortegnelse

---

<b>Kapitel 1 Indledning</b>	<b>1</b>
1.1 Initierende problem . . . . .	2
<b>Kapitel 2 Problemanalyse</b>	<b>3</b>
2.1 National sundheds-it arkitektur . . . . .	3
2.2 Fokus på teknisk integration . . . . .	5
<b>Kapitel 3 Problemformulering</b>	<b>7</b>
<b>Kapitel 4 Metode</b>	<b>9</b>
4.1 Dataindsamling . . . . .	11
4.1.1 Struktureret søgning . . . . .	11
4.1.2 Kvalitative metoder til dataindsamling . . . . .	11
4.2 Analyse . . . . .	12
4.3 Designforslag . . . . .	12
4.4 Guidelines . . . . .	12
4.5 Metode evaluering . . . . .	12
<b>Kapitel 5 Introduktion af case</b>	<b>13</b>
5.1 Baggrund for Fælles Sprog III . . . . .	13
5.2 Kontekst . . . . .	13
<b>Kapitel 6 Informationsanalyse</b>	<b>15</b>
6.1 Informationsindhold i FMK . . . . .	15
6.2 Introduktion af FSIII dokumentationsmetode . . . . .	15
6.3 Sammenligning af informationer i FSII sagsåbning og informationer i FMK	16
6.4 Sammenligning af informationer i FSIII sagsoplysning og informationer i FMK . . . . .	18
6.5 Sammenligning af informationer i FSIII afgørelse/bestilling og informationer i FMK . . . . .	20
<b>Kapitel 7 Arbejdsgangsanalyse</b>	<b>23</b>
7.1 Overblik over medicinmodul i Care . . . . .	23
7.2 Tildeling af ekstra indsats . . . . .	24
7.3 Sygeplejefaglig udredning . . . . .	26
<b>Kapitel 8 Designforslag</b>	<b>29</b>
8.1 Kontaktoplysninger og henvisningsårsag . . . . .	29
8.2 Årsag . . . . .	29
8.3 Generelle oplysninger . . . . .	30
8.4 Ydelsesfrekvens . . . . .	31
8.5 Opfølgingsdato . . . . .	34

8.6	Engangsindsats . . . . .	34
8.7	De 12 sygeplejefaglige områder . . . . .	34
8.8	Plejeplan vs. FSIII . . . . .	36
<b>Kapitel 9</b>	<b>Guidelines</b>	<b>39</b>
9.1	Genbrug af data fra FMK . . . . .	40
9.2	Plejeplan vs. FSIII . . . . .	41
9.3	Engangsindsats . . . . .	41
9.4	De 12 sygeplejefaglige områder . . . . .	41
<b>Kapitel 10</b>	<b>Diskussion</b>	<b>43</b>
10.1	Diskussion af case . . . . .	43
10.2	Den udviklede metode i international sammenhæng . . . . .	43
10.3	Metodeevaluering . . . . .	44
10.4	Oplysninger af generel karakter . . . . .	45
10.5	Informationsproblem vs. arbejdsgangsproblem . . . . .	45
<b>Kapitel 11</b>	<b>Konklusion</b>	<b>47</b>
11.1	Case . . . . .	47
11.2	Den udviklede metode . . . . .	48
<b>Litteratur</b>		<b>49</b>
<b>Appendiks A</b>	<b>Struktureret søgning</b>	<b>57</b>
<b>Appendiks B</b>	<b>Litteratursøgning</b>	<b>63</b>
<b>Appendiks C</b>	<b>Interviewguide</b>	<b>65</b>
<b>Appendiks D</b>	<b>Observationsguide</b>	<b>67</b>
<b>Appendiks E</b>	<b>FMK undervisning</b>	<b>69</b>
<b>Appendiks F</b>	<b>FSIII Procesmodel</b>	<b>73</b>
<b>Appendiks G</b>	<b>FSIII tilstande og indsatser</b>	<b>75</b>
<b>Appendiks H</b>	<b>Transkribering</b>	<b>77</b>
<b>Appendiks I</b>	<b>Observationsnoter</b>	<b>95</b>
<b>Appendiks J</b>	<b>Opsummering af interviews og observationer</b>	<b>105</b>
<b>Appendiks K</b>	<b>Informationer i medicinmodulet i EOJ</b>	<b>111</b>

# Indledning

# 1

*I dette kapitel introduceres en undren omkring implementeringen af store nationale sundheds-it projekter. Formålet med afsnittet er at klarlægge, at flere nationale sundheds-it projekter er slået fejl eller har været forsinket.*

I Danmark har der de seneste to årtier været stort fokus på digitaliseringen af sundhedsvæsenet og de nyeste nationale sundheds-it projekter er beskrevet i *Digitalisering med effekt - national strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017* [KommunernesLandsforening, 2013]. Projekterne omfatter blandt andet telemedicinsk hjemmemonitorering, udbygning af Sundhedsjournalen, udbredelse af Fælles Sprog III i kommunerne, udbredelse og anvendelse af MedCom-meddelelser, fælles sygesikringssystem og fuld anvendelse af Fælles Medicinkort (FMK) [KommunernesLandsforening, 2013]. Fælles for disse projekter er, at der foreligger krav om, at de respektive myndigheder, f.eks. kommunerne eller regionerne, skal implementere og anvende de enkelte initiativer inden for fastlagte rammer og deadlines.

Formålet med digitaliseringen og indførslen af nationale sundheds-it projekter er at sikre et sammenhængende sundhedsvæsen med øget kvalitet og effektivitet med henblik på korrekt og sikker patientbehandling, samt økonomiske besparelser [DigitalSundhed, 2008]. Implementeringen og ibrugtagning af disse projekter er imidlertid ikke problemfri og der foreligger flere eksempler på projekter som enten er slået fejl eller som er blevet væsentlig forsinket i forhold til den oprindelige deadline.

To store nationale sundheds-it projekter der har slået fejl er G-EPJ projektet og National Patientindeks (NPI) projektet [Kierkegaard, 2013]. G-EPJ projektet skulle løse interoperabilitetsproblemerne mellem de elektroniske patientjournaler (EPJ) ved at opstille nationale specifikationer og standarder som EPJ-systemerne skulle overholde. Kravene var for vanskelige at integrere i de eksisterende EPJ-systemer og med sundhedspersonalets arbejdsgange, hvorfor projektet blev stoppet. NPI projektet skulle sikre et mere sammenhængende sundhedsvæsen ved at samle patientoplysninger fra forskellige systemer, f.eks. FMK og offentlige registre, men måtte opgives, da business casen ikke kunne gennemføres. [Kierkegaard, 2013] Implementeringen og udviklingen af FMK har været en af de helt store visioner for sundhedsvæsenet, men udbredelsen af FMK til landets sygehuse, kommuner m.fl. har langt fra været problemfri og de oprindelige deadlines for implementering og ibrugtagning er blevet udskudt flere gange. Udfordringerne har blandt andet været manglende klarlæggelse af arbejdsgange, manglende tests af brugervenlighed, utilstrækkelig projektstyring fra myndighedsside og manglende sameksistens med eksisterende systemer, hvilket har medført dobbeltregistreringer [Rigsrevisionen, 2014] [Statsrevisorerne, 2013].

Det er ikke kun i Danmark, at der er fokus på sundheds-it: Generelt foregår der i de industrialiserede lande en digitalisering af sundhedsvæsenet, hvor nationale sundheds-it projekter spiller en stor rolle [SSI, 2015] [Kierkegaard, 2013]. Som et eksempel fremhæves England, som har stort fokus på sundheds-it og i den sammenhæng også kommende nationale sundheds-it projekter. Disse er beskrevet i *Connecting Health Care for the Nation: A 10-year Vision to Achieve an Interoperable Health IT Infrastructure* [NHS, 2014]. Overordnet set er visionen at skabe interoperabilitet på tværs af sundhedssektoren. Et tidligere nationalt sundheds-it projekt i England har netop forsøgt at opnå dette, men projektet blev opgivet efter 7 år på grund af problemer med blandt andet systemdesign, hvor der ikke var taget hensyn til brugervenlighed [Campion-Awwad et al., 2014]. Dette er blot ét eksempel på et udenlandsk nationalt sundheds-it projekt som, ligesom en række danske it-projekter, er mislykkedes. De typer af udfordringer det danske sundhedsvæsen oplever ved udrulning af store nationale sundheds-it projekter deles dermed med andre industrialiserede lande.

Sundhedsvæsenet er en meget kompleks organisation karakteriseret ved et dynamisk arbejdsmiljø med avancerede patientbehandlingsprocesser, hvilket vanskeliggør implementeringen af store nationale sundheds-it projekter [Garde og Knaup, 2006]. Den primære årsag til, at it-projekter i sundhedssektoren ikke lykkes, skyldes netop også, at der ikke tages hensyn til organisationen og det faktum, at implementeringen af et nyt system uundgåeligt vil påvirke organisationens strukturer og processer, f.eks. arbejdsgange og dokumenteringsprocesser. [Berg, 2001] Myndighederne som står bag implementeringen af nye it-projekter i det danske sundhedsvæsen har til en vis udstrækning forsøgt at tage hensyn til disse systemers påvirkning af organisationen. Fokus har primært været på, hvordan arbejdsgangene med det nye system ideelt set bør være, eksempelvis har Devoteam Consulting udgivet *Anbefalede arbejdsgange med FMK - Anbefalinger til hvordan medarbejdere i kommuner skal anvende medicinoplysninger baseret på FMK*, men trods dette er det ikke lykkedes at forhindre de u hensigtsmæssige arbejdsgange [DevoteamConsulting, 2016].

Selvom Danmark er et af de førende lande indenfor sundheds-it er der stadigvæk mange eksempler på nationale sundheds-it projekter som langt fra har været succesfulde og som ikke har levet op til forventningerne [Kierkegaard, 2013]. Det er i høj grad en aktuell problematik, idet der i den kommende tid er mange nye nationale sundheds-it projekter som skal udrulles. De enkelte instanser er dermed nødt til at forholde sig til dette, da det er et lovmæssig krav, at projekterne implementeres og anvendes. Derudover er det en problematik som også deles med andre industrialiserede lande, hvorfor det er meget interessant at undersøge årsagerne til de udfordringer, der kan opstå, når nationale sundheds-it projekter skal implementeres.

## 1.1 Initierende problem

*Hvad er mulige årsager til, at sameksistens mellem store nationale sundheds-it projekter kan være problematisk?*

# Problemanalyse 2

---

*I dette kapitel analyseres mulige årsager til, at implementeringen af nationale sundheds-it projekter kan være problemfyldt. Der identificeres to hovedårsager, som relaterer sig til modulopbyggede it-systemer og den tekniske integration, hvilket har medført et manglende fokus på sameksistens mellem nye og eksisterende it-systemer.*

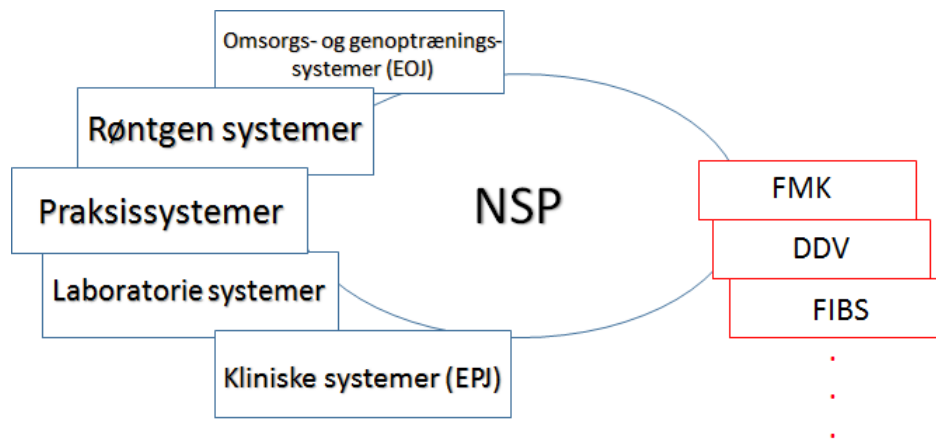
I litteraturen er udfordringer ved implementering af nationale sundheds-it projekter veldokumenteret, men et fåtal af studier har undersøgt integrationsudfordringer [Sherer et al., 2015], se appendiks A. Sundhedssektorerne i en række industrialiserede lande har i de seneste år gennemgået en transformation fra papirbaserede systemer til elektroniske systemer. Næste bølge i denne digitaliseringsfase er integrationen af nye it-systemer med eksisterende it-systemer.

## 2.1 National sundheds-it arkitektur

Indsatsen for at indføre sundheds-it i Danmark, har i de seneste to årtier, medført implementering af en række forskellige sundheds-it løsninger. Sundheds-it i Danmark er derfor karakteriseret ved en høj kompleksitet med heterogenitet på flere niveauer. For det første er en stor del af it-systemerne udviklet ad hoc for at opfylde et lokalt behov, men systemerne er sjældent forbundet, hvorved der er opstået heterogene it-systemer med øer af informationer som ikke kan deles, udveksles og anvendes på tværs af sundhedssektoren [Dalsgaard et al., 2008]. For det andet har standardiseringen været præget af, at forskellige instanser har udviklet lokale de facto standarder og terminologier, hvilket har resulteret i en overflod af standarder [SSI, 2011]. Konsekvensen er heterogene standarder, som kan være komplementerende eller supplerende. For det tredje har leverandører, kommuner, regioner, m.fl. autonomi, som medfører, at der forekommer forskelligartede implementeringer af nationale sundheds-it projekter.

Disse tre elementer vanskeliggør interoperabilitet mellem sundhedssektorens parter. For at højne interoperabiliteten er en fælles infrastruktur blevet udviklet, baseret på en serviceorienteret arkitektur (SOA) og webservices. [Dalsgaard et al., 2008] Kernen og det centrale knudepunkt i den fælles infrastruktur er sundhedsdatanettet, hvor al dataudveksling mellem sundhedssektorens parter foregår. Den fælles infrastruktur understøtter SOA, som definerer kommunikationen mellem services. Services udbydes via den nationale service platform (NSP), som samler alle services i en platform og tilgås via opkobling til sundhedsdatanettet. [DigitalSundhed, 2008] En simplificeret illustration af den nationale sundheds-it arkitektur er vist på figur 2.1.

Digitaliseringsstrategien for den offentlige sektor inkluderer, udover den fælles infrastruktur



**Figur 2.1.** Simplificeret illustration over opbygningen af den nationale sundheds-it arkitektur. Den nationale service platform (NSP) stiller fælles services (eksempler på fælles services er illustreret med rødt på figuren) til rådighed for hele sundhedsvæsenet. De enkelte systemer (illustreret med blåt på figuren) tilgår NSP via opkobling til sundhedsdatanet. FMK: Fælles Medicinkort, DDV: Det Danske Vaccinationsregister, FIBS: Fødselsindberetningservice.

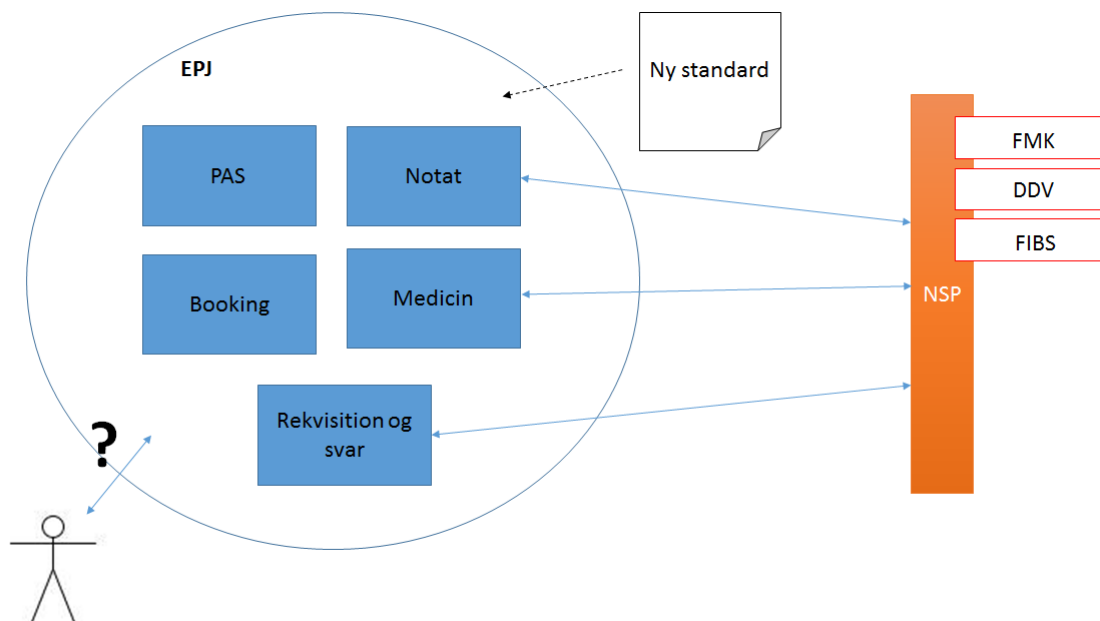
og SOA, også at it-løsninger designes modulært [KommunernesLandsforening, 2007]. Et eksempel på dette er, EPJ-systemerne, som overordnet set er baseret på 5 moduler: patientadministration, notatskrivning, medicinering, booking, samt rekvisition og svar.

Den store fordel ved modulopbygningen er, at de enkelte moduler kan udskiftes eller ændres uden, at det påvirker resten af systemet, hvorfor der opnås en høj grad af fleksibilitet. Dette er essentielt for en dynamisk organisation som sundhedsvæsenet med foranderlige processer, som eksempelvis ny lovgivning eller nye standarder. Derudover er der også et økonomisk incitament, da modulopbygningen muliggør flerleverandører, som sikrer konkurrence. I forlængelse af dette kommer genbrug af funktionaliteter, som giver mulighed for at genbruge funktioner eller data fra andre it-løsninger i sundhedsvæsenet. [KommunernesIT-Arkitekturråd, 2013]

En af udfordringerne, når modulerne skal designes og implementeres er sameksistens med eksisterende moduler. Der er risiko for, at de enkelte moduler kommer til at eksistere som siloer og ikke som et sammenhængende system. En af årsagerne til, at disse siloer kan opstå skyldes, at modulerne udvikles og implementeres på et utilstrækkeligt grundlag, dvs. leverandører og myndigheder ikke i tilstrækkelig grad har taget hensyn til de eksisterende moduler, samt hvilke informationer der er indeholdt i disse. Fokus fra leverandør- og myndighedsside er at løse en specifik problemstilling, mens der i høj grad også er behov for fokus på den it-kontekst som modulet skal fungere i. Konsekvensen af denne isolerede løsningsstrategi kan i sidste ende være en u hensigtsmæssig påvirkning af sundhedspersonalets daglige arbejde og arbejds gange.

I yderste konsekvens kan modulopbygningen medføre, at sundhedspersonalet er nødsaget til at logge ind i en række forskellige moduler for at udføre en arbejdsopgave. Årsagen til dette er informationsoverlap mellem de enkelte moduler, som medfører dobbeltregistrering. En af udfordringerne efter implementeringen af FMK, var netop dobbeltregistrering, hvor sundhedspersonalet var nødt til at logge ind i flere systemer for at registrere samme

information på grund af manglende sameksistens [Statsrevisorerne, 2013] [Rigsrevisionen, 2014]. På figur 2.2 er problemstillingen med sameksistens illustreret ved et eksempel.



**Figur 2.2.** Illustration over problemstillingen med sameksistens i forbindelse med indførelse af en ny standard. De enkelte moduler i EPJ er illustreret med blå bokse, mens de blå pile fra modulerne til NSP'en illustrerer, at modulerne både henter og opdaterer data via NSP'en. F.eks. anvender medicinmodulet data fra FMK. Dokumentet med "Ny standard" illustrerer det tilfælde, hvor en ny standard skal implementeres i EPJ. Det interessante er her, at standarden skal implementeres i et system, som anvender data fra andre systemer. Pilen fra brugeren til EPJ-systemet illustrerer, at brugerne både henter og opdaterer data fra EPJ-systemet. Spørgsmålstegnet illustrerer, at det er uvist hvilke konsekvenser indførelsen af den nye standard vil have på arbejdsgange forbundet med brugen af EPJ-systemet.

Det er vigtigt at understrege, at der i denne sammenhæng ikke sættes spørgsmålstegn ved selve modulopbygningen som it-arkitektur, men derimod, at der bør tages hensyn til de eksisterende moduler, når et nyt modul designes og implementeres, for at forebygge eventuelle uønskede arbejdsgange for brugeren.

## 2.2 Fokus på teknisk integration

Overordnet set er de nationale sundheds-it projekter udviklet med henblik på at sikre interoperabilitet og dermed deling, genbrug og udveksling af patientdata på tværs af sundhedssektoren med det formål at opnå en sikker og korrekt patientbehandling [KommunernesLandsforening, 2013]. I bestræbelserne på at opnå interoperabilitet er og har der fra myndighedernes side været stort fokus på den tekniske integration og status er i øjeblikket, at den tekniske integration mellem it-systemerne ikke er et problem. Vanskelighederne opstår når sundhedspersonalet skal interagere med systemet.

I Danmark er det MedCom, som står for at certificere og teste de forskellige leverandørers it-systemer i sundhedssektoren. Der anvendes et farvekodningssystem, hvor der kan angives fire forskellige farver alt efter, hvad status på systemerne er. Certificeringssystemet

anvendes til at sikre, at leverandørerne har implementeret MedComs profiler korrekt. [MedCom, 2016a] Certificeringstanken hos MedCom er et eksempel på, at et af de store fokusområder hos de offentlige myndigheder er på den tekniske integration af systemerne. Andre initiativer er guidelines til at håndtere den tekniske implementering. Eksempelvis i forbindelse med implementeringen af FMK i hjemmesygeplejen har MedCom i samarbejde med Kommunernes Landsforening udgivet *Implementering af FMK - En guide til kommunens FMK-projektleder* [MedCom/KL, 2014] og lignende dokumenter er udgivet for Fælles Sprog III, f.eks. *FSIII Implementeringsguide - En guide til kommunens FSIII projektleder* udgivet af Kommunernes Landsforening [KommunernesLandsforening, 2016d]. Guidelines vedrørende den organisatoriske implementering eksisterer også, f.eks. har Devoteam Consulting udgivet *Anbefalede arbejdsgange med FMK - Anbefalinger til hvordan medarbejdere i kommuner skal anvende medicinoplysninger baseret på FMK* [DevoteamConsulting, 2016]. Selvom der er guidelines både til den tekniske og organisatoriske implementering giver dette ikke sikkerhed for, at systemerne kommer til at fungere i praksis.

Et studie foretaget af Berg et al. (2003) bekræfter, at det ikke er problemer med den tekniske integration, der er årsag til, at nationale sundheds-it projekter mislykkes [Berg et al., 2003]. Det er derimod faktorer som, at it-systemerne baseres på forkerte antagelser og at der ikke er taget hensyn til, at implementering af it-systemerne vil medføre en organisatorisk forandring, samt manglende evaluering af it-systemerne under udviklingsprocessen [Berg et al., 2003]. Shea et al. (2012) omtaler ligeledes denne problematik og konkluderer, at teknisk integration alene, ikke automatisk medfører, at it-systemerne er funktionelle for sundhedspersonalet i praksis [Shea et al., 2012].

I forlængelse af det argument som blev fremsat i afsnit 2.1, vil der med stor sandsynlighed opstå u hensigtsmæssige arbejdsgange for sundhedspersonalet, hvis ikke der tages hensyn til de eksisterende it-systemer - også selvom den tekniske implementering er certificeret og godkendt af MedCom. I forhold til den organisatoriske implementering kan et scenarie være, at de anbefalede arbejdsgange ikke kan følges og der i stedet udvikles workaroud løsninger.



# Problemformulering 3

---

I problemanalysen er der identificeret to primære årsager til, at udrulning af nationale sundheds-it projekter kan være problemfyldt og vanskelig. Modultankegangen og fokus på den tekniske integration har medført, at der ikke tages hensyn til sameksistens med de eksisterende it-systemer. Konsekvensen af det manglende fokus på sameksistens kan være uhensigtsmæssige arbejdsgange for sundhedspersonalet og dobbeltregistreringer som følge af informationsoverlap mellem de enkelte moduler.

Når der fra myndighedsside foreligger krav om indførelse af en ny national standard, ligger udfordringen om at levere et it-system, som kan fungere i sameksistens med allerede eksisterende moduler hos leverandøren. Det er vanskeligt at ændre på allerede udviklede og implementerede it-systemer, hvorfor der i designfasen bør tages hensyn til sameksistens.

Det er derfor interessant og meget aktuelt at undersøge sameksistensen af standarder i sundheds-it systemer. Dette leder frem til problemformuleringen:

*Hvordan kan problemer med sameksistens af standarder i sundheds-it systemer undersøges og forebygges, så uhensigtsmæssige arbejdsgange og informationsoverlap mindskes ved fremtidig anvendelse?*



# Metode 4

---

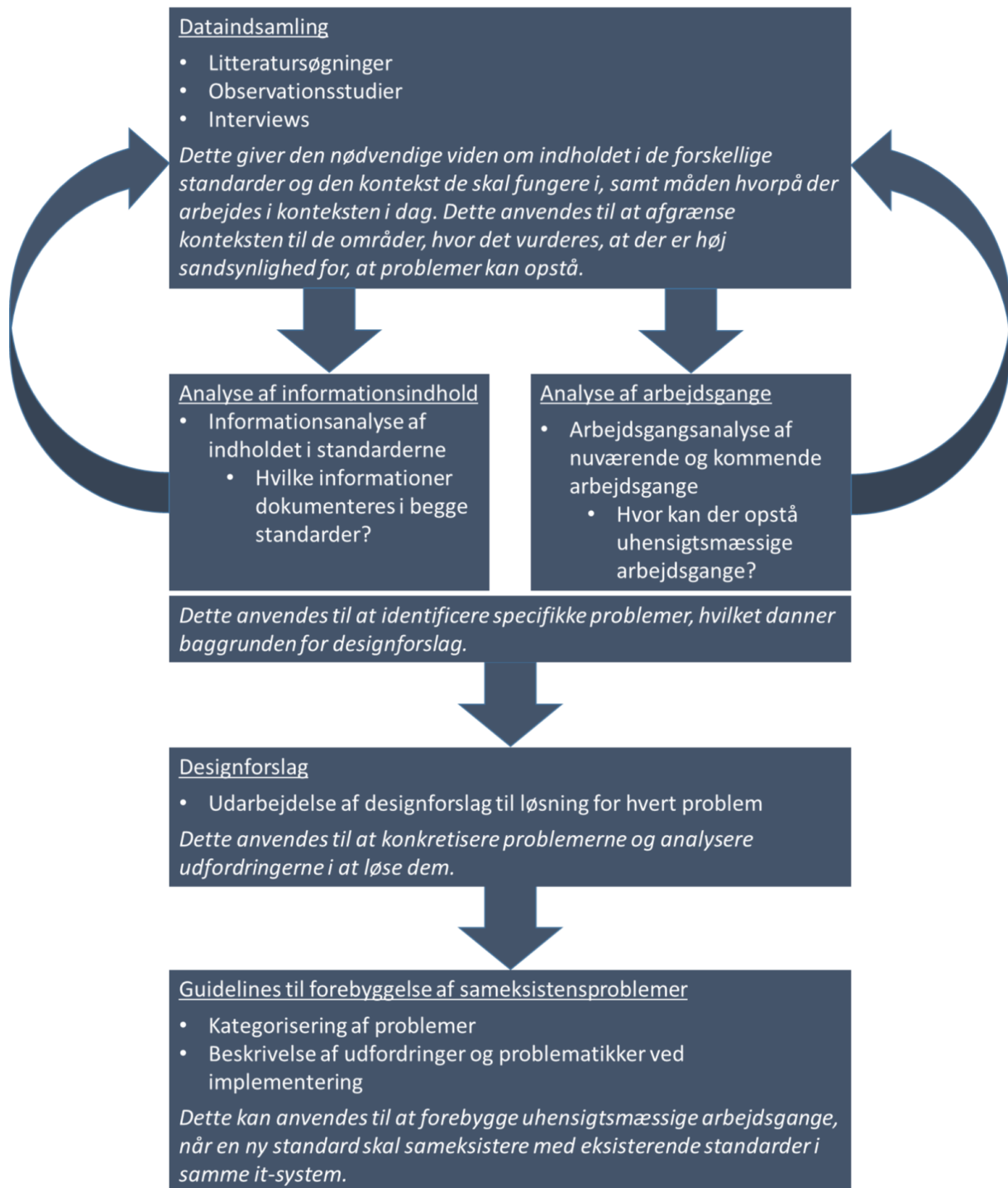
*I dette kapitel beskrives først den generelle metode, der opstilles til identifikation af problemområder, dernæst introduceres den casespecifikke metode til besvarelse af problemformuleringen og evaluering af metodens anvendelighed.*

Problemer ved sameksistens af standarder i sundhedssektoren formodes at kunne forebygges gennem en analyse af nuværende og forventede arbejdsgange og informationsindholdet i de standarder, der skal sameksistere. Grundlaget for dette er strukturerede litteratursøgninger, interviews og observationer, der har til formål at give en kontekstuel forståelse og den nødvendige viden for at lave analysen. Den kontekstuelle forståelse anvendes samtidig til at lave en afgrænsning til de områder, hvor det vurderes, at der er høj sandsynlighed for, at der kan opstå problemer. De afgrænsede områder danner fokus for analysen. Analysen inddeler i en arbejdsgangsanalyse og en informationsanalyse for at identificere problemområder. Som en direkte forlængelse af analysen udarbejdes designforslag til de identificerede problemer. Dette gør, at problemerne bliver mere detaljerede og konkrete, og det kan herfra analyseres, hvilke udfordringer der er forbundet med at løse de identificerede problemer. Figur 4.1 viser et overblik over de enkelte trin i metoden.

For at eftervise at metoden kan anvendes til at identificere problemer, afprøves metoden på en konkret case. De danske standarder Fælles Sprog 3 (FSIII) og Fælles Medicinkort (FMK) anvendes som case. FSIII er en fælleskommunal dokumentationsstandard som skal implementeres i kommunerne inden udgangen af år 2017 og FMK er en national snitfladestandard som allerede er implementeret og anvendes på tværs af sundhedssektoren. FMK indeholder oplysninger om en borgers aktuelle medicinering. [Sundhedsdatastyrelsen, 2016] [Kommunernes Landsforening, 2016b] For en yderligere beskrivelse af casen, se kapitel 5. Casen anvendes til at analysere, hvilken type problemer metoden kan identificere og herved også til at vurdere metodens styrker og svagheder. I det følgende opstilles en række case-specifikke spørgsmål for at kunne teste metoden.

*Case-specifikke spørgsmål:*

- *Hvad karakteriserer den kontekst, hvori FSIII og FMK skal sameksistere?*
  - *Hvordan anvendes FMK i hjemmesygeplejen i dag (inden FSIII)?*
  - *Hvordan foregår visitation og dokumentation i forbindelse med medicinbehandling?*
- *Hvilke problemer kan der opstå, når FSIII implementeres?*
- *Hvordan kan der skabes sameksistens mellem FSIII og FMK?*



**Figur 4.1.** Illustration af den generelle metode. Pilene mellem de to første bokse illustrerer, at det er en iterativ proces, da der i analysen kan identificeres information der mangler. Den iterative proces stoppes når det vurderes, at de nødvendige informationer er indsamlet, for at kunne identificere de problemer, der kan opstå.

## 4.1 Dataindsamling

Dataindsamling og analyse er som illustreret på figur 4.1 en iterativ proces, hvor første step i dataindsamlingen er at afgrænse konteksten til de områder, hvor det vurderes problemerne kan opstå. Efterfølgende analyseres den afgrænsede kontekst, herunder den elektroniske omsorgsjournal (EOJ) da det er i dette system at FMK og FSIII skal sameksistere. For at kunne lave analysen kombineres en struktureret litteratursøgning med interviews og observationer i hjemmesygeplejen i Aalborg Kommune.

### 4.1.1 Struktureret søgning

For at indsamle tilgængelig viden om FSIII og den kontekst den skal implementeres i, laves en struktureret søgning på FMK, medicinmodulet i EOJ, da dette interagerer med FMK samt Fælles Sprog III. Derudover søges der efter materiale, der beskriver de eksisterende arbejdsgange og dokumentationspraksisser i hjemmesygeplejen, primært de arbejdsgange og praksisser der har relation til visitation, dokumentering og medicin håndtering. Søgning beskrives i appendiks B. De spørgsmål der forsøges besvaret ved hjælp af søgningen er:

#### Informationsanalyse spørgsmål

*Hvilke informationer er indeholdt i FMK?*

*Hvilke informationer er indeholdt i FSIII?*

#### Arbejdsgangsanalyse spørgsmål

*Hvordan er de eksisterende arbejdsgangene i hjemmesygeplejen?*

*Hvordan dokumenteres der i dag, og hvorfor?*

### 4.1.2 Kvalitative metoder til dataindsamling

Da det ikke er alle spørgsmål angående medicinmodulet i EOJ og hjemmesygeplejerskens arbejdsgange, der kan besvares ved hjælp af eksisterende litteratur, er det nødvendigt at udføre interviews og observationer som supplement.

#### Interview

For at få et indblik i brugen af FMK i hjemmesygeplejen, og hvordan der dokumenteres afholdes et semi-struktureret interview med to hjemmesygeplejersker fra Aalborg Kommune. Interviewet udføres efter interviewguide baseret på Kvaales kvalitative forskningsinterview [Steiner Kvale, 2015], se appendiks C. Interviewet bruges til vidensafklaring og har til formål at afdække brugen af medicinmodulet i EOJ, visitations- og udredningsprocesser, herunder også dokumentationen og hvordan medicinadministration og dispensering udføres og dokumenteres.

Som supplement til interviewet deltages der i et undervisningsmodul afholdt af Aalborg Kommune omhandlende brugen af FMK i KMDCare (EOJ-systemet anvendt i Aalborg Kommune).

#### Observation

For at forstå, hvilke arbejdsgange hjemmesygeplejen udfører, samt hvilke informationer der er vigtige at dokumentere i forbindelse med en arbejdsgang udføres observationer

i hjemmesygeplejen. Observationerne er inspireret af contextual inquiry, der tillader observatøren at interagere med den observerede og derved få vedkommende til at fortælle om de opgaver der udføres [Beyer og Holtzblatt, 1997]. Metoden giver observatøren mulighed for at komme ud i den kontekst, hvori FMK eksisterer og derved få en dybere indsigt i, hvordan arbejdsgangene rent faktisk er i virkeligheden, samt hvad der dokumenteres og vigtigheden i at dokumentere netop disse oplysninger. Observationsguiden ses i appendiks D.

## 4.2 Analyse

For at kunne besvare delspørgsmålet *Hvilke problemer kan der opstå, når FSIII implementeres?* analyseres det indsamlede materiale (litteratur, interviews og observationer) med henblik på at identificere problemområder. Der analyseres ud fra to overordnede inddelinger; informationsindhold og arbejdsgange. I informationsanalysen laves en sammenligning af dokumenterede informationer i henholdsvis FSIII og FMK. Dette danner grundlag for at identificere eventuelle informationer der eksisterer/dokumenteres i både FSIII og FMK. I arbejdsgangsanalysen sammenlignes nuværende arbejdsgange i forhold til medicin håndtering og visitering med forventede FSIII arbejdsgange. Begge analyser danner baggrund for at identificere mulige problemområder. I de to analyser identificeres problemområder ved at opstille scenarier, som beskriver konkrete situationer, hvor der kan opstå sameksistensproblemer.

## 4.3 Designforslag

For at besvare spørgsmålet *Hvordan kan der skabes sameksistens mellem FSIII og FMK?* udarbejdes designforslag til brugergrænseflader der kan håndtere de identificerede problemer og herved skabe sameksistens mellem de to standarder. Designforslagene fungerer som en forlængelse af analysen, hvori problemerne konkretiseres, blandt andet når brugervenlighed forsøges inddraget i designforslagene.

## 4.4 Guidelines

Efter analysen og designforslag udarbejdes guidelines til forebyggelse af sameksistensproblemer, hvori de identificerede problemer inddeles i kategorier. Derefter beskrives de overordnede problemer, samt de udfordringer og problematikker der kan opstå når FSIII skal implementeres, herunder de valg der skal tages stilling til i designfasen af det nye system. Målgruppen for de udarbejdede guidelines er de kommende it-leverandører og kommuner, der skal implementere FSIII i deres eksisterende it-systemer.

## 4.5 Metode evaluering

Slutteligt evalueres hvorledes metoden fungerede på den undersøgte case, for derved at vurdere brugbarheden af metoden og hvorvidt denne kan anvendes som en generel metode i en sundhedsteknologisk kontekst, til identifikation af problemområder i arbejdsmiljøer, der står overfor introduktion af nye standarder.

# Introduktion af case 5

---

*I dette kapitel introduceres den valgte case. For at analysere metodens styrker og svagheder, herunder hvilke typer problemer der kan identificeres, afprøves denne på en case. Det er valgt at anvende det nyligt igangsatte nationale sundheds-it projekt FSIII som case. Dette er et meget aktuelt projekt, da FSIII skal implementeres i kommunerne inden udgangen af 2017.*

## 5.1 Baggrund for Fælles Sprog III

De danske kommuner oplever store udfordringer grundet et stigende antal behandlingskrævende ældre borgere samt kortere indlæggelsesforløb, hvilket har ført til et øget fokus på dokumentation og koordination i den kommunale social-, sundheds- og ældresektor [KommunernesLandsforening, 2016a]. Dette ligger til baggrund for det kommunale projekt FSIII, som er en fælleskommunal standard til sundheds- og socialfaglig dokumentation i den kommunale visitation, hjemmepleje og hjemmesygepleje [KommunernesLandsforening, 2016b] [KommunernesLandsforening, 2015c] [Eskildsen, 2015]. Det forventes at FSIII kan øge effektiviteten og minimere den tid medarbejderne bruger på planlægning og dokumentering [KommunernesLandsforening, 2015b]. I dag dokumenteres og lagres data i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen ustruktureret og forskelligartet fra kommune til kommune, hvilket betyder at data ikke kan deles digitalt og genbruges. Dette er ressourcespild, da det kan betyde, at det samme data bliver indsamlet og behandlet flere gange. [KommunernesLandsforening, 2016a].

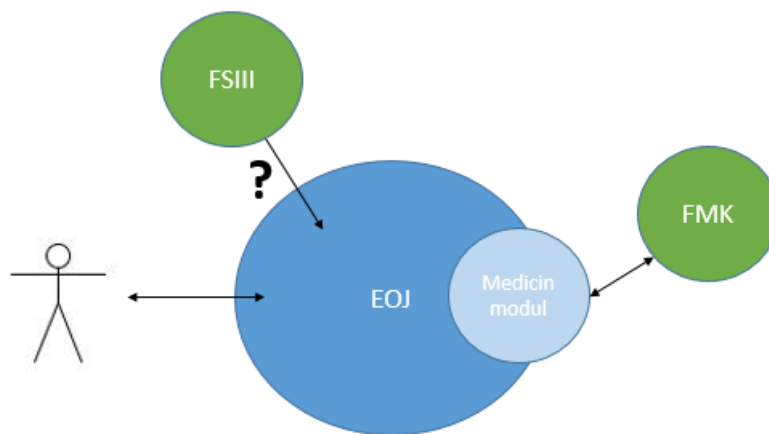
FSIII skal effektivisere og optimere dokumentationen samt bidrage til bedre sammenhæng og datagenbrug i EOJ ved hjælp af ensartede begreber, klassifikationer og tilpassede arbejdsgange uanset om der dokumenteres inden for serviceloven (hjemmeplejen) eller sundhedsloven (hjemmesygeplejen) [KommunernesLandsforening, 2016c] [KommunernesLandsforening, 2014]. Dette vil medføre, at data kan anvendes på tværs af ældre- og sundhedsområdet og gøre det nemmere for medarbejderne at genfinde, opdatere og kommunikere informationer. [KommunernesLandsforening, 2016a] [KommunernesLandsforening, 2016c] [KommunernesLandsforening, 2015c] På sigt skal FSIII gøre det muligt at udveksle data på tværs af sektorer og herved understøtte at sygehuspersonale kan få adgang til data fra kommunerne. [MedCom, 2016c]

## 5.2 Kontekst

FSIII skal implementeres i de kommunale EOJ-systemer, som består af en række moduler, der henter og opdaterer data fra en række andre systemer [MedCom, 2015b]. For at

afgrænse problemstillingen udvælges en komplementerende national standard. Den valgte standard er FMK, en snitfladestandard, der interagerer med medicinmodulet i EOJ. Analysen begrænses dermed til at undersøge sameksistensen af FSIII og FMK indenfor medicinmodulet i EOJ.

I casen undersøges integrationen mellem de to store nationale standarder FSIII og FMK, og hvilke problemer der kan opstå, når disse skal sameksistere. Figur 5.1 illustrerer den valgte case. Dette betyder, at fokus i analysen af arbejdsgange og dokumentation i hjemmesygeplejen vil være på medicinbehandling og visitation til indsatser relateret hertil. Det er valgt at afgrænse til hjemmesygeplejen, da medicinbehandling varetages af hjemmesygeplejersker.



**Figur 5.1.** Illustration af problemstillingen: hvilke problemer kan opstå, når FSIII skal implementeres i EOJ.

I dette studie er det valgt at fokusere på hjemmesygeplejen i Aalborg Kommune for at afgrænse casen til en specifik kommune. I Aalborg Kommune anvendes EOJ-systemet KMDCare (Care).



# Informationsanalyse 6

---

*I dette kapitel analyseres dokumenterede/eksisterende informationer i FSIII og FMK. Informationerne sammenlignes med henblik på at identificere problemområder. For at lave informationsanalysen benyttes viden fra den strukturerede litteratursøgning (se appendiks B) samt FMK-undervisning (se appendiks E).*

*For at give et overblik, starter kapitlet med en introduktion af informationsindholdet i FMK og FSIII dokumentationsmetoden. Informationsanalysen, herunder identificerede problemområder, beskrives efterfølgende.*

## 6.1 Informationsindhold i FMK

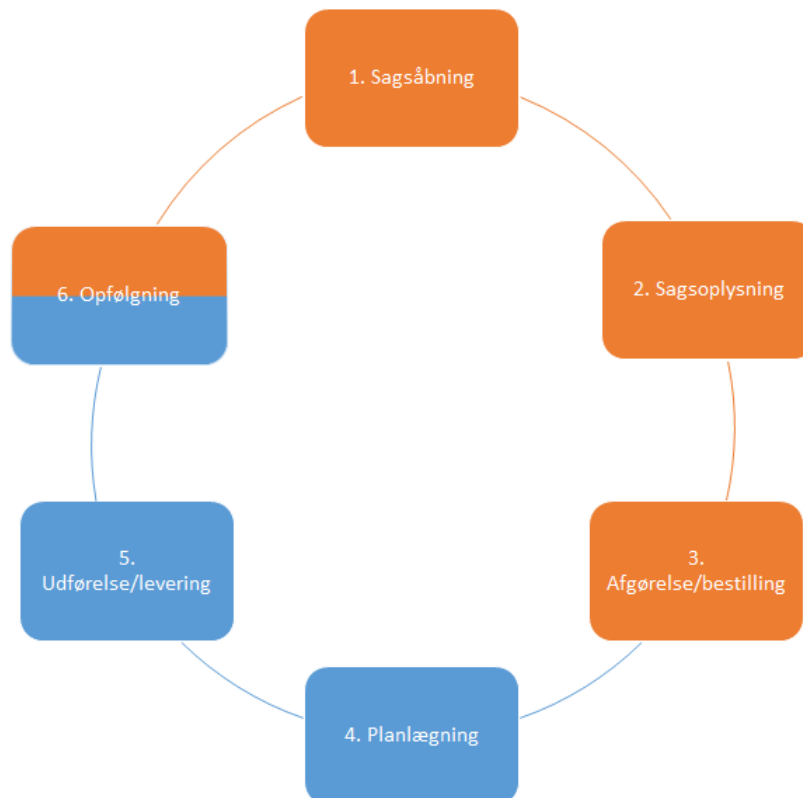
FMK interagerer med medicinmodulet i kommunernes EOJ-systemer, dvs. medicinmodulet henter og opdaterer data fra FMK. FMK indeholder oplysninger om en borgers ordinationer, herunder lægemiddelnavn, -form og -styrke, administrationsvej, aktiv substans, indikation, behandlingsstart og -slutdato og dosis, med flere. [StatensSerumsInstitut, 2015] [Sundhedsdatastyrelsen, 2014] FMK indeholder også informationer om lægens eller sygehusets kontaktoplysninger, f.eks. navn, autorisationsnummer, adresse eller telefonnummer [StatensSerumsInstitut, 2015].

## 6.2 Introduktion af FSIII dokumentationsmetode

I FSIII danner borgerens tilstande udgangspunkt for dokumentationen. FSIII metoden er baseret på disse tilstande og relaterede indsatser, som dokumenteres ud fra en bestemt struktur, der er besluttet på tværs af kommuner og gælder for både hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. For sundhedspersonalet skal FSIII være med til at gøre dokumentationen hurtigere, samt skabe en bedre sammenhæng imellem de indsatser, der leveres af forskellige fagpersoner. [KommunernesLandsforening, 2016f] [KommunernesLandsforening, 2016e] I kapitel 6 og kapitel 7 gennemgås FSIII metoden med fokus på hjemmesygeplejen på grund af den valgte case.

I FSIII er der en række informationer som skal dokumenteres i forbindelse med de enkelte delprocesser i FSIII procesmodellen. Procesmodellen omfatter myndigheds- og leverandørprocessen for hjemmepleje og hjemmesygepleje. Formålet med procesmodellen er at skabe en mere ensartet dokumentation. [KommunernesLandsforening, 2015a] [KommunernesLandsforening, 2016e] På figur 6.1 er FSIII procesmodellen og de enkelte delprocesser illustreret.

For at give overblik over de informationer, som dokumenteres i FSIII procesmodellen, både



**Figur 6.1.** Illustration over FSIII procesmodel og hvem (myndighed eller leverandør), der udfører hver delproces. I hjemmesygeplejen udfører hjemmesygeplejerskerne både rollen som myndighed og leverandør. Processer udført af myndighed er illustreret med orange, mens processer udført af leverandør er illustreret med blå. Delprocessen opfølgning udføres af både myndighed og leverandør. Procesmodellen viser de enkelte delprocesser, men skal ikke forstås således, at processerne skal ske i en samlet proces.

obligatoriske og valgfrie, opsummeres disse på figur 6.2. Henvisning fra og henvisningsårsag dækker også over henvendelse og henvendelsesårsag, dvs. henvisninger fra eksempelvis borgers egen læge, men også henvendelser fra pårørende. I det følgende bruges kun henvisning fra og henvisningsårsag, men begreberne omfatter også henvendelse og henvendelsesårsag.

I det følgende gennemgås de tre første delprocesser (sagsåbning, sagsoplysning og afgørelse/bestilling) i FSIII procesmodellen. De sidste tre delprocesser (planlægning, udførelse/levering og opfølgning) gennemgås ikke her, da der ikke er identificeret problemområder ved sammenligningen af disse med informationer i FMK. For en gennemgang af de se sidste tre delprocesser i FSIII procesmodellen, se appendiks F.

### 6.3 Sammenligning af informationer i FSII sagsåbning og informationer i FMK

Formålet med sagsåbning er at ”*indlede en myndighedssag med henblik på at sagsbehandle og nå til en afgørelse*“ [KommunernesLandsforening, 2015a] En sagsåbning sker, når myndigheden modtager en henvendelse angående kommunal varetagelse af en borger.

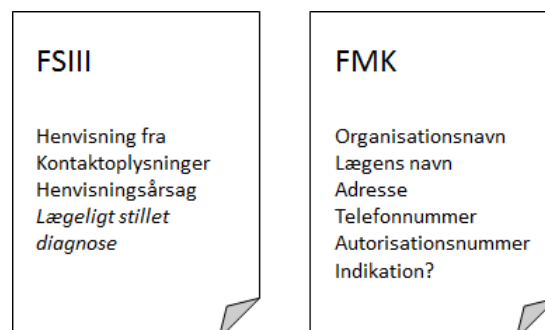


**Figur 6.2.** Illustration over de enkelte delprocesser i FSIII procesmodellen med tilhørende dokumenterede informationer. Obligatoriske informationer er vist med almindelig skrifttype, mens valgfrie informationer er vist med skråskrift.

De informationer som er obligatoriske at dokumentere i forbindelse med en sagsåbning er *Henvisning fra* og *Henvisningsårsag* (se evt. figur 6.2). *Henvisning fra* indeholder information omkring hvem, der har kontaktet myndigheden, samt kontaktoplysninger på henvenderen. I FSIII skal denne oplysning kunne vælges på en liste med en række af valgmuligheder, f.eks. borger, pårørende, hjemmesygeplejen, egen læge, speciallæge eller sygehus - medicinsk afdeling [KommunernesLandsforening, 2015a].

*Henvisningsårsag* kan dokumenteres med en kort fritekst. Det er valgfrit at dokumentere *Lægeligt stillet diagnose*, men hvis henvendelsen indeholder en diagnose anvendes klassifikationerne ICD-10 eller ICPC-2, og diagnosen skal dokumenteres.

De informationer som er obligatoriske at dokumentere ved en sagsåbning, sammenlignes med informationer i FMK som tilsvarende disse. Sammenligningen er illustreret på figur 6.3.



**Figur 6.3.** Sammenligning af dokumenterede informationer i FSIII delprocessen sagsåbning med informationer i FMK.

### Scenarie 1: Kontaktoplysninger

Når hjemmesygeplejen modtager en henvendelse om, at en borger har brug en sygeplejefaglig indsats, er der i FSIII krav om at dokumentere hvem henvendelsen kommer fra (henvisning fra) og hvorfor (henvisningsårsag).

Henvisning fra kan bl.a. være borger, pårørende, anden kommune eller læge. Dette skal suppleres med kontaktoplysninger på den pågældende person eller afdeling. I tilfælde, hvor det er borgers egen læge, speciallæge eller sygehusafdeling, der har sendt en henvisning, vil de oplysninger der skal dokumenteres i FSIII også stå i FMK, se figur 6.3. Henvisning fra skal dokumenteres ud fra en liste med prædefinerede valgmuligheder (se afsnit 6.3), men kontaktoplysninger på henvenderen er allerede dokumenteret i FMK. Informationen i FMK dækker over organisationsnavn, lægens navn, adresse, telefonnummer og autorisationsnummer (hvis det er en læge).

### Scenarie 2: Henvisningsårsag

Henvisningsårsagen i FSIII kan være en kort fritekst, f.eks. en behandling som borger får, har fået eller lignende. Indikation eller ”Til behandling for“ dokumenteres i FMK til hvert ordineret præparat, f.eks. ”mod smerter“. Der er mulighed for at denne indikation kan anvendes som henvisningsårsag. En uddybning af dette argument beskrives i afsnit 6.4.

### Identificerede problemer

I sammenligningen af dokumenterede informationer i delprocessen sagsåbning med informationer i FMK, blev der identificeret to problemområder relateret til dobbeltregistrering. Første problemområde er i forhold til kontaktoplysninger på den person eller instans som har lavet henvisningen. Hvis henvisningen kommer fra en læge, speciallæge eller sygehusafdeling vil denne information være indeholdt i FMK, hvorfor der er risiko for dobbeltregistrering, hvis der ikke tages hensyn til dette. Andet problemområde er i forhold til henvisningsårsagen, hvor informationen ”indikation“ i FMK potentielt set kan genanvendes som henvisningsårsag.

## 6.4 Sammenligning af informationer i FSIII sagsoplysning og informationer i FMK

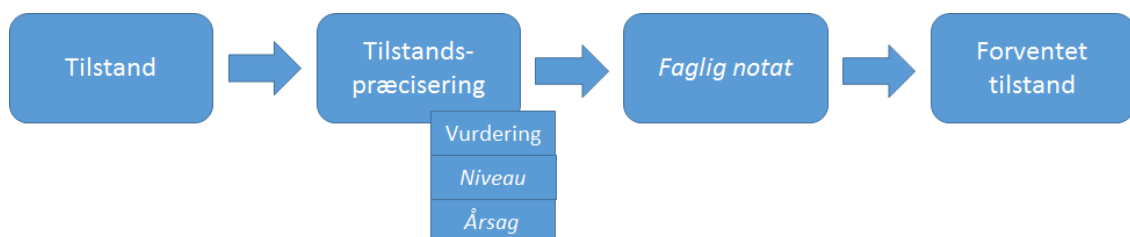
Formålet med delprocessen sagsoplysning er at ”indsamle information, der giver tilstrækkeligt grundlag til at vurdere sagen og efterfølgende træffe en afgørelse“ [Kommunernes Landsforening, 2015a]. Dvs. der laves en sygeplejefaglig udredning, hvor borgerens tilstande dokumenteres med det formål at tildele indsatser.

Tilstande er et centralt begreb i FSIII dokumentationsmetoden. I appendiks G er vist en oversigt over FSIII tilstande.

Når en borger skal visiteres til hjemmesygepleje skal en visiterende hjemmesygeplejerske udrede borgerens tilstande, som dokumenteres i afgrænsede enheder ved hjælp af klassifikationer eller små korte tekster. Dokumentation af en tilstand består af en tilstandsklassifikation og en tilstandspræcisering. Klassifikationen består i, at den visiterende hjem-

mesygeplejerske vælger den aktuelle tilstand der skal visiteres til under et af de 12 sygeplejefaglige områder [KommunernesLandsforening, 2016f] [KommunernesLandsforening, 2016e].

Efter den aktuelle tilstand er valgt laves tilstandspræciseringen, som består af tre dele; niveau, vurdering og årsag. Niveau er en valgfri oplysning, der beskriver størrelsen af problemet. Vurdering er en kort og præcis anvisning af tilstanden, og hvad der skal vurderes på i forhold til den forventede tilstand. Vurdering er obligatorisk. Årsag til en tilstand er en valgfri oplysning, som både kan være en kort fritekst, en anden tilstand eller en lægeligt stillet diagnose. Til en tilstand kan også knyttes en subjektiv faglig vurdering (faglige notater). Faglige notater er valgfrie. Til en tilstand skal der også dokumenteres en forventet tilstand, som er en beskrivelse af den tilstand, det forventes, at borgeren kan opnå med plejen. Dvs. de obligatoriske informationer i forbindelse med dokumentation af en tilstand er den aktuelle tilstand, vurdering og forventet tilstand. [KommunernesLandsforening, 2016e] [KommunernesLandsforening, 2016f] Figur 6.4 illustrere processen når en tilstand skal dokumenteres.

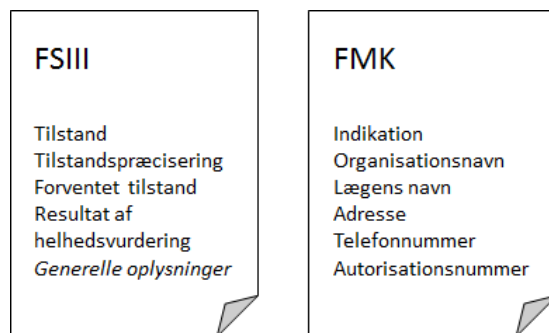


**Figur 6.4.** Illustration over processen når en borgers tilstand dokumenteres. Almindelig skrifttype indikerer, at det er en obligatorisk oplysning, mens skråskrift indikerer, at det er en valgfri oplysning.

I sagsoplysning dokumenteres der, udover tilstande og forventede tilstande, også resultat af helhedsvurdering (obligatorisk), samt generelle oplysninger (valgfri). Helhedsvurderingen sammenholder resultaterne fra udredningen og den øvrige sagsoplysning med henblik på at træffe en afgørelse. Ved generelle oplysninger dokumenteres indsamlet viden om borgeren, der ikke er dækket i de klassificerede data, men som har betydning for vurderingen. Eksempler på dette er oplysninger vedrørende livshistorie, boligens indretning og sundhedsfaglige kontakter. På figur 6.5 er sammenligningen af informationsindhold mellem FSIII delprocessen sagsoplysning og informationer i FMK illustreret.

### Scenarie 3: Årsag

Når en tilstand skal dokumenteres i FSIII er det valgfrit at tilføje en årsag. Årsagen kan være en lægeligt stillet diagnose, en anden tilstand eller en kort fritekst. Denne oplysning kan potentielt set være en oplysning, der allerede er i FMK, da der ved et præparat skal dokumenteres, hvorfor borgeren får det, altså årsag. Denne information dokumenteres under "Indikation" i FMK, og angives med en kode og evt. tekst [Sundhedsdatastyrelsen, 2014]. Hvis indikationen i FMK er *362 - til behandling af alvorlig virusinfektion* eller *145 - mod smerter* og årsagen til tilstanden er den samme, kan oplysningen muligvis genanvendes. Hvis der laves en kobling mellem de to oplysninger, vil det også være oplagt



**Figur 6.5.** Sammenligning af dokumenterede informationer i FSIII delprocessen sagsoplysning med informationer i FMK.

at lave en revision af tilstanden, hvis borgeren stopper med præparatet mod den givne årsag.

#### Scenarie 4: Generelle oplysninger

I sagsoplysningen i FSIII kan der dokumenteres generelle oplysninger om borgeren. En af disse oplysninger er sundhedsfaglige kontakter, som f.eks. læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, talepædagoger, audiologopæder, bandagister og socialrådgivere. Ligesom i afsnit 6.3 vil oplysningerne være tilgængelige i FMK, hvis kontakten er en læge eller sygeplejerske.

#### Identificerede problemer

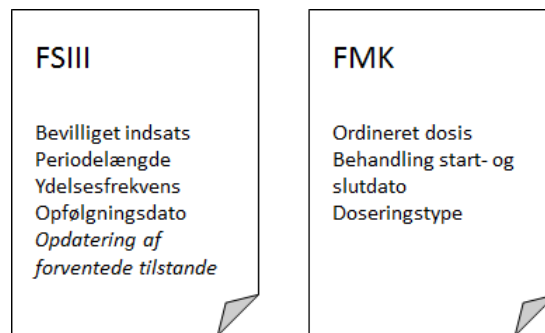
I sammenligningen af dokumenterede informationer i delprocessen sagsoplysning med informationer i FMK, blev der identificeret to problemområder relateret til dobbeltregistrering. Første problemområde er i forhold til dokumentationen af en årsag til en tilstand i FSIII. Denne oplysning kan potentiel set genanvendes fra "Indikation," hvilket i så fald vil medføre dobbeltregistrering. Andet problemområde er i forhold til dokumentationen af generelle oplysninger i FSIII, hvor oplysninger omkring sundhedsfaglige kontakter kan være indholdt i FMK.

### 6.5 Sammenligning af informationer i FSIII afgørelse/bestilling og informationer i FMK

Formålet med afgørelse/bestilling beskrives som: "Afgørelsen fastsætter, hvad der er ret for en borger i en given sag" [KommunernesLandsforening, 2015a]. I denne delproces træffes en afgørelse af, hvilke indsatser borgeren skal bevilliges eller om der skal gives et afslag. Indsatserne der tildeles skal være knyttet til en eller flere tilstande. I appendiks G er der en oversigt over indsatser.

Ved afgørelse/bestilling er det obligatorisk at dokumentere bevilliget indsats, herunder periodelængde og ydelsesfrekvens, og opfølgingsdato på indsatsen. Afhængig af situationen kan de forventede tilstande opdateres (valgfri). På figur 6.6 er sammenligningen af in-

formationsindhold mellem FSIII delprocessen afgørelse/bestilling og informationer i FMK illustreret.



**Figur 6.6.** Sammenligning af dokumenterede informationer i FSIII delprocessen afgørelse/bestilling med informationer i FMK.

### Scenarie 5: Ydelsesfrekvens

Når en borger får tildelt en indsats, skal hjemmesygeplejersken planlægge det overordnede forløb for levering af indsatsen, hvilket indbærer ydelsesfrekvensen, dvs. hvor ofte indsatsen skal leveres. I tilfælde hvor indsatsen indebærer udlevering af præparater fra FMK, som f.eks. indsatserne medicinadministration og sondeernæring, vil det være beskrevet i ordineret dosis i FMK, hvor ofte borgeren skal have præparatet. Denne oplysning vil i disse tilfælde kunne anvendes som ydelsesfrekvens, f.eks. i det tilfælde, hvor borger ifølge FMK skal have sondeernæring 3 gange dagligt, vil hjemmesygeplejersken vide, at ydelsesfrekvensen skal være den samme.

### Scenarie 6: Opfølgningsdato

Når en borger får ordineret et ikke fast præparat, dvs. et præparat som borgeren kun skal have i f.eks. tre uger, vil lægen altid angive en behandlingsslutdato i FMK [Sundhedsdatastyrelsen, 2015]. Denne slutdato vil i tilfælde, hvor borgeren får indsatsen medicinadministration til præparatet kunne anvendes som opfølgningsdato. Et eksempel kunne være en borger der får ordineret øjendråber i 3 uger pga. øjenbetændelse og borgeren samtidig får tildelt indsatsen medicinadministration, så vil den forventede tilstand efter endt behandling være eksempelvis ”ingen øjenbetændelse“. Hermed vil opfølgningsdatoen i FSIII følge behandlingsslutdatoen for ordinationen i FMK.

### Identificerede problemer

I sammenligningen af dokumenterede informationer i delprocessen afgørelse/bestilling med informationer i FMK, blev der identificeret to problemområder relateret til dobbeltregistrering. Første problemområde er i forhold til ydelsesfrekvens af en indsats. I FMK vil ”ordineret dosis“ kunne genanvendes som ydelsesfrekvens i FSIII, hvis indsatsen omfatter udlevering af præparater. Andet problemområde er i forhold til opfølgningsdato i FSIII, hvor behandlingsslutdato vil kunne genanvendess om opfølgningsdato, hvis indsatsen medicinadministration er tildelt.





# Arbejdsgangsanalyse

# 7

I dette kapitel analyseres forventede FSIII arbejdsgange og nuværende arbejdsgange i forhold til medicinhåndtering og visitering. Arbejdsgangsanalyserne sammenlignes med henblik på at identificere problemområder. For at lave arbejdsgangsanalysen benyttes viden fra interviews (se appendiks H), observationer (se appendiks I og appendiks J) og indhentet materiale fra Aalborg Kommune (se appendiks K).

For at give et overblik, starter kapitlet med en introduktion af medicinmodulet i Care, da dette anvendes af hjemmesygeplejerskerne til medicinhåndtering. Arbejdsgangsanalysen, herunder identificerede problemområder, beskrives efterfølgende.

## 7.1 Overblik over medicinmodul i Care

Medicinmodulet i Care indeholder 7 faner, som ses i bjælken øverst på figur 7.1. I denne opsummering fokuseres på fanen Medicinliste, som giver et overblik over borgerens aktuelle medicinering.

Gruppe	Status	Opr.dato	Sep.dato	Preparat	Aktivi indholdsstof	PII indeholdt	PII-regi	Doseringsenhed	Styrke	Ord. dosis
Fast dispenseret medicin	Aktiv	10-06-2015		Dipaxin "DAK"	Dipaxin			tabletter	62,5 mikrogram	1 tablet morgen og aften
	Aktiv	05-09-2015		Ebixa	Memantin			10 mg		dosering efter skriftlig anvisning
	Aktiv	29-05-2015		Funa	Furosemid			tabletter	40 mg	2 tabletter morgen, middag og aften
	Aktiv	07-06-2015		Inovane	Zopiclon			7,5 mg		1/2 tablet før sengetid
	Aktiv	29-05-2015		Marevan	Warfarin			2,5 mg		
	Aktiv	21-01-2015		Morfin "Alternova"	Morfin			tabletter	10 mg	1 tablet morgen og aften
	Aktiv	11-06-2014		Pamol	Paracetamol			tabletter	125 mg	2 tabletter 3 gange daglig
	Aktiv	10-06-2015		Beta-zyn	Meloxicam			tabletter	100 mg	1 tablet daglig
Fast ikke dispenseret medicin	Aktiv	29-05-2015		Dixamyl Turbuhaler	Turbidalin			sug	0,5 mg/dosis	1 sug morgen og aften
	Aktiv	13-06-2014		Dursonec	Fentanyl			plaster	25 mikrogram/time	1 plaster hver 3. dag
	Aktiv	10-06-2015		Pectyl Dryslåber "DAK"	Campher, Lakrids (Glycyrrhiza Gl)				1,7-51,5-1,2 mg/ml	5-10 ml
PII medicin	Aktiv	10-06-2014		Rivabril	Clonazepam			tabletter	0,5 mg	1 tablet efter behov, højst 3 gange daglig
	Aktiv	21-01-2015		Stesolid	Diazepam			ml	5 mg/ml	1 ml efter behov, højst 3 gange daglig
Tilbehør til kliniske opgaver	Aktiv	29-05-2015		Pestaskiver				tabletter	1 stk. x 1	1 tablet morgen

**Ordnation**

Preparat: Morfin "Alternova" - tabletter, 10 mg (Alternova) Status: Aktiv Bemærkning:

Til behandling for: mod stærke smerter

Ordningsform: Fast

Indberettet af:

Oprettet dato: 21-01-2015 09:16 Oprettet af: Ulrik Pedersen

Ændret dato: 31-05-2015 13:59 Ændret af: Ulrik Pedersen

Behandling: 21-01-2015 00:00 - 00-00-0000 00:00

Pausestart: 00-00-0000 00:00 - 00-00-0000 00:00

Sep. dato: 00-00-0000 00:00

Gruppe: Fast dispenseret medicin

**Preparatdetaljer**

Disp. form: tabletter

Doseringsenh. tabletter

Styrke: 10 mg

ATC-kode: N02AA01

Adm.vej: Oral anvendelse

Leverandør: Alternova

Aktive indholdsstoffer: Morfin

Figur 7.1. Eksempel på en medicinliste for en testperson. [AalborgKommune, 2015].

I den øverste del på figur 7.1 ses borgerens medicin som både kan være baseret på

oplysninger fra FMK eller lokale ordinationer, dvs. ordinationer der er oprettet manuelt i Care og endnu ikke er matchet med FMK. Det kan også være håndkøbsmedicin, som er godkendt af en læge, men som ikke oprettes i FMK. Lokale ordinationer vises med orange, mens FMK ordinationer er hvide. Hvis en ordination markeres i listen vises detaljer om den pågældende ordination under medicinlisten.

Når en læge tilføjer et nyt præparat på FMK, skal medicinansvarlige medarbejdere med sundhedsfaglig autorisation, dvs. hjemmesygeplejersker og sosu-assistenten, gruppere præparatet i EOJ-systemet. De mest anvendte grupper er "fast dispenseret medicin", "fast IKKE dispenseret medicin", "PN medicin" (dvs. efter behov) og "selvadministreret".

Markeres et præparat fra medicinlisten vises yderligere oplysninger omkring præparatet. Disse er vist i en bjælke på midten af figur 7.1. De to første faner er Detaljer og Givningstidspunkter, se figur 7.2 og figur 7.3.

**Figur 7.2.** Fanen Detaljer for en given ordination. [AalborgKommune, 2015].

På fanen Givningstidspunkter vises det tidspunkt, hvor det er valgt, at ordinationen skal gives, enten som et klokkeslæt eller eks. morgen, middag, aften og nat. Tidspunkterne kan komme fra FMK, men kan til enhver tid rettes af brugeren. Figur 7.3 viser et eksempel på fanen Givningstidspunkter.

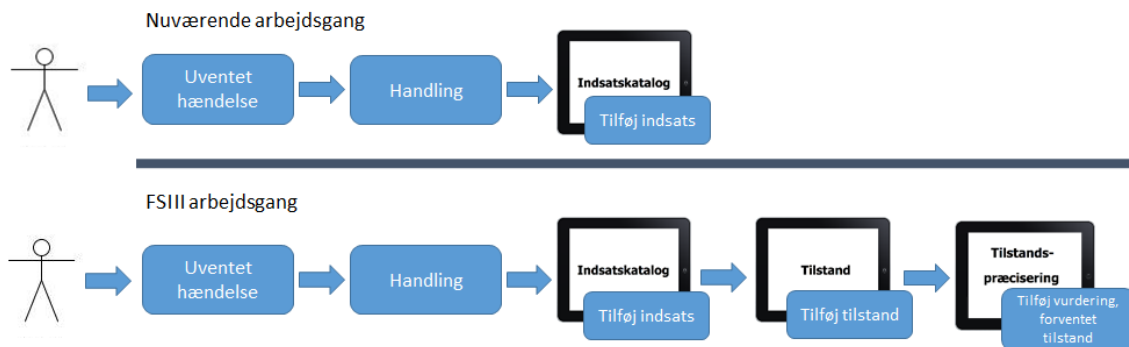
**Figur 7.3.** Fanen givningstidspunkter for en given ordination. [AalborgKommune, 2015].

## 7.2 Tildeling af ekstra indsats

Ud fra interviews med to hjemmesygeplejersker (se appendiks H) blev det tydeligt, at der ofte er behov for at tilføje en ekstra indsats, når hjemmesygeplejen er ude ved borger. Dette skyldes, at arbejdsopgaverne ude ved borger kan være meget uforudsigelige, f.eks. kan en borger ligge på gulvet på grund af et fald, når hjemmesygeplejersken ankommer. I sådan et tilfælde kan det være nødvendigt at tildele en ekstra engangsindsats, som borger ikke er visiteret til, eller rette den angivne tid for en allerede visiteret indsats.

## Scenarie 1: Engangsindsats

Hvis hjemmesygeplejersken kommer ud til en borger som har influenza og derfor har svage smerter, kan hjemmesygeplejersken vælge at give borgeren 2 pamol. Dette forudsætter, at borgeren har pamol registreret som PN medicin under gruppen selvadministreret i Care. Borgeren modtager i dette tilfælde ikke indsatsen medicinadministration, hvorfor hjemmesygeplejersken skal tilføje denne indsats. Indsatsen skal dokumenteres som et enkeltstående tilfælde og ikke som et forløb, da indsatsen kun skal gives i dette specifikke tilfælde. Den nuværende arbejdsgang for tildeling af en engangsindsats er vist på figur 7.4. Først uddybes den nuværende arbejdsgang og herefter FSIII arbejdsgangen.



**Figur 7.4.** Illustration over nuværende arbejdsgange og FSIII arbejdsgange i forbindelse med, at hjemmesygeplejen kommer ud til en borger, som har behov for en ekstra indsats.

**Nuværende arbejdsgang:** Når hjemmesygeplejersken er hjemme hos en borger og der er opstået en uventet situation, handler hjemmesygeplejersken på dette, eksempelvis ved at give borger 2 pamol mod svage smerter. Efterfølgende skal denne ekstra indsats tildeles, hvilket gøres i SmartCare, hvor den pågældende borger fremsøges og der oprettes en enkeltstående indsats. Herefter vælges en indsats fra indsatskataloget og der kan evt. tilføjes en bemærkning.

**FSIII arbejdsgang:** Hjemmesygeplejersken skal dokumentere indsatsen i FSIII, samt koble den til en tilstand. I dokumentationen af tilstanden, som er en akut, enkeltstående tilstand vil hjemmesygeplejersken skulle tilknytte en vurdering og en forventet tilstand. Vurdering, som er en kort og præcis anvisning af tilstanden og en beskrivelse af, hvad der skal vurderes på i forhold til den forventede tilstand, og forventet tilstand er irrelevant i det aktuelle tilfælde, hvor en indsats er en engangsindsats. Da det ikke er en indsats der skal fortsætte og der derfor heller ikke skal laves en opfølgning på tilstanden, vil det blot være en ekstra, tidskrævende dokumentation for hjemmesygeplejersken.

## Identificerede problemer

Ved arbejdsgangen "tildeling af ekstra indsats" blev der identificeret ét problemområde, omhandlende tilfældet, hvor hjemmesygeplejersken skal tildele en enkeltstående indsats til en borger. I følge FSIII skal der også dokumenteres en forventet tilstand og en vurdering, hvilket ikke er hensigtsmæssigt i det pågældende tilfælde, hvorfor hjemmesygeplejersken pålægges en ekstra, tidskrævende og unødvendig dokumentation.

### 7.3 Sygeplejefaglig udredning

Når en borger skal visiteres til hjemmesygepleje i dag, foregår det ved, at der opsættes et *første besøg* hos borgeren, hvor en hjemmesygeplejerske kommer hjem til borger og laver en vurdering af, hvilke indsatser borgeren skal have og hvor ofte. Efterfølgende tilpasses indsatserne løbende og efter behov. Visiteringen laves på baggrund af en sygeplejefaglig udredning, hvor der skal tages stilling til alle 12 sygeplejefaglige områder. Hvis en borger ikke har nogle problemer noteres ”normal“ eller lignende for at vise, at der er taget stilling til det pågældende sygeplejefaglige område. Efterfølgende udarbejdes en plejeplan for hver indsats borgeren har fået tildelt. Plejeplanen beskriver borgerens problemer, samt hvad der skal opnås med plejen, dvs. et tidsafgrænset mål. Det er også i plejeplanen, at der opfølges og evalueres på den pleje og hjælp der gives til borgeren. Plejeplanen indeholder følgende elementer [AalborgKommune, 2014].

- **Problem/årsag** Beskriver borgerens problem eller behov, symptomer og årsagen til problemet.
- **Mål** Beskriver hvad borgeren skal eller gerne vil opnå.
- **Handling** Beskriver hvad der skal gøres, og hvordan der skal evalueres.
- **Evaluering** Beskriver om målet er nået, og om der er behov for nye mål og handlinger.

#### Scenarie 2: De 12 sygeplejefaglige områder

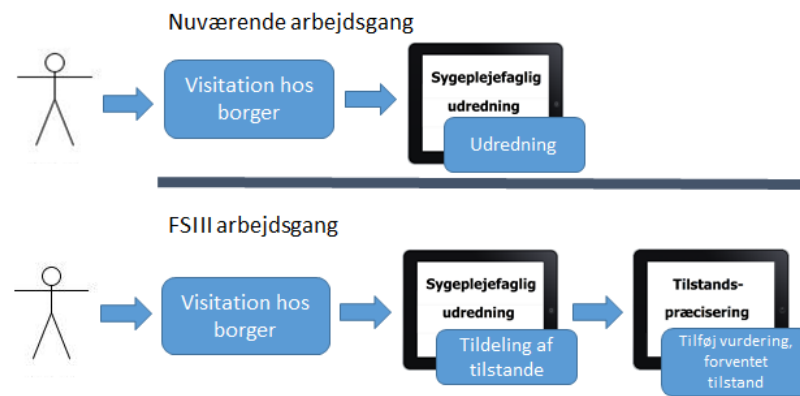
I FSIII når en borger visiteres til hjemmesygepleje skal hjemmesygeplejersken dokumentere borgerens tilstande under de relevante sygeplejefaglige områder. Det er et lovmæssigt krav til dokumentationen, at der tages stilling til hvert enkelt af de 12 områder. Det tolkes i dag, i hjemmesygeplejen i Aalborg som, at der skal dokumenteres ved alle områder, også dem hvor der ikke er et aktuelt problem hos borgeren . Det kan f.eks. være området ”Hud og Slimhinder“, hvor hjemmesygeplejersken vil notere *normal* eller lignende, hvis borger ingen problemer har i denne kategori. I FSIII dokumenteres der ved hjælp af tilstande, men ingen af disse tilstande er ”normal“ eller ”ingen problemer“. Derved er det nødvendigt med en anden mulighed til hjemmesygeplejersken, således det kan dokumenteres, at borgeren ingen problemer har med det pågældende område, hvis de skal følge den dokumentationsmetode der anvendes i dag.

På figur 7.5 er den nuværende arbejdsgang og FSIII arbejdsgangen i forbindelse med en sygeplejefaglig udredning illustreret.

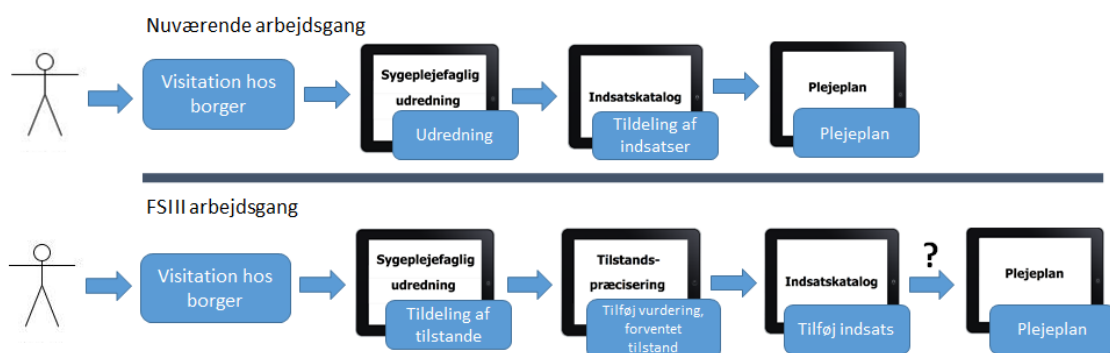
#### Scenarie 3: Plejeplan vs. FSIII

I forbindelse med arbejdsgangen ”sygeplejefaglig udredning“ er der identificeret et muligt problemområde i forhold til udarbejdelse af plejeplaner som den nuværende arbejdsgang omfatter. Den nuværende arbejdsgang og FSIII arbejdsgang i forbindelse med en sygeplejefaglig udredning og udarbejdelse af plejeplaner er vist på figur 7.6.

Spørgsmålstegnet på figuren illustrerer, at der her kan opstå et sameksistensproblem mellem dokumenterede informationer i FSIII og plejeplanen. Dette skyldes, at elementerne i plejeplanen indeholder nogle af de samme informationer som der skal dokumenteres i



**Figur 7.5.** Illustration over nuværende arbejdsgange og FSIII arbejdsgange i forbindelse med en sygeplejefaglig udredning.



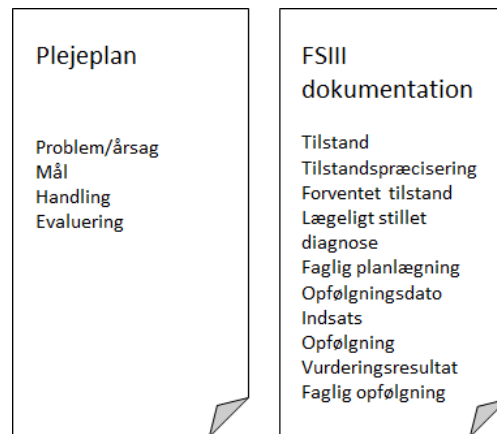
**Figur 7.6.** Illustration over nuværende arbejdsgange og FSIII arbejdsgange i forbindelse med udarbejdelse af plejeplaner.

FSIII. De informationer, hvor der er risiko for, at der kan forekomme dobbeltregistrering er vist på figur 7.7. FSIII informationerne tilstand, tilstandspræcisering (niveau, årsag, vurdering) og lægeligt stillet diagnose kan overlappes med de dokumenterede informationer i problem/årsag i plejeplanen. Tilstandspræcisering, herunder årsag, vurdering (kan være en del af problem/årsag og/eller mål), forventet tilstand og dele af den faglige planlægning kan overlappes med dokumenterede informationer i mål i plejeplanen. Størstedelen af dokumenterede informationer i faglig planlægning kan overlappes med handling i plejeplanen. Opfølgning, vurderingsresultat og faglig opfølgning kan overlappes med evaluering i plejeplanen (se evt. kapitel 6 og appendiks F for en gennemgang af begreberne).

FSIII tager ikke højde for, at plejeplanen indeholder en række informationer som dokumenteres i FSIII, hvorfor der er risiko for, at der kan forekomme dobbeltregistrering.

### Identificerede problemer

Ved arbejdsgangen ”sygeplejefaglig udredning“ blev der identificeret to problemområder. Første problemområde omhandler stillingtagen til de 12 sygeplejefaglige områder. Når der i FSIII laves en sygeplejefaglig udredning skal borgerens tilstande dokumenteres. Her kan der opstå et sameksistensproblem med nuværende arbejdsgange, hvor der skal tages



**Figur 7.7.** Illustration over informationer i plejeplanen som kan overlappe med dokumenterede FSIII informationer.

stilling til hver enkelt sygeplejefaglige område i en sygeplejefaglig udredning. Dette kan ikke dokumenteres med en FSIII tilstand, hvorfor det er nødvendigt med en anden mulighed for at følge den nuværende dokumentationsmetode. Andet problemområde omhandler risikoen for dobbeltregistrering i forbindelse med udarbejdelse af plejeplaner og dokumenterede informationer i FSIII.

# Designforslag 8

---

*I dette kapitel udarbejdes designforslag til de identificerede problemer i kapitel 6 og kapitel 7. Forslagene består af brugergrænseflade-design til specifikke løsningsforslag, og er ikke en udtømmende designguide der viser alle designmuligheder. Alle CPR-numre anvendt i dette kapitel er fiktive.*

I udarbejdelsen af design er der fokuseret på, at designet skal understøtte sameksistens, men samtidig være enkelt for brugeren at anvende og forstå, da dette er faktorer, der er med til at højne brugervenligheden af systemet [Nielsen, 1993].

## 8.1 Kontaktoplysninger og henvisningsårsag

Når en borger henvises til en sygeplejefaglig indsats skal dette dokumenteres i FSIII. Som nævnt i afsnit 6.3 kan nogle af de oplysninger der skal dokumenteres allerede være dokumenteret i FMK. Dette gælder f.eks. kontaktoplysninger, hvis henvisningen kommer fra praktiserende læge, speciallæge eller en sygehusafdeling.<sup>1</sup> En brugergrænseflade der understøtter genbrug af disse oplysninger designes ved at lade brugeren vælge på en liste, hvor henvendelsen eller henvisningen kommer fra, se figur 8.1. Hvis brugeren eksempelvis vælger læge, vil der bliver vist en side, hvor det er muligt at vælge mellem de læger der har ordineret medicin til borgeren eller anvendt borgerens medicinkort, eller indtaste informationerne manuelt, se figur 8.2. Det samme er gældende, hvis der på listen vælges speciallæge eller sygehusafdeling.

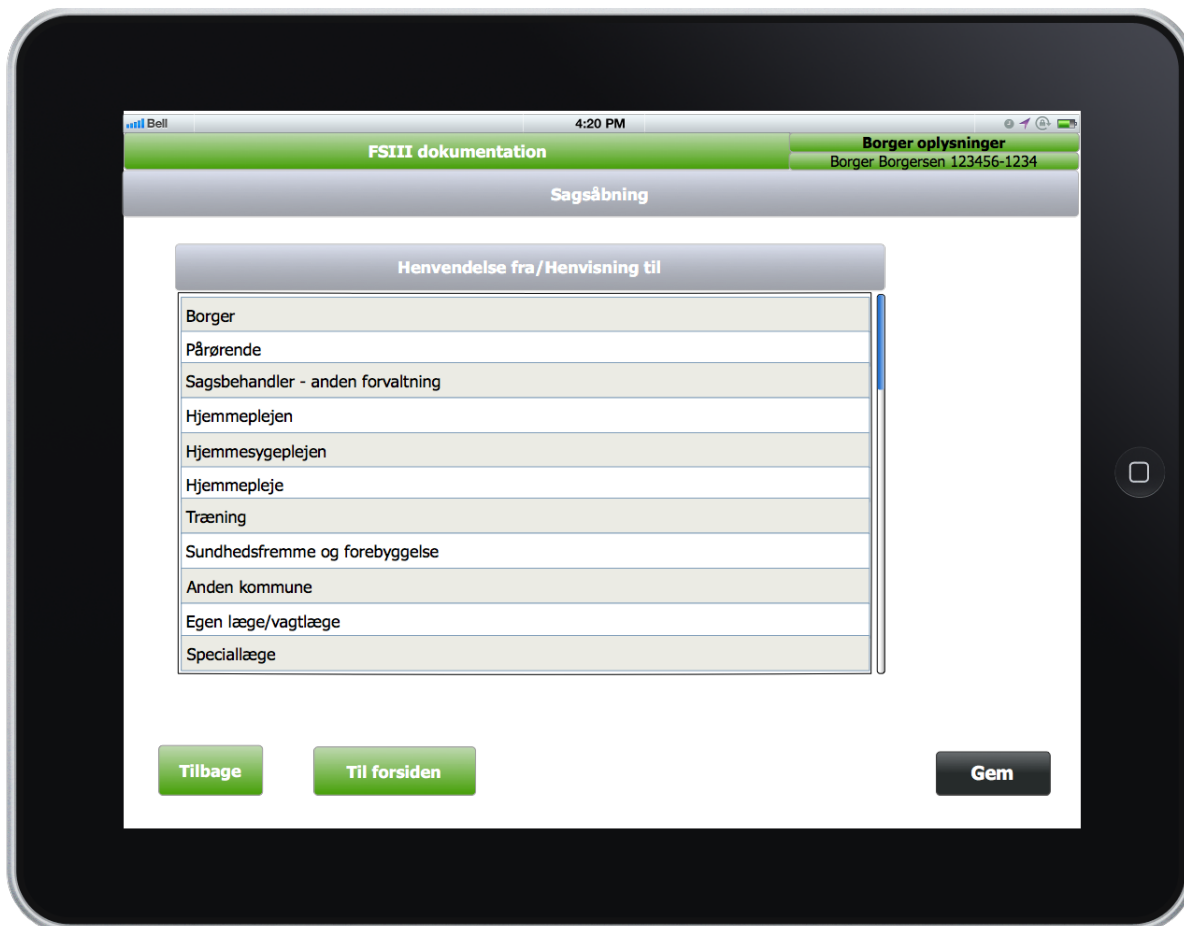
Efterfølgende i sagsåbning dokumenteres henvisningsårsag og eventuelt lægeligt stillede diagnoser. Henvisningsårsag kan evt. som i afsnit 8.2 være en indikation fra FMK. Et diagram over dokumentationsprocessen i designforslaget til dokumentation af sagsåbning ses på figur 8.3.

## 8.2 Årsag

Årsagen til en tilstand kan ifølge FSIII dokumenteres som fritekst eller som en tilstand. I nogle tilfælde kan friteksten være det samme som indikation i FMK. Dette løses ved at give brugeren mulighed for at vælge mellem at skrive årsagen som en fritekst, at vælge en af borgerens aktuelle tilstande eller at vælge en indikation på en liste med alle borgerens

---

<sup>1</sup>Hvis en henvisning kommer fra en læge eller et sygehus vil kontaktoplysningerne indgå som en del af den anvendte beskedstandard, eksempelvis MedCom-standarden "Den gode XML sygehus henvisning" [KommunernesLandsforening, 2011] [MedCom, 2016b] [MedCom, 2015a]. Disse beskedstandarder ligger uden for den valgte case, og derfor designes brugergrænsefladen ud fra tanken om, at informationerne i FMK skal genbruges i FSIII.



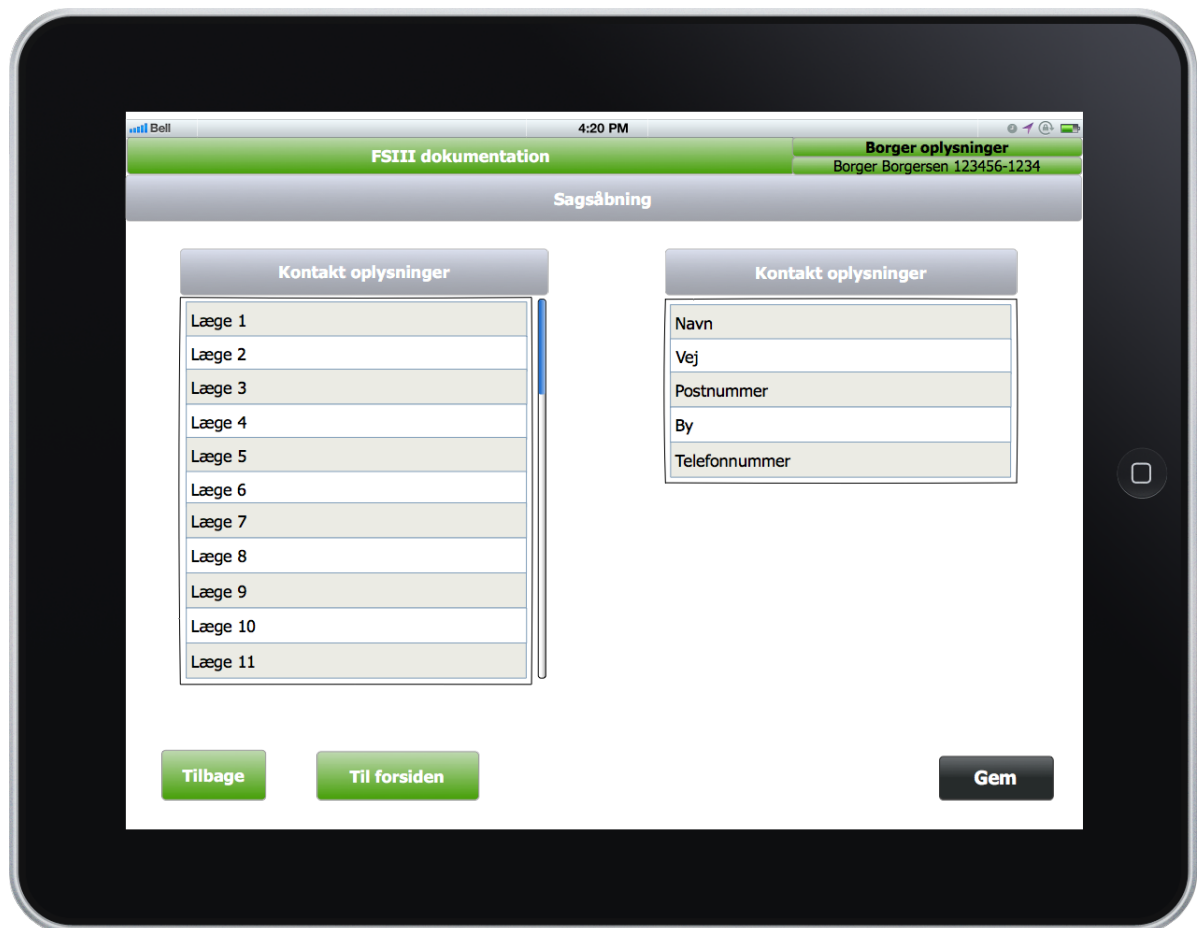
**Figur 8.1.** Designforslag til dokumentation af henvendelsen/henvisning fra i sagsåbning.

aktuelle indikationer, se figur 8.4. Dog vil der i implementeringen af denne løsning skulle tages højde for at fjerne ”mod“ i de indikationer, hvor dette indgår, da årsagen til tilstanden eksempelvis ikke er ”mod lungebetændelse“ men blot ”lungebetændelse“. Hvis det vælges at anvende en indikation som årsag til en tilstand, vil det også kunne implementeres på en sådan måde, at når borgeren ikke længere får et præparat med samme indikation, som årsagen til tilstanden, skal brugeren gøres opmærksom på dette, så der kan laves en revurdering af tilstanden. Det samme princip kan implementeres, hvis en af borgernes tildelte tilstande kan anvendes som årsag til den nye tilstand, der skal dokumenteres. Et eksempel på dette kan være en borger der har tilstanden *Diabetisk sår*, og skal have tildelt tilstanden *Periodevise smerter*, pga. smerter i forbindelse med såret. I dette tilfælde vil den tidligere tilstand *Diabetisk sår* kunne anvendes som årsag til den nye tilstand *Periodevise smerter*, illustreret på figur 8.4.

### 8.3 Generelle oplysninger

I tilfælde hvor en borgers sundhedsfaglige kontakter skal dokumenteres under generelle oplysninger vil det være hensigtsmæssigt, hvis brugeren kan vælge på en liste over de sundhedsprofessionelle, der senest har anvendt borgerens medicinkort. Figur 8.1 viser et design til en lignende problemstilling, hvor sundhedspersonalets kontaktoplysninger fra





*Figur 8.2.* Designforslag til dokumentation af kontaktoplysninger i sagsåbning.

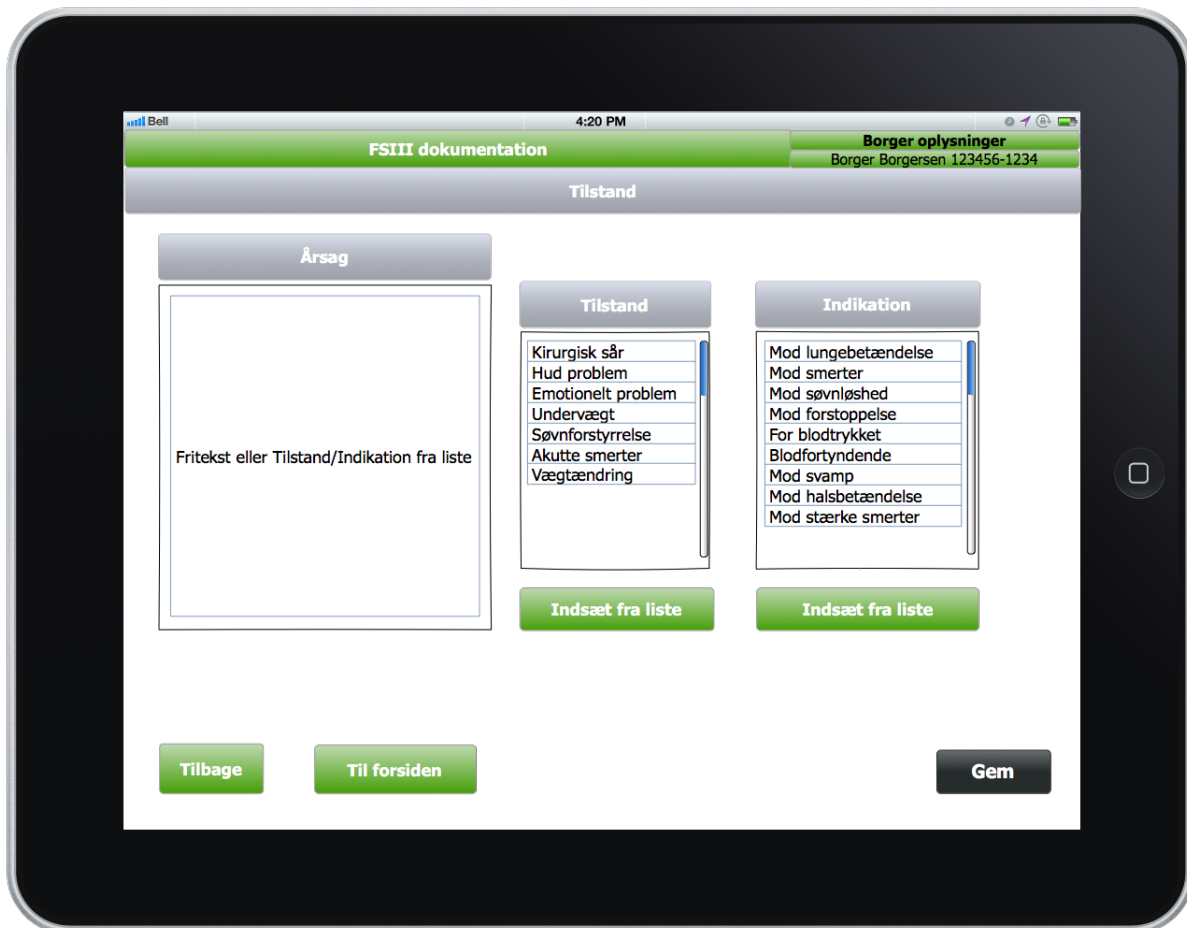


*Figur 8.3.* Oversigt over dokumentationsprocessen i sagsåbning med brug af designforslaget.

FMK genanvendes.

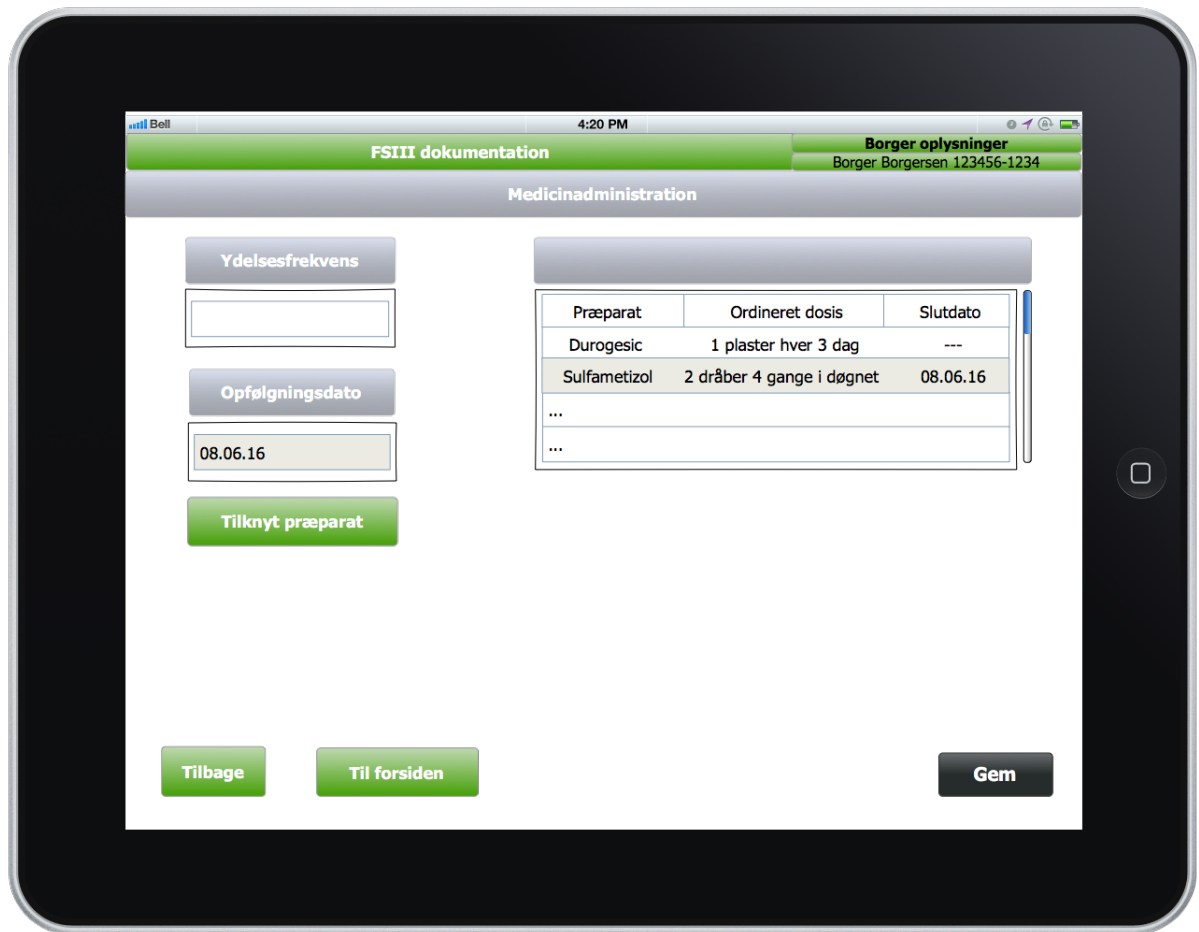
## 8.4 Ydelsesfrekvens

Når en indsats bevilliges skal hjemmesygeplejersken i følge FSIII dokumentere en ydelsesfrekvens. Som beskrevet i 6.5 vil den bevilligede ydelsesfrekvens i de tilfælde, hvor indsatsen indebærer et fast dispenseret eller et fast ikke dispenseret præparat være overensstemmende med ordineret dosis, eksempelvis 2 gange ugentligt. I disse tilfælde, vil det være brugbart at anvende informationen fra FMK som ydelsesfrekvens, da dette også vil give mulighed for, at hjemmesygeplejersken kan få en besked med direkte tilknytning

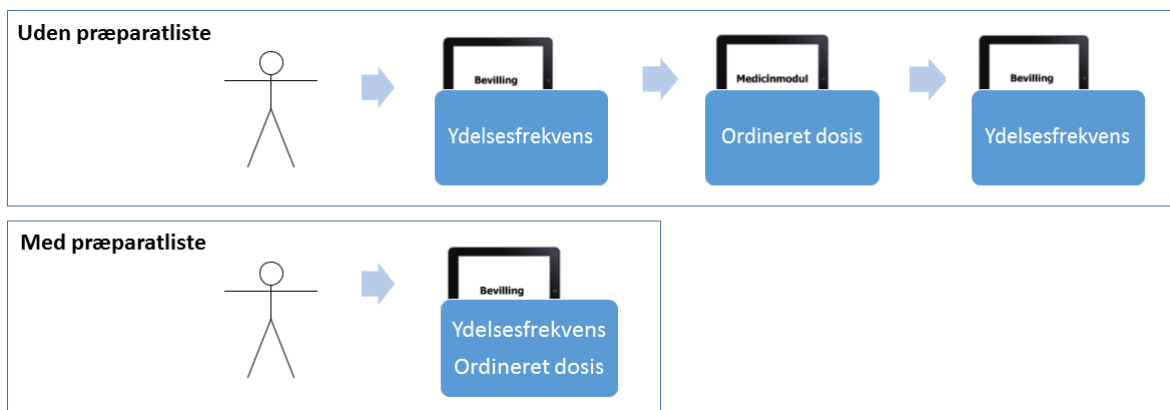


**Figur 8.4.** Design af brugergrænseflade med mulighed for at angive en indikation fra FMK som årsag til en tilstand.

til den bevilligede indsats, hvis den ordinerede dosis ændres eller ordinationen afsluttes, og ikke bare en avis i medicinmodulet. I FMK skal dosis, hvis det er muligt, angives som en struktureret dosis, dvs. at der skal angives en start- og slutdato, enhed (eks. stk, kapsler, sug osv.) og dosis (eks. morgendosis og aftendosis) [StatensSerumsInstitut, 2015] [FMK, 2015a]. Eksempler på ordineret dosis kan være ”2 tabletter morgen og aften“, ”1 plaster hver 3. dag“ eller ”2 dråber 4 gange dagligt“. Dog kan den ordinerede dosis i FMK også angives som fritekst [FMK, 2015b]. Et eksempel på en fritekst dosering kan være ”0,3 - 0,4 IE/kg/dag fordelt over 3 til 6 gange dagligt i forbindelse med måltid“, hvilket gør det vanskeligt at overføre og bruge informationen direkte som ydelsesfrekvens. Figur 8.5 viser et designforslag, hvor en præparatliste er tilgængelig, når ydelsesfrekvensen skal dokumenteres, og hvor det er muligt at genbruge oplysningen i de tilfælde, hvor doseringen er angivet på struktureret form. I de tilfælde, hvor den ordinerede dosis er en fritekst, vil listen stadig kunne lette arbejdsgangen for hjemmesygeplejersken, da de ikke behøver at åbne medicinmodulet i EOJ for at se doseringen, illustreret på figur 8.6.



**Figur 8.5.** Brugergrænseflade, hvor brugeren har adgang til informationer om borgerens præparater og hvor det er muligt at genanvende den ordinerede dosis som ydelsesfrekvens i de tilfælde, hvor dosis er angivet på struktureret form.



**Figur 8.6.** Illustration af arbejdsgangen med at dokumentere en ydelsesfrekvens ud fra ordineret dosis med og uden præparatlisten.

## 8.5 Opfølgingsdato

Når en indsats bevilliges skal hjemmesygeplejersken i følge FSIII dokumentere en opfølgingsdato. Hvis den bevilligede indsats indebærer et dispenseret præparat vil behandlingsslutdatoen i FMK, hvis en sådan er angivet, kunne anvendes som opfølgingsdato i FSIII dokumentationen, som beskrevet i afsnit 6.5. Hvis der implementeres en løsning, hvor det er muligt, at overføre behandlingsslutdato til opfølgingsdatoen vil det også give mulighed for, at hjemmesygeplejersken kan få en besked, hvis behandlingsslutdatoen ændres, med en direkte mulighed for automatisk at ændre opfølgingsdato til den nye behandlingsslutdato. Et muligt design der kan håndtere dette ses på figur 8.5, hvor hjemmesygeplejersken kan vælge en behandlingsslutdato på et af borgerens præparater og anvende som opfølgingsdato.

## 8.6 Engangsindsats

I afsnit 7.2 beskrives problematikken i at tildele en engangsindsats til en borger i tilfælde af en uventede hændelse hos borgeren. Et designforslag til at håndtere denne problematik ses på figur 8.7, hvor brugeren kan vælge om en indsats skal være en fast indsats eller en engangsindsats. Hvis brugeren vælger en engangsindsats vil brugeren ikke behøve at dokumentere vurdering, forventet tilstand, ydelsesfrekvens og opfølgingsdato. Problemet med en sådan løsning er, at den afviger fra FSIII dokumentationsmetoden, hvor vurdering, forventet tilstand, ydelsesfrekvens og opfølgingsdato er obligatoriske.

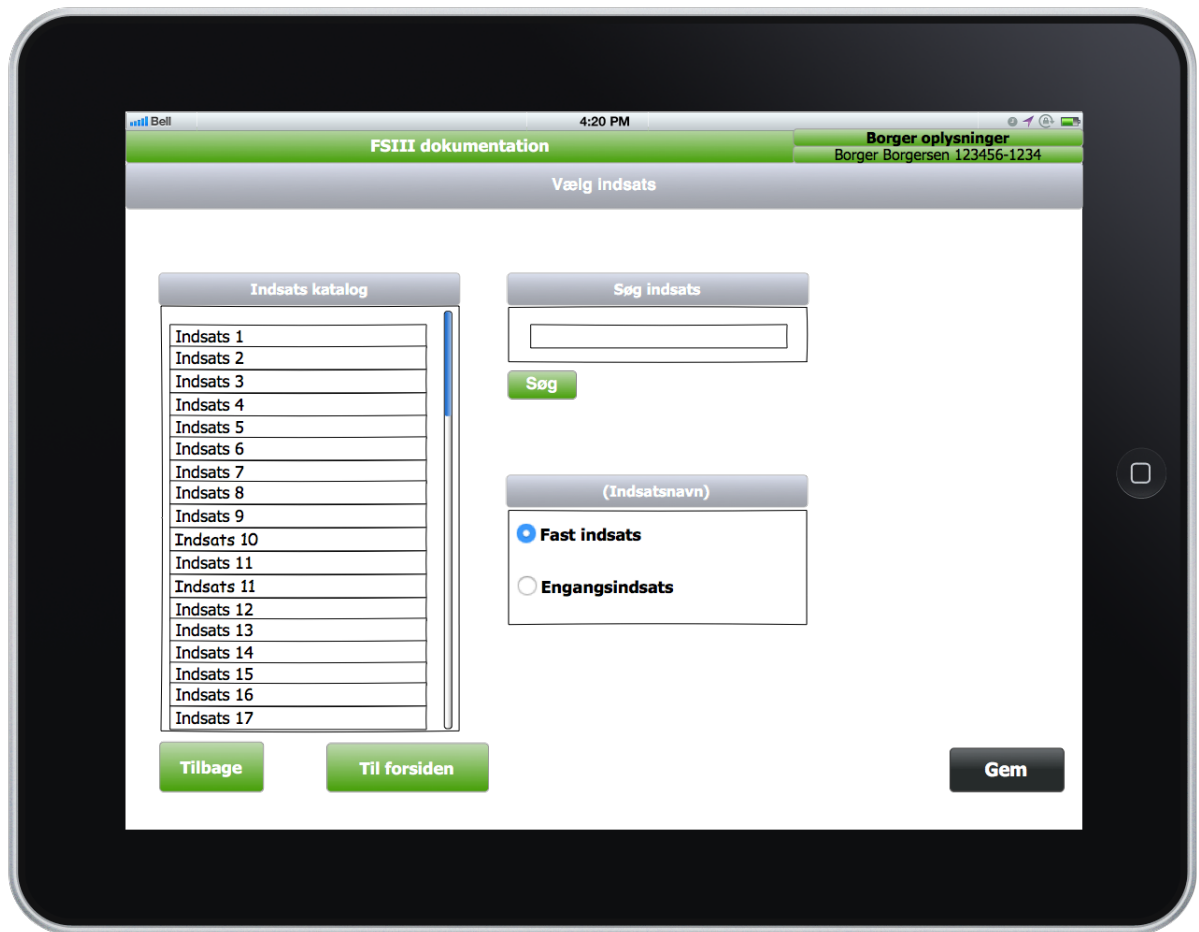
## 8.7 De 12 sygeplejefaglige områder

For at designe en brugergrænseflade der håndterer problemet med dokumentation af de sygeplejefaglige områder, hvor der ikke er noget at indberette, beskrevet i afsnit 7.3, udarbejdes to design, der skal illustrere to forskellige metoder til dokumentation af tilstande. Ifølge *Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser* er der følgende krav til dokumentationen ”*Det skal som minimum fremgå af journalføringen om den sygefaglige pleje og behandling, at der er taget stilling til, om patienten har potentielle og/eller aktuelle problemer inden for følgende 12 sygeplejefaglige problemområder [..]*“ og ”*Hvis en eller flere problemområder ikke er aktuelle for den enkelte patient, skal det også fremgå af journalen. Det kan ske med en meget kort angivelse i patientjournalen, så længe det blot tydeligt fremgår, at der er sket en vurdering af problemområderne*“ [MinisterietForSundhedOgForebyggelse, 2013]. Disse krav kan tolkes på forskellige måder. Afsnit 8.6 og 8.7 beskriver to løsningsforslag, der bygger på to forskellige tolkninger af disse krav.

### Designforslag 1

Som kravene i afsnit 8.7 tolkes i hjemmesygeplejen i Aalborg i dag skal der aktivt dokumenteres og herved tages stilling til hvert enkelt af de tolv sygeplejefaglige områder. Denne tankegang ligger til grund for designforslaget vist på figur 8.8.

Når en ny borger skal udredes vil der være tomt under hvert af de 12 sygeplejefaglige områder, og brugeren vil skulle klikke på enten det røde minus eller det grønne plus for

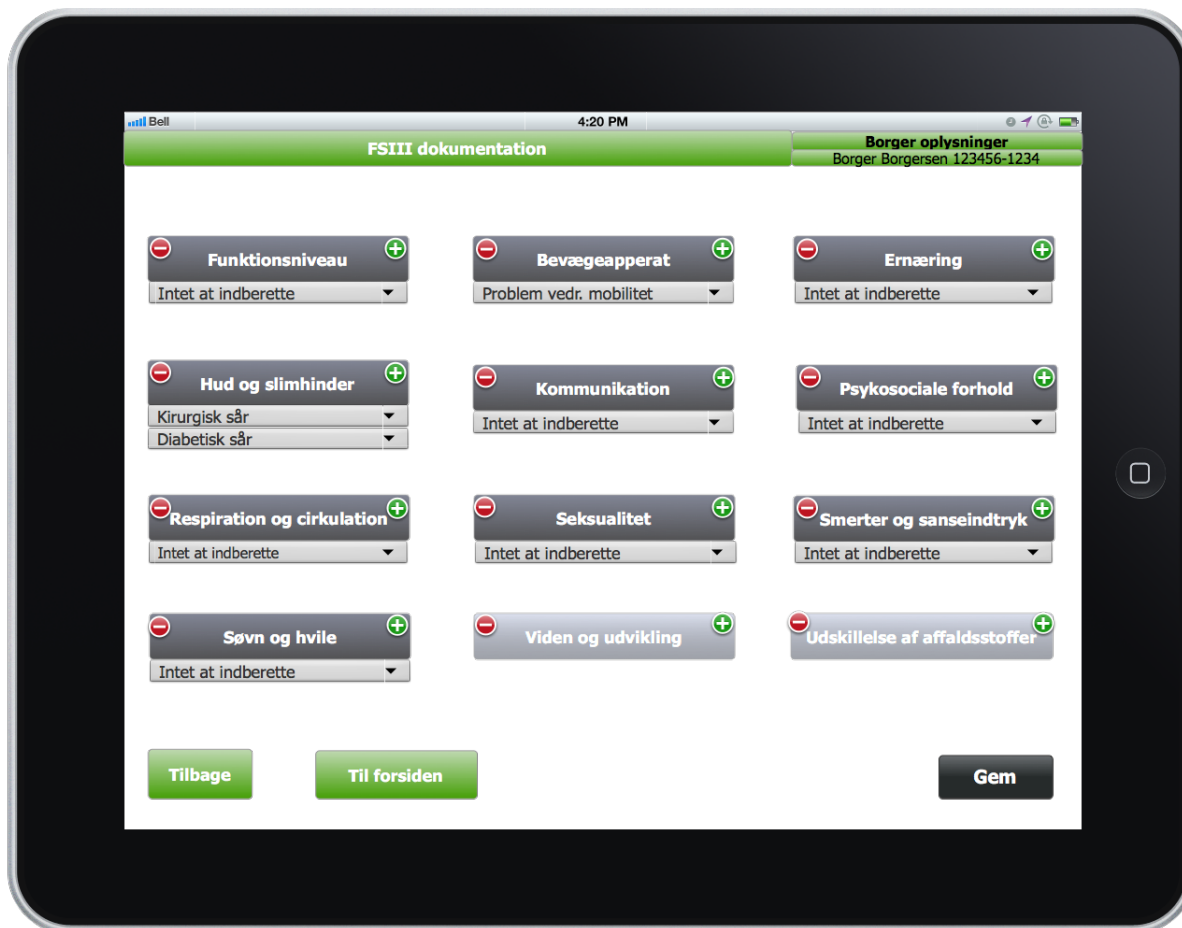


**Figur 8.7.** Illustration af brugergrænseflade til tildeling af indsatser, hvor brugeren har mulighed for at vælge om indsatsen skal leveres fast eller om det er en engangsindsats f.eks. på grund af en uventet hændelse.

hvert af de tolv områder for at dokumentere henholdsvis *Intet at indberette* eller en tilstand, som illustreret på figur 8.8. Hvis brugeren trykker på det røde minus vil en boks med teksten *Intet at indberette* komme frem under det givne område og hvis brugeren trykker på det grønne plus, vil en tilstand kunne vælges. Alle 12 områder skal dokumenteres med enten tilstande eller *Intet at indberette*. I implementeringen vil der skulle tages højde for, at der ikke kan dokumenteres både *Intet at indberette* og en tilstand til det samme område. Hvis en tilstand dokumenteres til et område der allerede indeholder *Intet at indberette*, vil dette skulle erstattes med tilstanden.

## Designforslag 2

Det andet designforslag ses på figur 8.9 og bygger på en anden fortolkning af de nævnte krav i afsnit 8.7. I dette forslag tages der ikke direkte stilling til hvert af de 12 sygeplejefaglige områder ved at trykke på knapper ved hvert enkelt område. Her er alle områder prædefineret til at være udfyldt med *Intet at indberette*, og hjemmesygeplejersken vil herefter kunne udfylde med tilstande, hvor det er relevant, og ved, at der trykkes *videre* vil hjemmesygeplejersken indirekte have taget stilling til alle 12 områder. Dette design kræver at hjemmesygeplejerskerne ved, at det at trykke *videre* er ensbetydende med, at de

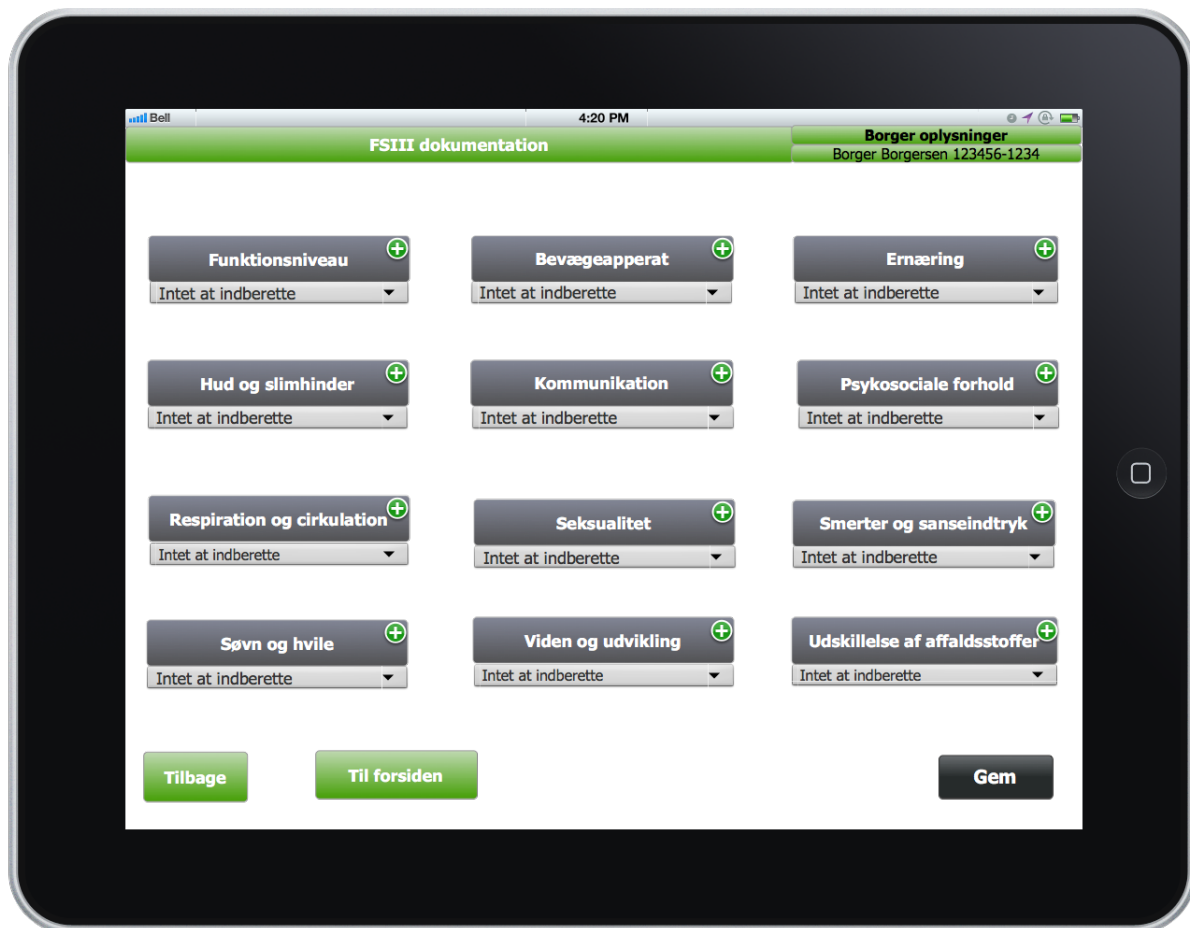


**Figur 8.8.** Brugergrensefladen hvor brugeren kan udrede alle borgerens tilstande. Til hvert af de 12 sygeplejefaglige områder skal brugeren enten tilføje en eller flere tilstande eller vælge *Intet at indberette*.

aktivt har dokumenteret, at de områder de ikke har tilføjet tilstande til ikke har relevante tilstande. Fordelen ved dette design er, at det vil kræve færre klik at lave en udredning, hvis ikke borgeren har tilstande i alle 12 områder.

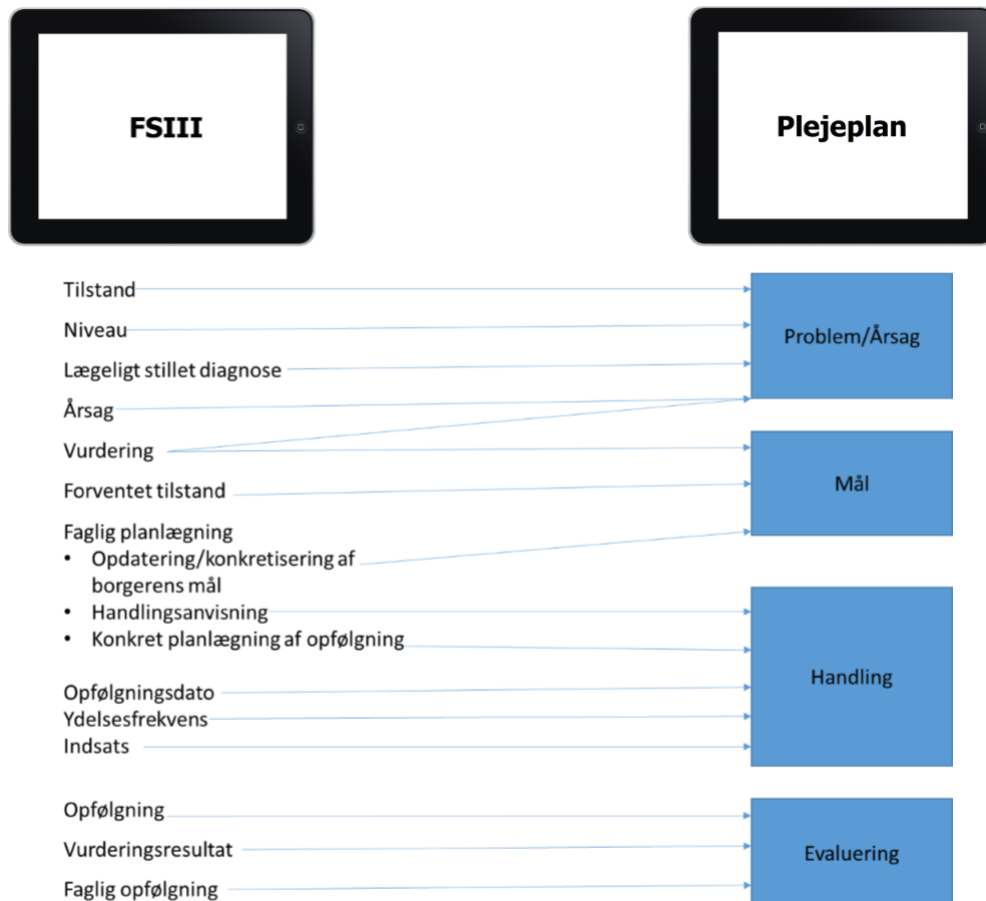
## 8.8 Plejeplan vs. FSIII

I afsnit 7.3 beskrives det, at FSIII dokumentationen og den nuværende plejeplan indeholder nogle af de samme informationer, men at FSIII ikke beskriver, hvordan dette skal håndteres. En måde at håndtere dette på er at fjerne de elementer fra plejeplanen som nu dokumenteres i FSIII eller ved at informationerne dokumenteres direkte i plejeplanen. En anden måde er at lade brugerne dokumentere efter FSIII dokumentationsmetoden, og automatisk videreføre de oplysninger der går igen til plejeplanen, hvilket vil bibeholde plejeplanen som den er. Alle tre metoder vil resultere i, at brugeren kun skal indtaste oplysningerne en gang. Metoden med at fjerne elementer fra plejeplanen vil dog have den ulempe at brugeren skal åben flere sider for at få de samme oplysninger, som de tidligere kunne få i plejeplanen. Figur 8.10 viser en oversigt over de oplysninger fra FSIII som kan overføres til plejeplanen for at undgå at brugeren skal dokumentere samme information flere steder.



**Figur 8.9.** Brugergrensefladen til udredning, hvor de 12 sygeplejefaglige områder er prædefineret til *Intet at berette*, og hjemmesygeplejerskerne kun skal tilføje borgers aktuelle tilstande.

På figur 8.10 har Vurdering en pil til både Problem/Årsag og Mål. Dette skyldes, at beskrivelsen af Vurdering i FSIII er ”en obligatorisk, kort præcis, anvisning af tilstanden og hvad der skal vurderes på ift. Forventet tilstand“ [KommunernesLandsforening, 2016e]. Den korte præcise anvisning af tilstanden vil høre ind under Problem/Årsag, hvorimod det der skal vurderes på i forhold til den forventede tilstand vil høre ind under Mål. Derudover er det valgt at overføre opfølgingsdato til handling, da det beskriver, hvornår handlingen (opfølgningen) skal foregå.



**Figur 8.10.** Illustration af oplysninger der skal overføres fra FSIII dokumentationen til plejeplanen, for at undgå at de samme oplysninger skal indtastes flere steder, hvis plejeplanen forbliver som den er i de eksisterende EOJ-systemer.



# Guidelines 9

---

I dette kapitel opstilles guidelines til forebyggelse af sameksistensproblemer, når de to standarder FMK og FSIII skal fungere i samme it-system. Guidelines er baseret på identificerede problemområder gennem informations- og arbejdsgangsanalysen, samt vurderinger af udfordringerne i at udarbejde design og løsninger til disse problemområder.

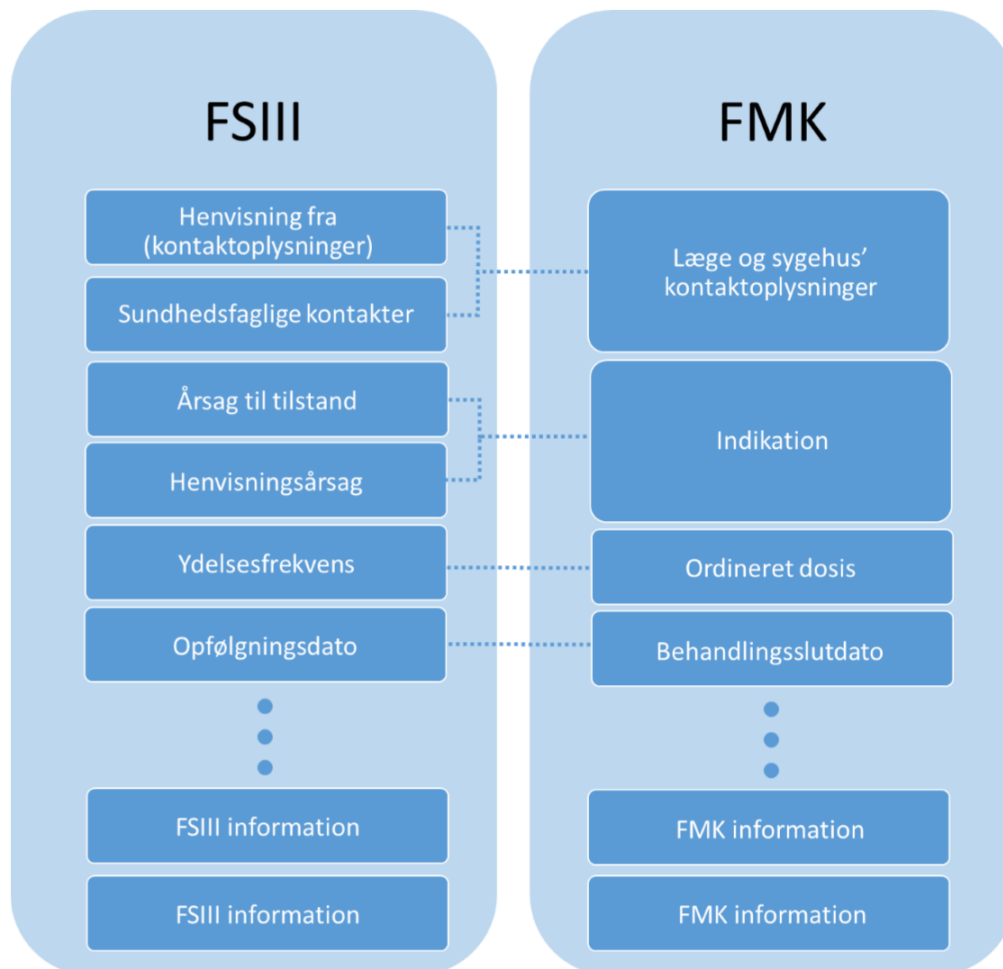
I informationsanalysen blev der identificeret 6 problemområder, mens der i arbejdsgangsanalysen blev identificeret 3 problemområder. De 6 problemer fra informationsanalysen samles under problemet *Genbrug af data fra FMK*, da typen af disse problemer er ens, herunder de muligheder og udfordringer der er i at anvende de udarbejdede designforslag. På figur 9.1 ses en illustration af de identificerede problemer, hvilke der skal tages højde for i en kommende implementering af FSIII.



**Figur 9.1.** Illustration af identificerede problemområder.

## 9.1 Genbrug af data fra FMK

Informationsanalysen identificerede områder der kræver integration med FMK for at undgå dobbeltregistreringer og herved også uhensigtsmæssige arbejdsgange. Figur 9.2 viser en oversigt over informationsoverlappet mellem FMK og FSIII. En del af informationerne kan genbruges, og skabe nye funktionaliteter i FSIII. Dette gælder eksempelvis behandlingslslutdato, der kan anvendes som opfølgningsdato til en FSIII tilstand. Hvis lægen efterfølgende ændrer slutdatoen for behandlingen, vil opfølgningsdatoen kunne ændres automatisk eller plejepersonalet vil kunne få en besked, der gør opmærksom på, at behandlingslslutdatoen, som er anvendt til opfølgningsdato er blevet ændret.



**Figur 9.2.** Illustration af informationsoverlappet mellem FSIII og FMK. Stregerne mellem FSIII indhold og FMK indhold indikerer, hvor informationer overlapper. FSIII og FMK informationerne nederst på figuren illustrerer, at begge standarder også indeholder informationer der ikke eksisterer i den anden standard.

En udfordring ved at genanvende indikation til eksempelvis tilstandsårsag ligger i, at indikationerne ofte starter med ”mod“ eller ”til behandling af“ eksempelvis ”mod smerter“ eller ”til behandling af alvorlig virusinfektion“, hvor der som årsag kun vil være behov for smerter eller alvorlig virusinfektion. Det samme gælder for ordineret dosis, der heller ikke nødvendigvis kan anvendes direkte som ydelsesfrekvens. Eksempelvis ved dosen ”1 plaster, hver 4. dag“, hvor indsatsen medicinadministration, tildeles for at skifte et smertepaster,

vil den ordinerede dosis og ydelsesfrekvensen bidrage med den samme information (hver 4. dag). Hvis ordinationen er angivet på struktureret form, vil oplysningerne kunne genanvendes i FSIII, men hvis lægen har angivet ordinationen som fritekst vil det være problematisk at genbruge oplysningerne.

## 9.2 Plejeplan vs. FSIII

I den nye FSIII procesmodel er der krav om at dokumentere informationer, som allerede i dag dokumenteres i omsorgsjournalens plejeplan. Standarden FSIII giver ingen retningslinjer for, hvordan dette skal håndteres i implementeringen af FSIII. Det er derfor væsentligt, at der inden den nye dokumentationsmetode designes, tages stilling til, hvordan dette skal håndteres, for at skabe det bedste og mest sammenhængende system for brugerne. Dette kan betyde en omstrukturering af det eksisterende system, og at FSIII ikke kan implementeres som et nyt modul, da dette vil give både dobbeltregistreringer og uhensigtsmæssige arbejdsgange, når brugeren skal finde informationer og skabe overblik over den enkelte borger.

## 9.3 Engangsindsats

I følge FSIII dokumentationsmetoden skal en indsats som minimum altid være tilknyttet én tilstand, der altid skal dokumenteres med en vurdering og en forventet tilstand. Det er vurderet, at dette skaber unødigt dokumentation, hvis indsatsen er en engangsindsats som ikke tildeles borgeren pga. en længerevarende tilstand. Her anbefales det, at der designes en løsning, hvor en indsats kan tildeles enten uden en tilstand eller med en tilstand uden obligatorisk vurdering og forventet tilstand. Problematikken i dette design er, at det bryder med FSIII standarden. I dette tilfælde skal det vurderes, hvad der er vigtigst. Om det er at følge standarden eller at øge brugervenligheden af systemet.

## 9.4 De 12 sygeplejefaglige områder

Det er et lovmæssigt krav, at der skal tages stilling til hver enkelt af de 12 sygeplejefaglige områder, når hjemmesygeplejersken laver en sygeplejefaglig udredning. For at lette arbejdsgangen for brugeren, herunder reducere antallet af museklik kan dokumentationen af den sygeplejefaglig udredning implementeres på en måde, hvorpå der default er dokumenteret "Intet at indberette" eller lignende til alle 12 områder, hvorefter brugeren kan nøjes med at dokumentere borgerens aktuelle tilstande. Udfordringen i denne løsning er at sikre at lovgivningen følges, og at retfærdiggøre, at brugeren aktivt tager stilling til alle 12 områder. Også selvom der ikke aktivt dokumenteres, at borger ingen tilstande har under de områder, hvor dette er tilfældet, men at dette gøres i det øjeblik brugeren gemmer udredningen med borgers aktuelle tilstande og "Intet at indberette" i de resterende.



# Diskussion 10

---

## 10.1 Diskussion af case

Dette projekt anvender FSIII og FMK som case for at analysere, hvordan der kan skabes sameksistens mellem to standarder, der skal fungere i samme it-system. Interviews og observationer er udført i hjemmesygeplejen i Aalborg Kommune. Det er derfor sandsynligt, at resultatet af arbejdsgangsanalysen havde været anderledes, hvis observationerne blev foretaget i en anden kommune. Selvom der blev valgt en kommune som anvender samme EOJ-system som Aalborg kommune er det ikke nødvendigvis de samme arbejdsgange som udføres. Dette betyder, at arbejdsgangsanalysen ville kunne identificere andre problemområder, hvilket har betydning for generaliserbarheden af de udarbejdede designforslag og guidelines. Udfordringen ligger her i at vurdere, hvor forskellige arbejdsgangene vil være fra kommune til kommune og i den sammenhæng også, hvor mange kommuner der skal inddrages i analysen. Hvis der efter arbejdsgangsanalyser i to forskellige kommuner identificeres samme problemområder, er det sandsynligt at konkludere, at en inddragelse af flere kommuner ikke vil bidrage væsentligt til resultatet af arbejdsgangsanalysen. På den baggrund kan designforslag og guidelines generaliseres således alle kommuner i Danmark kan benytte disse. Hvis der tilgængæld identificeres forskellige problemområder efter arbejdsgangsanalyser af to forskellige kommuner, må det vurderes, hvor mange kommuner der bør inddrages i analysen for at nå frem til generaliserbare designforslag og guidelines.

## 10.2 Den udviklede metode i international sammenhæng

Både i Danmark og andre industrialiserede lande har der i de seneste to årtier været et stort fokus på at digitalisere sundhedsvæsenet. Dette har udmundet i en række nationale sundheds-it projekter som har til formål at sikre et sammenhængende sundhedsvæsen. De nationale sundheds-it projekter udvikles løbende og opgaven bliver derfor, i de kommende år, at integrere disse med eksisterende it-systemer, og i den sammenhæng også at skabe sameksistens mellem standarder, der skal fungere i samme it-system. Det er derfor meget aktuelt at have metoder som kan identificere sameksistensproblemer inden en ny komplementerende standard implementeres. Metoden som udvikles i dette projekt er et bidrag til netop dette.

Ud fra en struktureret søgning på PubMed, Embase, Scopus og Business Source Premier blev der ikke fundet studier, som omhandler forebyggelse af sameksistensproblemer, når en ny komplementerende standard skal implementeres i et eksisterende it-system. Der er i stedet identificeret to typer af studier i litteraturen, som adresserer lignende problematikker

1) adoption af sundheds-it systemer (efter implementering) 2) integration af sundheds-it systemer og effekten på personalets arbejdsgange og opfattelse (efter implementering). Disse to typer af studier har det tilfælles, at de undersøger, hvilke ændringer eller fordele og ulemper som et nyt it-system har medført for brugeren af systemet. Grunden til at dette kan sammenlignes med at undersøge sameksistens og identificere problemområder (før implementering) skyldes, at disse studier undersøger it-systemernes effekt på brugeren efter implementering. Dvs. de retrospektivt identificerer sameksistensproblemer og dermed kan resultaterne af disse studier sammenlignes med resultaterne i denne rapport som forsøger at forudsige, hvor disse sameksistensproblemer kan opstå.

Sherer et al. (2015) undersøger eksempelvis integrationen af to sundheds-it systemer fra to forskellige sygehusafdelinger [Sherer et al., 2015]. Integrationen deles op i tre faser, hvor brugeren af systemet interviewes under hver enkelt fase med henblik på at undersøge, hvordan deres opfattelse er af systemet. Et af studiets resultater er, at integrationen af de to it-systemer har medført workaroud løsninger som følge af et dårligt systemdesign. Problemet omhandler en uhåndterlig problemliste i forbindelse med triagering, hvorfor systemet modificeres i fase tre således, dette understøtter sundhedspersonalets arbejdsgang.

Nguyen et al. (2014) har foretaget et litteraturstudie, som undersøger fordele og ulemper ved sundheds-it implementeringer [Nguyen et al., 2014]. Resultaterne beskriver bl.a. at brugervenlighed og interoperabilitet med eksisterende it-systemer er to af de væsentligste faktorer til succesfuld implementeringen af nye systemer, hvilket understreger vigtigheden i at øge sameksistensen og forebygge uhensigtsmæssige arbejdsgange når et nyt it-system skal implementeres.

Dvs. de to studier som er fremhævet her, begge rapporterer om uhensigtsmæssige arbejdsgange som følge af implementering af et sundheds-it system eller integrationen af to eksisterende sundheds-it systemer. Dette underbygger og aktualiserer den udviklede metode i denne rapport og illustrerer, at metoden er et væsentligt bidrag til at mindske sameksistensproblemer.

### 10.3 Metodeevaluering

Den udviklede metode i dette projekt kan anvendes til at

- Identificere problemområder ved sameksistens af to standarder
- Analysere udfordringer i at løse problemområder ved at udarbejde designforslag.
- Forebygge dobbeltregistrering ved at identificere informationer som dokumenteres/eksisterer i begge standarder.
- Simplificere arbejdsgange ved at udnytte og anvende informationer fra allerede implementerede standarder.
- Forebygge uhensigtsmæssige arbejdsgange ved at udarbejde designforslag med tanke på brugervenlighed, herunder antal museklik

Når sameksistens af standarder skal udforskes i praksis tager den udviklede metode højde for to standarder. Det betyder, at der identificeres problemområder for netop disse to standarder og som en konsekvens, inddrages andre standarder i konteksten ikke.

Dette har indflydelse på de identificerede problemområder, hvilket kan medvirke til, at de designforslag der udvikles ikke nødvendigvis er aktuelle, når den nye standard skal implementeres. Et eksempel på dette ses i det udarbejdede designforslag for Generelle oplysninger, hvor den henvisende læges kontaktoplysninger hentes og genbruges fra FMK. Hvis kommunikationsstandard som anvendes til henvisning havde været en del af informationsanalysen, ville det være blevet identificeret, at kontaktoplysninger på den henvisende læge eller organisation også er indeholdt i beskeden (henvisningen). Dette ville give et andet og muligvis mere aktuelt designforslag, hvor oplysninger hentes fra beskeden. Dette betyder altså, at outputtet af metoden afhænger af, hvilke standarder der analyseres, og at det i givet fald er nødvendigt at inkludere alle betydelige standarder i analysen. Dog gjorde analysen af de nuværende arbejdsgange, at det blev bemærket, at kontaktoplysningerne var inkluderet i henvisningen, hvilket vil sige, at metoden identificerede problemet, men at det lå uden for den valgte case.

#### 10.4 Oplysninger af generel karakter

Gennem projektet er det identificeret at generelle oplysninger af væsentlig karakter ofte indgår i flere standarder. Et eksempel på dette er lægens kontaktoplysninger, som er indeholdt i både FSIII, FMK og MedComs kommunikationsstandard *Den gode XML sygehushenvisning* til henvisninger fra læge til kommune [MedCom, 2015a] [KommunernesLandsforening, 2011]. Dette understreger vigtigheden i at de nationale organisationer koordinerer de udviklede standarder.

#### 10.5 Informationsproblem vs. arbejdsgangsproblem

Gennem analysen blev det klart, at det ikke altid er tydeligt, om et problem er et arbejdsgangsproblem eller et informationsproblem. Et eksempel på dette er plejeplans-scenariet, hvor plejeplanen indeholder elementer, som også er en del af FSIII dokumentationsmetoden. Problemet blev identificeret i arbejdsgangsanalysen, og vil også udmunde i uhensigtsmæssige arbejdsgange, hvis ikke der bliver taget højde for problemet i implementeringen, men er samtidig også et problem, der relaterer sig til, at den samme information dokumenteres to steder. Dette illustrer, at der ikke er en tydelig grænse mellem de to analyser. Da informationsanalysen i dette projekt identificerer informationer, der dokumenteres i både FMK og FSIII, vil dette problem ikke fremgå af denne analyse, da de informationer det drejer sig om ligger i FSIII og det lokale EOJ-system og ikke i FMK. Denne viden retfærdiggør relevansen af at anvende begge analyser i metoden.





Danmark og andre industrialiserede lande står i fremtiden overfor at skulle implementere en række nationale sundheds-it projekter, herunder også implementeringen af nationale standarder, med det formål at skabe interoperabilitet på tværs af sundhedssektoren. Udfordringen består i at integrere disse med de eksisterende sundheds-it systemer og skabe sameksistens. Sameksistens er essentielt i forhold til at forebygge u hensigtsmæssige arbejdsgange for sundhedspersonalet, f.eks. dobbeltregistrering. På denne baggrund blev projektets problemformulering udledt:

*Hvordan kan problemer med sameksistens af standarder i sundheds-it systemer undersøges og forebygges, så uhensigtsmæssige arbejdsgange og informationsoverlap mindskes ved fremtidig anvendelse?*

Den udviklede metode anvender strukturerede litteratursøgninger, semi-strukturerede interviews og observationer til at danne baggrund for en informations- og en arbejdsgangs-analyse, som har til formål at identificere problemområder. Idéen med metoden er at give kommende it-leverandører og/eller kommuner, regioner m.fl. et værktøj til at håndtere sameksistensproblemer inden en national standard implementeres. Hermed kan der potentielt opnås reducerede omkostninger som følge af, at de implementerede systemer ikke skal omprogrammeres for at løse et sameksistensproblem. Metoden kan dermed forudsige problemområder, der skal tages hensyn til inden implementering.

## 11.1 Case

Metoden evalueres på en case bestående af de to nationale standarder FSIII og FMK. Ud fra casen identificeres en række casespecifikke problemområder og mulige designforslag som kan anvendes til at skabe sameksistens mellem FSIII og FMK. De udarbejdede designforslag er brugergrænseflader med tanke på sameksistens og brugervenlighed. De identificerede problemområder og designforslag blev benyttet til at analysere anvendelsesområdet for den udviklede metode, typen af identificerede problemområder, samt udfordringerne i at løse disse problemområder. På den baggrund blev det identificeret at et af de udarbejdede designforslag i praksis vil være irrelevant pga. andre standarder i konteksten, som ligger udenfor den valgte case. Dette er en generel begrænsning ved metoden, som er uafhængig af den valgte case, hvorfor der skal tages højde for dette i anvendelsen af metoden.

## 11.2 Den udviklede metode

Den udviklede metode kan anvendes til at identificere problemer ved sameksistens af to standarder. Metoden kan identificere informationsoverlap, dvs. oplysninger, der er indeholdt i begge de standarder, der analyseres (informationsanalysen). De identificerede informationsoverlap kan anvendes til at forebygge dobbeltregistreringer og til at genanvende informationer fra allerede implementerede standarder, hvilket kan være med til at simplificere arbejdsgangen for brugeren. Dvs. informationsanalysen kan anvendes som baggrund for at vurdere, om det er nødvendigt, at overlappende informationer også indgår som en del af den nye standard. Derudover kan metoden anvendes til at identificere, hvor uhensigtsmæssige arbejdsgange kan opstå, når en nye standard implementeres (arbejdsgangsanalysen), samt analysere, hvordan disse kan undgås eller simplificeres. Efterfølgende kan metoden anvendes til at analysere, hvilke udfordringer og problematikker der kan være i at løse de identificerede problemer, hvilket gøres ved at udarbejde designforslag.

# Litteratur

---

- AalborgKommune, 2015.** AalborgKommune. *Medicinhåndtering med FMK*, 2015. Opdateret: 05-02-2016. KMD Care brugervejledning 2016, IT-afsnittet ÆH.
- AalborgKommune, 2014.** AalborgKommune. *Plejeplan*, 2014. KMD Care vejledning Aalborg Kommune Ældre- og Handicapforvaltningen.
- Berg, 2001.** Marc Berg. *Implementing information systems in health care organizations: myths and challenges*. International journal of medical informatics, 64(2), 143–156, 2001.
- Berg et al., 2003.** Marc Berg, Jos Aarts, Johan van der Lei et al. *ICT in health care: sociotechnical approaches*. Methods Archive, 42(4), 297–301, 2003.
- Beyer og Holtzblatt, 1997.** Hugh Beyer og Karen Holtzblatt. *Contextual design: defining customer-centered systems*. Elsevier, 1997.
- Campion-Awwad et al., 2014.** Oliver Campion-Awwad, Alexander Hayton, Leila Smith og Mark Vuaran. *The National Programme for IT in the NHS - A Case History*. University of Cambridge, 2014. URL <https://www.cl.cam.ac.uk/~rja14/Papers/npfit-mpp-2014-case-history.pdf>.
- Dalsgaard et al., 2008.** Esben Dalsgaard, Kåre Kjelstrøm og Jan Riis. *A federation of web services for Danish health care*. pages 112–121, 2008.
- DevoteamConsulting, 2016.** DevoteamConsulting. *Anbefalede arbejds gange med FMK*, 2016. URL <http://medcom.dk/media/3202/anbefalede-arbejds-gange-med-fmk-devoteam.pdf>. Anbefalinger til hvordan medarbejdere i kommuner skal anvende medicinoplysninger baseret på FMK. Downloadet: 17-02-2016.
- DigitalSundhed, 2008.** DigitalSundhed. *National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2008 – 2012*, 2008. URL [https://www.sundhed.dk/content/cms/6/3406\\_national-strategi-2008-2012.pdf](https://www.sundhed.dk/content/cms/6/3406_national-strategi-2008-2012.pdf). Digital Sundhed. ISBN: 978-87-7723-542-9.
- Eskildsen, 2015.** Ulla Lund Eskildsen. *Fælles sprog 3 - Gladsaxe kommune*, 2015. URL [http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id\\_74997/cf\\_202/Opl-g\\_om\\_FSIII\\_for\\_Gladsaxe\\_Kommune\\_september\\_2015.PDF](http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_74997/cf_202/Opl-g_om_FSIII_for_Gladsaxe_Kommune_september_2015.PDF). Kommunernes Landsforening. Downloadet: 11-02-2016.
- FMK, 2015a.** FMK. *Fælles Medicinkort - Struktureret dosering*, 2015. URL [http://wiki.fmk.netic.dk/doku.php?id=fmk:1.4.2:struktureret\\_dosering](http://wiki.fmk.netic.dk/doku.php?id=fmk:1.4.2:struktureret_dosering). Sidst opdateret: 06-11-15. Downloadet: 23-05-16.

- FMK, 2015b.** FMK. *Fælles Medicinkort - Dosering som fritekst*, 2015. URL [http://wiki.fmk.netic.dk/doku.php?id=fmk:1.4.2:dosering\\_som\\_fritekst](http://wiki.fmk.netic.dk/doku.php?id=fmk:1.4.2:dosering_som_fritekst). Sidst opdateret: 27-02-15 . Downloadet: 30-05-16.
- Garde og Knaup, 2006.** Sebastian Garde og Petra Knaup. *Requirements engineering in health care: the example of chemotherapy planning in paediatric oncology*. Requirements Engineering, 11(4), 265–278, 2006.
- Kierkegaard, 2013.** Patrick Kierkegaard. *eHealth in Denmark: a case study*. Journal of medical systems, 37(6), 1–10, 2013.
- KommunernesIT-Arkitekturråd, 2013.** KommunernesIT-Arkitekturråd. *Fælleskommunale arkitekturprincipper*, 2013. URL [http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id\\_61151/cf\\_202/F-11leskommunale\\_arkitekturprincipper\\_1.PDF](http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_61151/cf_202/F-11leskommunale_arkitekturprincipper_1.PDF). Version 1.0 (27.02.13). Downloadet: 21-04-2016.
- KommunernesLandsforening, 2015a.** KommunernesLandsforening. *Anvendelse af FSIII delprocesser*, 2015. URL [http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id\\_74190/cf\\_202/FSIII\\_Anvendelse\\_af\\_FSIII\\_delprocesser\\_august\\_v1.PDF](http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_74190/cf_202/FSIII_Anvendelse_af_FSIII_delprocesser_august_v1.PDF). Version 1.1. Downloadet: 17-02-16.
- KommunernesLandsforening, 2016a.** KommunernesLandsforening. *Lokal og digital - et sammenhængende Danmark. Fælleskommunal digitaliseringsstrategi 2016-2020*, 2016. URL [http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id\\_72295/cf\\_202/F-%C2%AD%E2%80%90lleskommunal\\_Digitaliseringstrategi\\_2016-%C2%AD%E2%80%902020.PDF](http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_72295/cf_202/F-%C2%AD%E2%80%90lleskommunal_Digitaliseringstrategi_2016-%C2%AD%E2%80%902020.PDF). Downloadet: 16-02-2016.
- KommunernesLandsforening, 2011.** KommunernesLandsforening. *Kom godt i gang - Indførelse af elektronisk kommunikation ved henvisning til kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud*, 2011. URL [http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id\\_44724/cf\\_202/Elektronisk\\_henvisning\\_-\\_pjece\\_til\\_kommuner.PDF](http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_44724/cf_202/Elektronisk_henvisning_-_pjece_til_kommuner.PDF). Downloadet: 24-05-16.
- KommunernesLandsforening, 2016b.** KommunernesLandsforening. *Fælles Sprog III*, 2016. URL <http://www.kl.dk/Fagomrader/Sundhed/Falles-Sprog-III/>. Downloadet: 11-02-2016.
- KommunernesLandsforening, 2016c.** KommunernesLandsforening. *Fælles Sprog III - Oftest stillede spørgsmål*, 2016. URL <http://www.kl.dk/Fagomrader/Sundhed/Falles-Sprog-III/Oftest-stillede-sporgsmaal-om-FSIII/>. Downloadet: 11-02-2016.
- KommunernesLandsforening, 2015b.** KommunernesLandsforening. *Estimering af gevinster og omkostninger ved implementering af Fælles Sprog III*, 2015. URL [http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id\\_76062/cf\\_202/FSIII\\_Estimeringer\\_af\\_gevinster\\_og\\_omkostninger\\_ve.PDF](http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_76062/cf_202/FSIII_Estimeringer_af_gevinster_og_omkostninger_ve.PDF). Version 1.1. Downloadet: 11-02-2016.
- KommunernesLandsforening, 2016d.** KommunernesLandsforening. *FSIII implementeringsguide*, 2016. URL <http://fs3.nu/filer/Dokumenter/Implementering/FSIII%20Implementeringsguide,%20pilot.pdf>. version 1.0 - Pilot. Opdateret: 01.02.2016. Downloadet: 02-03-2016.

- KommunernesLandsforening, 2016e.** KommunernesLandsforening. *Introduktion til Fælles Sprog III dokumentationsmetoden*, 2016. URL <http://fs3.nu/filer/Dokumenter/Metode/FSIII%20Introduktion%20til%20F%C3%A6lles%20Sprog%20III%20dokumentationsmetoden.pdf>. Version 1.12. Downloadet: 20-04-2016.
- KommunernesLandsforening, 2014.** KommunernesLandsforening. *Introduktion til Fælles Sprog III - Social- og sundhedsfaglig dokumentation med borgeren i centrum*, 2014. URL [http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id\\_69483/cf\\_202/Introduktion\\_F-1les\\_Sprog\\_III.PDF](http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_69483/cf_202/Introduktion_F-1les_Sprog_III.PDF). Opdateret: 29/9-2014. Downloadet: 15-02-2016.
- KommunernesLandsforening, 2013.** KommunernesLandsforening. *Digitalisering med effekt - National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017.*, 2013. Udgivet af Regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner. Downloadet: 14-04-2016.
- KommunernesLandsforening, 2016f.** KommunernesLandsforening. *Fælles Sprog III som ny dokumentationsmetode*, 2016. URL <http://fs3.nu/videoer/temaer/b-dokumentationsmetode>. E-læringsvideo. Downloadet: 20-04-2016.
- KommunernesLandsforening, 2015c.** KommunernesLandsforening. *Fælles Sprog 3 - FSIII - standardisering af dokumentation i den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje*, 2015. URL [http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id\\_73721/cf\\_202/SNOMED\\_CT\\_som\\_referenceterminologi\\_i\\_FSIII.PDF](http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_73721/cf_202/SNOMED_CT_som_referenceterminologi_i_FSIII.PDF). Opdateret: 3/5-2015. Downloadet: 11-02-2016.
- KommunernesLandsforening, 2007.** KommunernesLandsforening. *Strategi for digitalisering af den offentlige sektor 2007-2010*, 2007. Mod bedre digital service, øget effektivisering og stærkere samarbejde. Udgivet af Regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner. Downloadet: 20-04-2016.
- MedCom, 2016a.** MedCom. *Kvalitetsstyring*, 2016. Opdateret 16. marts 2016. Downloadet: 07-04-16.
- MedCom, 2016b.** MedCom. *Den gode XML plejeforløbsplan*, 2016. URL <http://svn.medcom.dk/svn/releases/Standarder/National%20Sygehus-Kommunesamarbejde/1.0.3/XDIS21/Dokumentation/>. Sidst opdateret: 25-01-16. Downloadet: 17-05-16.
- MedCom, 2015a.** MedCom. *Den gode XML sygehushenvisning*, 2015. URL <http://svn.medcom.dk/svn/releases/Standarder/Den%20gode%20henvisning/XML/XREF01/Dokumentation/>. Sidst opdateret: 25-09-15. Downloadet: 17-05-16.
- MedCom, 2015b.** MedCom. *FMK i kommunerne*, 2015. URL <http://medcom.dk/wm112770>. Opdateret: 30/6-2015. Downloadet: 11-02-2016.
- MedCom, 2016c.** MedCom. *Fælles Sprog III*, 2016. URL <http://medcom.dk/projekter/faelles-sprog-iii>. Opdateret: 18. februar 2016. Downloadet: 02-03-2016.

- MedCom/KL, 2014.** MedCom/KL. *Implementering af FMK*, 2014. URL [http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id\\_65578/cf\\_202/FMK-implementeringsguide.PDF](http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_65578/cf_202/FMK-implementeringsguide.PDF). En guide til kommunens FMK-projektleder. 18. juni 2014. Downloadet: 07-04-2016.
- MinisterietForSundhedOgForebyggelse, 2013.** MinisterietForSundhedOgForebyggelse. *Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser*, 2013. URL <https://www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=144979>. VEJ nr 9019 af 15/01/2013 (Gældende) . Downloadet: 29-02-2016.
- Nguyen et al., 2014.** Lemai Nguyen, Emilia Bellucci og Linh Thuy Nguyen. *Electronic health records implementation: an evaluation of information system impact and contingency factors*. International journal of medical informatics, 83(11), 779–796, 2014.
- NHS, 2014.** NHS. *Connecting Health Care for the Nation: A 10-year Vision to Achieve an Interoperable Health IT Infrastructure*, 2014. URL <http://www.cdc.gov/stltpublichealth/strategy/index.html>. The Office of the National Coordinator for Health Information Technology. Downloadet: 27-04-2016.
- Nielsen, 1993.** Jakob Nielsen. *Usability Engineering*. Morgan Kaufmann, 1993. ISBN 978-0-08-052029-2.
- Or et al., 2014.** Calvin Or, Michael Dohan og Joseph Tan. *Understanding critical barriers to implementing a clinical information system in a nursing home through the lens of a socio-technical perspective*. Journal of medical systems, 38(9), 1–10, 2014.
- Rigsrevisionen, 2014.** Rigsrevisionen. *Beretning til Statsrevisorerne om problemerne med at udvikle og implementere Fælles Medicinkort*, 2014. URL <http://www.rigsrevisionen.dk/media/1999813/problemerne-med-at-udvikle-og-implementere-faelles-medicinkort.pdf>. Downloadet: 11-02-2016.
- Shea et al., 2012.** Christopher M Shea, Jacqueline R Halladay, David Reed og Timothy P Daaleman. *Integrating a health-related-quality-of-life module within electronic health records: a comparative case study assessing value added*. BMC health services research, 12(1), 1, 2012.
- Sherer et al., 2015.** Susan A Sherer, Chad D Meyerhoefer, Michael Sheinberg og Donald Levick. *Integrating commercial ambulatory electronic health records with hospital systems: An evolutionary process*. International journal of medical informatics, 84(9), 683–693, 2015.
- SSI, 2011.** SSI. *Standarder og referencearkitekturer vedr. sundheds-it området*, 2011. National Sundheds-it. Version: 1.0. Versionsdato: 30.9.2011. Downloadet: 30-03-16.
- SSI, 2015.** SSI. *Tillæg til Standarder og referencearkitektur vedr. sundheds-it området*, 2015. URL <http://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/rammer-og-retningslinjer/referencearkitektur-og-it-standarder/referencearkitektur/konkretisering-governance-processer.pdf>. Downloadet: 14-04-2016.

- StatensSerumsInstitut, 2015.** StatensSerumsInstitut. *Det Fælles Medicinkort - Snitfladebeskrivelse*, 2015. URL [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:l\\_InI1ftCFEJ:https://digitaliser.dk/resource/2809463/artefact/FMK%2B-%2BSnitfladebeskrivelse%2B1.2.6.16.pdf+%cd=3&hl=da&ct=clnk&gl=dk](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:l_InI1ftCFEJ:https://digitaliser.dk/resource/2809463/artefact/FMK%2B-%2BSnitfladebeskrivelse%2B1.2.6.16.pdf+%cd=3&hl=da&ct=clnk&gl=dk). Statens Serums Institut og Sundhedsdatastyrelsen. Version 1.2.6. Downloadet: 06-05-16.
- Statsrevisorerne, 2013.** Statsrevisorerne. *Beretning om problemerne med at udvikle og implementere Fælles Medicinkort*, 2013. URL [https://www.rm.dk/api/NewESDHBBlock/DownloadFile?agendaPath=%5C%5CRMAPPS0221.onerm.dk%5Ccms01-ext%5CESDH%20Data%5CRM\\_Internet%5CDagsordener%5CRegionsraadet%202015%5C17-12-2014%5CAaben\\_dagsorden&appendixId=89982](https://www.rm.dk/api/NewESDHBBlock/DownloadFile?agendaPath=%5C%5CRMAPPS0221.onerm.dk%5Ccms01-ext%5CESDH%20Data%5CRM_Internet%5CDagsordener%5CRegionsraadet%202015%5C17-12-2014%5CAaben_dagsorden&appendixId=89982). Downloadet: 14-04-2016.
- Steiner Kvale, 2015.** Svend Brinkmann Steiner Kvale. *Interview - det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. Hans Reitzels, 2015.
- Sundhedsdatastyrelsen, 2016.** Sundhedsdatastyrelsen. *Baggrund og vision for FMK*, 2016. URL <http://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-faelles-medicinkort/baggrund-og-vision-fmk>. Opdateret: 1/2-2016. Downloadet: 11-02-2016.
- Sundhedsdatastyrelsen, 2015.** Sundhedsdatastyrelsen. *Fælles Medicinkort - for sundhedsprofessionelle*, 2015. URL <http://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/registre-og-services/faelles-medicinkort/fmk-sundhedsprofesionale/fmk-sundhedsprof-brochure-2015.pdf?la=da>. Downloadet: 09-05-16.
- Sundhedsdatastyrelsen, 2014.** Sundhedsdatastyrelsen. *Fælles Medicinkort - Dokumentation. Indikation*, 2014. URL <http://wiki.fmk.netic.dk/doku.php?id=fmk:generel:indikation>. Downloadet: 04-05-16.
- Whittaker et al., 2009.** Alice A Whittaker, Marilee Aufdenkamp og Susan Tinley. *Barriers and facilitators to electronic documentation in a rural hospital*. Journal of Nursing Scholarship, 41(3), 293-300, 2009.





# Appendiks



# Struktureret søgning

---



Der laves en struktureret søgning som skal afdække eksisterende viden såvel nationalt som internationalt. Mere konkret omhandler søgningen målrettet spørgsmålet: *Hvilke ændringer/problemer opstår når nye it-systemer/standarder implementeres i eksisterende systemer?*

Søgningen anvendes i problemanalysen til at klarlægge eksisterende litteratur omkring problemstillingen: sameksistens af it-systemer/standarder i sundhedssektoren.

Grunden til, at spørgsmålet både indeholder termerne *it-systemer* og *standarder* skyldes en forventning om, at det kan være vanskelig at finde litteratur som specifikt beskriver implementering af standarder. I stedet er valgt en fremgangsmetode, hvor søgningen bliver mere generel, hvorfor termen *it-systemer* er valgt.

## Søgestrategi

Søgeordene inddeles efter hovedaspekterne i spørgsmålet og der foretages en bloksøgning. Søgeordene inddeles i blokkene: *Context*, *Interest* og *Outcome*, se tabel A.1. Søgningen er begrænset til kun at inkludere litteratur efter 2005. Dette er valgt på baggrund af, at den fundne litteratur, som er fra før 2005, primært omhandler overgangen fra papirbaserede systemer til elektroniske systemer, hvilket ikke er relevant i forhold til spørgsmålet.

## Databaser

De valgte databaser er: PubMed, Scopus, Embase og Business Source Premier. Der anvendes strukturerede søgeord i de databaser, hvor der er mulighed for det, f.eks. Medical Subject Headlines (MeSH) Terms i PubMed.

PubMed, Scopus og Embase er valgt, da de dækker sundhedsvidenskabelig litteratur. Business Source Premier er valgt for at gøre søgningen bredere, da der kan være litteratur fra andre sektorer end sundhedssektoren, f.eks. banksektoren, som er relevant i forhold til problemstillingen. Business Source Premier er specifikt valgt til dette, da den omfatter litteratur på organisationsniveau, dvs. litteratur som f.eks. kan omhandle ændringer i arbejdsgange.

## Søgning

En af udfordringerne ved det område som det opstillede spørgsmål skal afdække er, at søgningen har tendens til at blive bred. Problemet er, at den litteratur som ønskes afdækket

netop ikke skal undersøge et specifikt system eller nå frem til specifikke resultater. Det der ønskes afdækket er de ændringer implementeringen af et nyt it-system (i et eksisterende it-system) måtte medføre. "Standard" medtages som fritekst søgeord, da en indledende søgning har vist, at det generelt relaterer sig til standarder som SNOMED CT, HL7 CDA eller openEHR og dermed netop en type af standard som er relevant i forhold til søgningen. Hvis der bruges søgeord såsom "problem" og "implementation" i blokken *Outcome* og søgeord som "it-system" i blokken *Context* bliver søgningen meget bred. Det vanskelige i forhold til denne søgning er at vurdere, hvilke termer de enkelte forfattere har anvendt i forhold til sameksistens af it-systemer og hvilke konsekvenser det har haft, f.eks. på organisationen. Hvis der i blokken *Interest* fokuseres på sameksistens og søgeord som "coexistence" og "overlapping standards" bliver søgningen meget smal og det er usandsynligt at andre specifikt ville have brugt de termer. Det der skal differentiere søgningen i forhold til de meget brede søgeord som "implementation" og "problem" er elementet med "to systemer", "nye systemer" eller "sameksistens". Søgeordet "sameksistens" er som før beskrevet vanskelig at anvende, så fokus i blokken *Interest* bliver søgeord som relaterer sig til "to systemer". For at afgrænse søgningen i *Outcome* fokuseres der på organisatoriske ændringer, f.eks. anvendes søgeordet "work practice".

### Søgeord

Tabel A.1 indeholder de fritekst søgeord som er anvendt i alle databaserne. Anvendelsen af strukturerede søgeord i de enkelte databaser er beskrevet efterfølgende.

### PubMed

Eksklusion af følgende MeSH Terms og fritekst søgeord er baseret på en indledende søgning (for at undersøge eventuelle kilder til støj).

PubMed har et MeSH Term for standarder som er "Standard of Care: The minimum acceptable patient care, based on statutes, court decisions, policies, or professional guidelines." Dette er ikke dækkende for søgningen, da søgeordet her relaterer sig til patientbehandling og ikke dokumentationsstandarder, snitfladestandarder eller lignende.

MeSH Termen Computer Systems medtages ikke, da det skaber meget støj (MeSH Termen dækker for bredt), heller ikke som fritekst søgning. Eksempler på støj er litteratur som omfatter computerized image-searching eller genome forskning. Dette MeSH Term er

Context	Interest	Outcome
"electronic health record"	integra*	"implementation issue"
"computerized physician order entry system"	merg*	"implementation problem"
"electronic medication administration"	"poor system integration"	"implementation success"
"shared medication record"	migrat*	"computer system failure"
"clinical information system"	"technical integration"	"computer system success"
"FHIR standard"	"integrated health system"	organizational
"HL7 standard"	"next generation electronic health record"	"work practice"
"openEHR standard"		workpractice
"SNOMED CT standard"		"documentation practice"
' Standardization"		"documentation registration"
		"work* procedure"

**Table A.1.** Oversigt over søgeord anvendt i den strukturerede søgning. I søgningen sættes der OR mellem de enkelte søgeord i hver blok. Der sættes AND mellem de tre blokke.

sandsynligvis også årsag til, at der i den indledende søgning fremkommer en del litteratur vedrørende "social media".

Fritekst søgeord som "two system", "new implementation", "new system", "additional system" og "supporting system" (Blok 2) medtages ikke, da det giver meget støj på søgningen. Det er især ordene new og two som gør, at der fremkommer litteratur som ikke er relevant for søgningen.

### **MeSH Terms**

Blok 1: *Context*:

- electronic health records
- management information systems

Blok 2: *Interest*:

MeSH Terms er ikke anvendt for Blok 2.

Blok 3: *Outcome*:

- organizational innovation
- workflow
- practice patterns, physicians'
- documentation

Management Information Systems er valgt i stedet for Hospital Information Systems som ligger et niveau under Management Information Systems i MeSH træet. Dette skyldes, der dækkes flere typer af informationssystemer på den måde, f.eks. også Clinical Laboratory Information Systems og Radiology Information Systems. Computerized Physician Order Entry System ligger også under Management Information Systems i MeSH træet.

MeSH Termen Organizational Innovation omfatter organizational change, hvorfor den er inkluderet i søgningen.

Selvom der er anvendt MeSH Terms søges der stadig på ordet i fritekst. Dette skyldes, at artiklerne skal tildeles MeSH Terms og hvis artiklen er publiceret for nylig er der risiko for, at der endnu ikke er tildelt MeSH Terms.

### **Scopus**

Scopus har ikke kontrollerede søgeord.

### **Embase**

Emtree har et søgeord for standard, men ligesom ved MeSH Terms er dette ikke dækkende for denne søgning.

### **Emtree**

Blok 1 *Context*:

- electronic medical record
- information system

Blok 2 *Interest*: Der er ikke anvendt Emtree terms for Blok 2.

Blok 3 *Outcome*:

- health care planning
- workflow
- medical documentation
- change management

Emtree termen "information system" dækker både søgeordene "hospital information system", "computerized physician order entry system" og "medical information system" (Emtree term for clinical information system).

Emtree termen "health care planning" er inkluderet i søgningen fordi den bl.a. dækker over "healthcare evaluation".

## **Business Source Premier**

For at afdække flere sektorer end sundhedssektoren vælges en række andre sektorer baseret på, om der i høj grad anvendes informations systemer i sektoren. De valgte er: Business & Education, Defense, Healthcare, Pharmaceutical og Transportation.

## **Thesaurus**

Blok 1 *Context*:

- business and education
- defense industries
- health care industry
- pharmaceutical industry
- transportation industry
- documentation standards

Blok 2 *Interest*:

- system integration

Blok 3 *Outcome*:

- organizational change
- workflow

## **Resultater**

### **PubMed**

Søgningen giver 382 resultater, hvoraf 51 udvælges ud fra overskrift. Abstracts for de 51 artikler gennemlæses og **3** artikler udvælges.

**Scopus**

Søgningen giver 202 resultater, hvoraf 35 udvælges ud fra overskrift. Abstracts for de 35 artikler gennemlæses og **3** artikler udvælges.

**Embase**

Søgningen giver 497 resultater, hvoraf 48 udvælges ud fra overskrift. Abstracts for de 48 artikler gennemlæses og **3** artikler udvælges.

**Business Source Premier**

Søgningen giver 457 resultater, hvoraf 9 udvælges ud fra overskrift. Abstracts for de (9) artikler gennemlæses og **0** artikler udvælges.

**Kædesøgning**

Der er lavet kædesøgning i de udvalgte artikler, for at undersøge om de anvendte kilder er relevante i forhold til at besvare søgningsspørgsmålet i denne litteratursøgning.





# Litteratursøgning B

---

Der laves en struktureret søgning for at kunne besvare følgende spørgsmål.

**Informationsanalyse spørgsmål** *Hvilke informationer er indeholdt FMK? Hvilke indformationer er indeholdt FSIII?*

**Arbejdsgangsanalyse spørgsmål** *Hvordan er de eksisterende arbejdsgangene i hjemmesygeplejen? Hvordan dokumenteres der i dag, og hvorfor?*

Udgangspunktet for litteratursøgningen er at undersøge, de instanser der står bag standarderne FSIII og FMK, hvorefter en generel søgning udføres. Da der ønskes generelle oplysninger om FSIII og FMK, der er danske standarder, og arbejdsgange der anvendes i en dansk kontekst benyttes søgemaskinerne [bibliotek.dk](http://bibliotek.dk) og [google](http://google.com).

Til information om FSIII søges der på:

- Fælles sprog III
- Fælles sprog 3
- FSIII

Brugbare informationer blev primært fundet på [www.fs3.nu](http://www.fs3.nu), [www.kl.dk](http://www.kl.dk) og [www.medcom.dk](http://www.medcom.dk).

Til information om FMK, søges der på:

- Fælles medicinkort
- FMK

Brugbare informationer blev primært fundet på [www.sundhedsdatastyrelsen.dk](http://www.sundhedsdatastyrelsen.dk), [www.medcom.dk](http://www.medcom.dk), [www.kl.dk](http://www.kl.dk), [wiki.fmk.netic.dk](http://wiki.fmk.netic.dk), [www.medicinkort.dk](http://www.medicinkort.dk) og [www.fmk-online.dk](http://www.fmk-online.dk).

Til information om hjemmesygeplejen i Danmark og EOJ søges der på:

- Hjemmesygepleje
- Kommunal hjemmesygepleje
- EOJ
- Elektronisk omsorgsjournal
- KMDCare
- SmartCare

Der søges på KMD Care, da det er valgt at fokusere på Aalborg Kommune i casen, og i Aalborg Kommune anvender hjemmesygeplejen KMDCare til dokumentation.

Brugbare informationer blev primært fundet på [www.kl.dk](http://www.kl.dk), [dsr.dk](http://dsr.dk), [www.retsinformation.dk](http://www.retsinformation.dk), [www.kora.dk](http://www.kora.dk) og [www.kmd.dk](http://www.kmd.dk).

Det kan være problematisk at vurdere hvornår et tilstrækkeligt informationsniveau er opnået, derfor træffes en faglig vurdering baseret på hvorvidt der er nok til at identificere og analysere problemområder, samt opnå en tilstrækkelig forståelse af konteksten. Emnets informationsindhold er derfor ikke nødvendigvis udtømt, men et tilstrækkeligt forståelsesniveau opnået.

*Interviewet afholdes ud fra interviewguiden beskrevet i dette kapitel. Interviewguiden er udarbejdet ud fra Kvaes kvalitative forskningsinterview [Steiner Kvale, 2015]. Det er valgt at foretage et semi-struktureret interview, da dette giver mulighed for at stille opfølgende spørgsmål og få respondenterne til at uddybe deres svar.*

Interviewguiden inddeles i tre emner; EOJ-systemet, herunder brugen af FMK, visitation og udredning og medicinadministration og dispensering.

## EOJ-systemet, herunder brugen af FMK

- I hvilke situationer i løbet af jeres arbejdsdag anvender i informationer fra FMK? F.eks. i forhold til ydelser, f.eks. dispensering eller medicinadministration og anvender i FMK ved andre ydelser?
- Hvordan håndteres håndkøbsmedicin i Care/FMK hvis det ikke er ordineret af en læge, fx kosttilskud eller kalk?
- Hvis i vurderer en borger (modtager ydelsen dispensering eller ikke) har brug for medicin fx noget mod øjenbetændelse, hvordan foregår det? - og hvis præparater ikke er receptpligtigt?
- Hvilke præparater indtaster i lokalt i medicinlisten/FMK?
- Kan i ændre i oplysninger i FMK eller skal det være en læge?
- Sårbehandling eller Behandling og pleje af hudproblemer, hvis der f.eks. skal påsmøres en creme står det så i FMK eller er det kun lokalt i Care?
- Ved Parenteral ernæring (flydende sterile lægemidler) står de ordinerede ernæringspræparater og de vitaminer der skal anvendes i FMK og hvis ikke hvor står det så?
- Hvis en borger får ilt, står det i FMK og hvis ikke hvor står det så?
- Dokumenterer i CAVE oplysninger og står det i FMK? Dokumenteres det ved en sygeplejefaglig udredning?

## Visitation og udredning

- Hvordan foregår en visitation i hjemmesygeplejen (sygeplejefaglig udredning)?
- Hvad dokumenteres der i dag når visitationen udføres, fx årsag m.m.?
- Hvilke informationer er vigtige at dokumentere i forhold til visitationen?
- Hvordan foregår en helhedsvurdering og en funktionsevnevurdering? Og hvad dokumenteres?

- Hvad dokumenteres når borger visiteres til medicinadministration og dispensering?
- Hvordan foregår en smertevurdering og hvad dokumenteres?
- Udredningen laves ud fra relevante og ikke-relevante punkter - og er det så de relevante punkter der skal laves en plejeplan på?
- Hvad er formålet med en plejeplan og hvilke informationer indeholder den? Skal den opdateres løbende?
- Hvordan håndteres ændringer i borgers tilstand - foretages der løbende visitering af borger? Og hvordan dokumenteres dette?

## Medicinadministration og dispensering

- Hvad forstår i ved ydelserne dispensering og medicinadministration og i hvilke tilfælde ville en borger eksempelvis blive visiteret til de to ydelser?
- Hvordan håndteres ajourføring mellem ordination og givningstidspunkt?
- Hvordan foregår medicinbestilling?
- I forbindelse med marevanbehandling ligger der et orange kort hos borger, hvad er proceduren hvis det ikke stemmer overens med FMK? Er der andre præparater hvor der kan forekomme lign. problemer?
- Hvordan håndteres medicinafstemning med praktiserende læge? Og hvis i opdager en fejl i i borgers medicin, hvad gør i så?
- Hvordan håndteres pn medicin, hvis i f.eks. udleverer det til borger, skal det så dokumenteres?
- Hvordan foregår medicinadministration hos borgeren?
- Er det kun hjemmesygeplejersker der må håndtere medicinadministration og dispensering?
- Er det vist i FMK om en borger modtager ydelsen medicinadministration?

# Observationsguide D

---

For at forstå de arbejdsgange og dokumentationsprocesser der anvendes i hjemmesygeplejen i dag observeres to hjemmesygeplejerskers arbejde. I samarbejde med områdesygeplejersker i tilfældigt udvalgte distrikter i Nordjylland er observationssessioner arrangeret. Hver hjemmesygeplejerske følges fra kl. 8-15.30 af en person, der undervejs tager observationsnoter og stiller spørgsmål i det omfang det er muligt uden at forstyrre arbejdet. Dette besøg er relevant for at få dybere indsigt i de arbejdsgange der anvendes i hjemmesygeplejen i dag, herunder hvordan der dokumenteres, samt for at få en forståelse af den kontekst som FSIII skal implementeres i.

For observationerne af hjemmesygeplejen er der forud for besøget defineret fokusområder for at optimere dataindsamlingen.

Fokusområder:

- Forståelse af/indsigt i eksisterende arbejdsgange
- Hvordan udføres dokumentationen i dag, og hvad dokumenteres?

Observatørene har underskrevet tavshedserklæringer som led i samarbejdet med områdesygeplejerskerne i Nordjylland, hvorfor alt indhold vedrørende eksempelvis medarbejdere, borgere mm. anonymiseres. Efter endt observation samles arbejdsgruppen og dagens notater samt observationer diskuteres, notaterne renskrives og de observerede arbejdsgange indeles og beskrives. [Beyer og Holtzblatt, 1997]



# FMK undervisning E

---

Undervisning i brugen af medicinmodulet i KMD Care. Kurset: Care - Fælles Medicinkort (FMK) for Sygeplejen, afholdt af Aalborg Kommune, onsdag d. 11/5 8.00-12.00.

Dette kursus er 3. del af et undervisningsforløb bestående af 4 moduler, som samlet er et forløb med undervisning i alle funktionerne i Care og SmartCare. Formålet med dette modul er at deltagerne bliver bekendt med hvad FMK er og hvordan FMK fungerer i Care. Kurset afholdes af Aalborg Kommune for nyansatte medarbejdere og giver efterfølgende medarbejderne rettighed til at tilgå FMK fra Care.

Kurset indeholdt følgende to dele:

- Kort information om FMK og sikkerhed.
- Gennemgang af de forskellige arbejdsprocesser i forbindelse med medicinhåndtering:
  - Match og ajourføring
  - Medicinoverblik
  - Indsættelse af givningstidspunkter
  - Disponering af medicin
  - Administration af medicin
  - PN registrering
  - Genbestilling af medicin

Kurset bestod dels af undervisning og dels af opgaver, som hver deltager skulle løse individuelt i en undervisningsversion af Care. Hver deltager fik udleveret en praktisk vejledning (Navigationssedler FMK 2016), med beskrivelse af procedurer for forskellige handlinger i Care. Figur E.1 viser et overblik over de procedure vejledningen indeholder, mens figur E.2 viser et eksempel på en procedure.



## Oversigt over navigationssedler

Nr.	Navigationssedler	Side
1.	Tjekliste ved tilknytning af borger til FMK	
2.	Match og ajourføring	
3.	Ændre detaljer på medicinliste	
4.	Sæt givningstidspunkter på medicin	
5.	Medicin gives fx hver 2. dag pr. uge (ex. Antabus)	
6.	Medicin som ændres fra dag til dag og uge (ex. Marevan)	
7.	Medicin hv. x. måned og hv. x. dag (ex. Vibeden/Durogesic)	
8.	Opret samtykke til at se privatmarkeret medicin	
9.	Opret lokal ordination	
10.	Opret op- og nedtrapningsskema	
11.	Opret PN medicin	
12.	Skift af Handelsnavn	
13.	Dispenser medicin	
14.	Administrer medicin	
15.	Selvadministreret medicin	
16.	Udskrive en medicinliste	
17.	Genbestilling af medicin	
18.	Tilgå <a href="http://www.FMK-Online.dk">www.FMK-Online.dk</a>	

*Figur E.1.* Overblik over procedurer der beskrives i Navigationssedler FMK 2016.





## Medicin som ændres fra dag til dag og uge (ex. Marevan)

FASE	KOMMENTAR	Test
Find præparat	Gå i Moduler -> Klient -> Medicin -> fanen Medicinliste -> marker det præparat, du vil sætte givningstidspunkt på.  Vælg fanen "Givningstidspunkter"	
Vælg foruddefineret skabelon	Højreklik og vælg "Opref".  Vælg den skabelon du vil anvende <u>alder</u> vælg selv antal kolonner i "Angiv antal kolonner".	
Ex. ændring pr. dag i en uge	Eksemplet tager udgangspunkt i tbl. Marevan, der gentages hver uge.  Sæt startdato til den dag, hvor ordinationen skal starte Flueben i gentages bibeholdes "Dosering gentages efter" udfyldes med antal dage.  Der sættes det antal enheder/tbl, som skal gives på tidspunktet på "Dag 1" ex. Aften.  Tryk på tasten "Tab" for at få den næste række frem. På "Dag 2" skrives det næste antal enheder.  Fortsæt indtil alle 7 dage er udfyldt.  Obs ved Marevan ordination: Der skal skrives 0 antal enheder de dage, der ikke skal gives (tbl. Marevan, da 0 også er en ordination)  Klik Gem	
Ordination med slutdato	Ved ordination med slutdato udfyldes både start og slutdato  Flueben i "gentages" fjernes	
Kontroller	Gå til fanen "Dispensering" (tjek præparatet vises de rigtige dage, klokkeslæt og antal enheder).  Vælg en periode i datofeltet, som du vil se givningerne for.  Kontrol af fanen "Dispensering" skal <u>altid</u> foretages ved enhver ændring.	

Navigationssedler FMK 2016 – 25-01-16

**Aalborg**  
Kommune

Figur E.2. Eksempel på en procedure i Navigationssedler FMK 2016.



I dette kapitel beskrives de tre sidste delprocesser i FSIII dokumentationsmetoden.

## Planlægning

Formålet med FSIII delprocessen planlægning er ”Leverandøren planlægger med henblik på at levere den bevilgede indsats og opfølgning – under hensyn til bl.a. den samlede helhedsvurdering og borgers forventede tilstande“ [KommunernesLandsforening, 2016e]. Når bestillingen er modtaget er det leverandøren, der er ansvarlig for at opdatere, genbruge og vedligeholde informationerne i borgerens tilstande. [KommunernesLandsforening, 2016e][KommunernesLandsforening, 2015a]

- **Planlagt indsats.** Planlægningen inddeles i to; Disponering, som ikke dækkes af FSIII, og faglig planlægning. Den faglige planlægning omfatter:
  - Opstille indsatsmål, herunder handlingsanvisning, samt konkrete indsatsmål for de enkelte indsatser inkl. måleindikatorer og målemetode
  - Planlægning af forløb, herunder konkret planlægning af opfølgning på tilstande, samt opfølgningsdato for indsatsmål.

## Udførelse/levering

Formålet med FSIII delprocessen udførelse/levering beskrives som ”Levering af indsatsen i henhold til det bevilgede og planlagte. Dvs. den visiterede indsats (besøg/kontakt) udføres i praksis og dokumenteres“ [KommunernesLandsforening, 2016e]. Hvis en indsats leveres efter planen dokumenteres der i FSIII ikke andet end at indsatsen er leveret. Hvis indsatsen afviger fra planen dokumenteres den leverede ydelse, ved at den pågældende tilstand opdateres, herunder f.eks. faglige notater og/eller indsatsens handlingsanvisning. Hvis en leverandør observerer noget om den pågældende borger skal dette dokumenteres (observation) og der skal samtidig tages stilling til om observationen gør at der skal oprettes en ny tilstand eller om observationen skal yderligere udredes eller kan afsluttes. Resultater af test og målinger skal også dokumenteres i FSIII og knyttes til specifikke tilstande. Dette betyder at der i denne delproces dokumenteres følgende FSIII oplysninger. [KommunernesLandsforening, 2016e]

- **Indsats, leveret**
- **Opdatering af tilstand** dvs. faglige notater
- **Opdatering af handlingsanvisninger**
- **Resultatet af observationer**
- **Resultatet af målinger**

## Opfølgning

I FSIII er formålet med delprocessen opfølgning at "*vurdere et resultat og/eller borgers tilstand og tage stilling til eventuel opfølgning*" [KommunernesLandsforening, 2016e]. Leverandøren følger op på indsatserne, men myndigheden følger op på tilstande og forventede tilstande. I proces modellen er levering og opfølgning to delprocesser, men i praksis er det svært at skille de to processer ad. [KommunernesLandsforening, 2015a] I opfølgning dokumenters følgende FSIII informationer.

- **Vurderingsresultat**, som udarbejdes på baggrund af eks. relevante resultater af observationer, måleresultater osv..
- **Opfølgning**, som fokuserer på, om det forventede tilstand er nået. En opfølgning kan have følgende fire udfald; indsats afsluttes, indsats forsættes, indsats ændres inden for rammen eller revisitation.
- **Faglig opfølgning - opdatering**, hvilket vil sige en opdatering af handlingsanvisningen og/eller af tilstanden. Denne information er valgfri.

## Opsummering

De informationer som dokumenteres i FSIII, både obligatoriske og valgfrie opsummeres i følgende liste.

Obligatoriske informationer:

- Henvendelse/Henvisning fra, inklusiv kontaktoplysninger
- Tilstande
- Forventede tilstande
- Resultat af helhedsvurdering
- Bevilliget indsats
- Opfølgningsdato
- Indsatsmål
- Planlægning af forløb
- Levering af indsats, samt opdatering af tilstande og handlingsanvisning
- Resultat af observationer og målinger
- Vurderingsresultat
- Opfølgningsudfald

Valgfrie informationer:

- Henvendelses-/Henvisningsårsag
- Diagnose (lægeligt stillet diagnose)
- Generelle oplysninger
- Faglig opfølgning - opdatering

# FSIII tilstande og indsatser



På figur G.1 ses en oversigt over FSIII helbredstilstande opdelt i de 12 sygeplejefaglige områder samt de tilhørende indsatser der kan bevilliges.

HELBREDSTILSTANDE		O-YDELSER	INDSATSER
<b>Funktionsniveau</b> Problem relateret til personlig pleje Problem relateret til daglige aktiviteter	<b>Respiration og cirkulation</b> <b>Respiration</b> Respirationsproblem  <b>Cirkulation</b> Cirkulationsproblem	Sygeplejefaglig udredning Opfølgning Koordinering Sundhedsfremme og forebyggelse	ADL-aktivitet Cirkulationsbehandling Dialyse Dispensering Drænpleje Ernæringsindsats Ernæringscreening Forflytning og mobilisering i.v. behandling Iltbehandling Indsats for hudproblem Indsats ift. mave-tarmproblem Indsats ift. personligt hjælpemiddel Inkontinensbehandling Intravenøs (i.v.) væskebehandling Kateterpleje Kognitiv terapi Kompressionsbehandling Medicinadministration Oplæring Parenteral ernæring Psykiatrisk pleje Psykisk støtte Rehabilitering Respirationsbehandling Respirator Samarbejde med netværk Sekretugning Smertelindring Smertevurdering Sondeernæring Stomipleje Subcutan (s.c) væskebehandling Særlig kommunikationsform Sårbehandling Trakeostomipleje Vejledning Vurdering af søvn mønster Væske pr os (p.o)
<b>Bevægeapparat</b> Problem vedr. mobilitet og bevægelse	<b>Seksualitet</b> Problem vedr. seksualitet/sekuel aktivitet		
<b>Ernæring</b> Problem vedr. væskeindtag Problem vedr. fødeindtag Vægtændring Overvægt Undervægt	<b>Smerte og sansendtryk</b> <b>Smerte</b> Akutte smerter Periodelise smerter Kroniske smerter <b>Sansendtryk</b> Problem vedr. lugtesans Problem vedr. følesans Problem vedr. syn Problem vedr. hørelse Problem vedr. smagssans		
<b>Hud og slimhinder</b> Kirurgisk sår Diabetisk sår Cancersår Tryksår Arterielle sår Hudproblem Blandingssår Traumesår	<b>Søvn og hvile</b> Forstyrrelse af døgnrytme Søvnforstyrrelse		
<b>Kommunikation</b> Kommunikationsvanskeligheder	<b>Viden og udvikling</b> Utilstrækkelig indsigt i behandling Utilstrækkelig sygdomsindsigt		
<b>Psykosociale forhold</b> Problem i samvær med andre mennesker Emotionelt problem Kognitivt problem Hukommelsessvækkelse Misbrugsproblem Impulskontrolforstyrrelse Mentalt problem	<b>Udskillelse af affaldsstoffer</b> Afføringsinkontinens Vandladningsproblem Urininkontinens Mave-tarmproblem Problem med væske fra dræn		

Figur G.1. FSIII helbredstilstande og tilhørende indsatser (sundhedsloven). [Kommunerne-landsforening, 2016e]



# Transkribering H

---

Interview d. 21/4-16 kl. 13-14, to hjemmesygeplejersker, Aalborg Kommune (Team Svenstrup)

## Deltagere

Hjemmesygeplejerske 1: S1

Hjemmesygeplejerske 2: S2

Interviewer 1: I1

Interviewer 2: I2

Interviewer 3: I3

## Interview

**I1:** Vi vil gerne starte med EOJ-systemet og jeres FMK.

**S1:** Ja jeg læste lige i havde skrevet med [en medarbejder] om det der EOJ, det ved vi ikke hvad er.

**I1:** Det er den elektroniske omsorgsjournal og det er en fællesbetegnelse.

**S1:** Så det er Care.

**I1:** Ja.

**I1:** I hvilke situationer i løbet af en arbejdsdag anvender i informationer fra FMK?

**S1:** Det gør vi ved at vi har den her med (ipad). Og så står der også det her – vi har elektroniske kørelister i vores system også. Hvor der står hvad vi skal lave i løbet af en dag, hvilke besøg vi skal på.

**I2:** Printer i dem?

**S1:** Nej.

**S1:** Men jeg har dem så også på en anden liste og når jeg har været der så trykker jeg en lille vinge og så kommer de over på den her liste, så de forsvinder efterhånden i løbet af min arbejdsdag. Men jeg har været oppe ved [en borger] og der kommer jeg så op til [en borger] og jeg ser at [en borger] er [en borger] og hans CPR-nummer det passer. Og så går jeg ind her og siger jeg vil dosere medicin. Og så spørger den mig henede, hvor længe vil du det til. Og så siger jeg de her 14 dage det er fint for mig. Og så går jeg ind og trykker på den første og så skriver den til mig – det er fint. Og af det præparat skal der 1 i hver nat på alle de datoer og 1 i hver morgen. Men han havde noget penicilin som han

selv administrerede der stod på her før – den holder midt inde i det hele, det er jo en kur han er færdig med, så viser den mig hvornår det ikke er alle mediciner der kører i fulde 14 dage så viser den mig fint nok grafisk at han kun skal have det i tre dage mere. Og når jeg så er færdig med at dosere hans medicin så går jeg herover i tælleren og tæller morgen, middag, aften og nat. Den tæller selv sammen heroppe. Den har så den lille brist at den tæller enheder, så ved  $2\frac{1}{2}$  tablet der tæller den 3. Så du skal tænke det sådan at der skal være 3 stykker et eller andet nede i den her ligemeget om det er en hel eller en halv. Når man lige ved det kan det godt bruges. Og det er den her hjælperen giver medicin efter, de skal ind i tælleren inden de må udlevere den og tælle at det passer med det antal ellers skal de ringe til sygeplejersken og sige der et eller andet der ikke stemmer overens. Og når jeg er færdig med det så mangler han måske noget medicin og det bestiller jeg så her direkte hos lægen ved at trykke fortsæt og så skriver jeg hvor meget jeg vil have og jeg tjekker det bliver sendt derhen hvor han havde tænkt sig det og så trykker jeg på bestil.

**I2:** Gør du det ude ved borger?

**S1:** Ja.

**S1:** Og så ryger den til lægen. Og så har jeg en sidste mulighed med hensyn til det her FMK og det er stamdata, jeg kan gå ind og se hvilke læger og hvilket apotek, hvis der er nogen jeg skal ringe til i forbindelse med det. Det er det man kan med det lige nu.

**I1:** Hvis i så står med noget håndkøbsmedicin ude ved borger, er det noget der bliver registreret?

**S1:** Nogen læger vil og nogen vil ikke. Vi kan ikke ordinere, det er lægerne der ordinerer, dvs. hvis en borger siger der er et præparat han ikke får mere, så er jeg nødt til at skrive til lægen, borger siger, at hudlægen har seponeret et præparat er i venlige at seponere det på FMK.

**S2:** Men vi har mulighed for at lægge håndkøbsmedicin på FMK ved at oprette en lokal ordination.

**S1:** Det er så det jeg ikke kan pt på ipad'en, det er jeg nødt til at gøre på computeren, men det er så det der kommer nu – det er det vi skal ind og høre om. Vi kan det, at vi kan skrive bemærkninger i bemærkningsfeltet ud for hver medicin. Og så kan vi tage lokale ordinationer af og på. Vi kan godt vælge hvis vi ringer til en vagtlæge og siger ved du hvad han har noget morfin herude, men det er ikke ordineret og så siger han så, jeg kan ikke lægge det på FMK, kan du lægge det på som en lokal ordination og skrive til egen læge de skal lave det til en rigtig det når de har åben.

**I2:** Når i lægger håndkøbsmedicin ind skal lægen så godkende det?

**S1:** Ja, så skal man faktisk spørge lægen om det er okay de tager vitaminpiller. Nogen vil ikke svare på det og så må det stå for borgers egen regning. Men egentlig skal de stå. Og så kan de vælge grupper, "fast doseret", "noget der ikke skal gives på faste tidspunkter", "selv-administreret". Det kan også være "fast – ikke doseret medicin", altså hvis han får nogen indsprøjtninger eller nogen væsker som ikke kan doseres op i æsker.

**S2:** Men man må jo gøre op med sig selv i forhold til håndkøbsmedicin om det er noget man vil stå inde for at hælde i de der æsker i forhold til hvad de får af andet medicin i forhold til om der er noget der kan gå ind at gøre...(at det går galt).



**S1:** Lægen vil ikke tage stilling til multivitamin, jeg har bestemt at sætte det på som en lokal ordination og det kan jeg så skrive i journalen og hvis der så kommer en og siger det er verdens dårligste ide fordi der er jern i dem og det duer ikke, så er det mit ansvar.

**I1:** Hvis i er ude ved en borger og i vurderer han skal have noget andet medicin så skal han omkring lægen?

**S1:** Vi kan skrive direkte til lægen herpå (ipad'en) ved at gå ind i vores Care system og vælge medicinen ud og skrive direkte til lægen mens vi sidder der, men det er kun læger og tandlæger osv. som kan lægge på FMK og tage af FMK. Vi kan ændre givningstidspunkter, så hvis lægen har skrevet, at de skal have Furix gange 2, så er der lidt spænd på at vi kan sætte det morgen, middag eller morgen og aften eller hvad nu vi vil, men det er sådan set det.

**I1:** Med dosering er det kun sygeplejersker der laver den eller det også plejepersonale?

**S2:** Assistenten doserer jo også medicin.

**S1:** Autoriseret personale – det er sygeplejersker og assistenter. Hjælpere gør ikke. De udleverer kun medicin. Kun opdoseret medicin. Kun noget der er hældt i æsker, de må ikke tage noget ud af en pakning, hvis de kommer ud til dig og du siger, kan du ikke tage en smertestillende til mig fra den pakke der.

**S2:** Og får vi en ny borger hvor vi skal hente FMK ned så skal det også være os der gør det inden vi videregiver det til en assistent. De må ikke bare tage og hente medicinkortet ned først og se efter fejl og sådan nogen ting. Det skal igennem os.

**S2:** Og når vi synes nu kører det og nu har hun fået de samme 5 piller i 4 måneder eller sådan noget og det ser ud til der ikke kommer de store ændringer så kan de... (assistenterne gøre det). Større doseringer med mange ændringer, dem giver vi ikke videre.

**I3:** Og det der med at bestemme hvornår de skal have dem er det også kun sygeplejersker der må det?

**S2:** Det er vores ansvar. Alt hvad assistenterne har, det er vores ansvar.

**I2:** Er det primært ved dispensering og medicinadministration i bruger FMK?

**S1:** Ja.

**S2:** Og smerteplastre. Al medicin. 80% af vores daglige besøg anvender vi FMK vil jeg sige – det er rimelig mange.

**S1:** Vi kommer ud til en sårpleje og de skal have to Pamol og en morfinpille inden fordi det gør ondt i såret og så skal man ind i den her PN registrering og registrere man har givet det. Så skal du ind i den her (PN registrering) og sætte en ny en ind så du kan se at det er givet på de tidspunkter så der kommer en log på.

**I2:** Også selv om vedkommende ikke har ydelsen medicinadministration?

**S1:** Den kan du også godt lægge på bagudrettet, hvis du kommer ud i noget du ikke ved. Mange af vores besøg skal vi lægge nogen ydelser på.

**S2:** Terminale patienter, hvor vi har været der 3-4 gange i løbet af en vagt.

**I2:** Så det er egentlig ofte at i tilføjer ydelser?

**S1:** Vi tilføjer ydelser og retter tid til fordi det er mennesker og man ved aldrig hvad... (der er sket/kan ske). Man kommer måske ud og skal dosere medicin op og så ligger de på gulvet og er faldet.

**I1:** Hvis man f.eks. står med en borger der får ilt er det så også registreret i FMK?

**S1:** Nej.

**S1:** Det er registreret i journalen. Det er ikke medicin. Det er et hjælpemiddel. Sondemad er på, proteindrik. Al der kommer fra apotek og læge. Det var derfor man gerne ville have FMK, engang skrev de jo til os, vi vil gerne have at en borger skal have det og det, og så havde vi et medicinmodul i Care og så sad vi manuelt og tastede ind og når de så skrev tilbage så sad vi manuelt og slettede igen. Og så fik de nogen lister med hjem fra sygehuset og så sad vi manuelt og reviderede vores lister i forhold til sygehusets lister. Så når lægen så det der skema vi havde... ”og i troede det var det borgeren fik, meget interessant“. Engang var det også vores ansvar, det skal jo stå på hvad medicin er for og jeg skal bare lige hilse dig at sige, til vores kære lægekolleger, de har ikke helt fanget den endnu. Men embedslægen forlanger at når du doserer et præparat så skal der stå hvad det er for. (Eksempler fra ipad under ”til behandling for“) f.eks. D-vitamin mangel, vanddrivende, blodfortyndende. Men det var også os engang. Det står de selv for fordi det kun er dem der har adgang til at ændre det.

**I1:** Hvad gør i så hvis i står med en hvor der mangler (en ”til behandling for“).

**S1:** Så skriver vi til lægen. Vi skriver ikke for hver eneste lille ting, men så samler vi op på den borger og så skriver vi, vil i rette det og det i FMK.

**S2:** Men de har så 5 dage til at reagere på det vi skriver til dem, så må man jo et eller andet sted vægte op hvad der er vigtigst og hvad der godt kan vente og om der er behov for telefonkontakt i stedet for.

**S1:** Men jeg tror de (lægerne) er voldsomt træt af det, eller har været det, jeg tror de er ved at have vænnet sig til det. Det var dem der var mest træt af det, fordi mange af de barnepigefunktioner vi havde for at sidde og holde styr på at deres medicin som de sidder og ordinerer blev registreret korrekt alle mulige steder og huske dem på ”nu er det tid til medicingennemgang“ og ”nu skal vi også lige have skrevet det her“ – det brugte vi uendelig meget tid på. Men nu kan vi det ikke, nu skal de det selv. De fik sig et mega chok dengang. De ringer også stadigvæk til os og siger ”kan i ikke lige“ – men vi kan jo ikke skrive i FMK.

**I1:** Kan i fornemme det er ved at blive bedre, at man er ovre den pukkel?

**S2:** Det er ingen problem.

**S1:** Jeg oplever problemer med at lægerne kan lide det lidt for godt nu, så når de laver en medicinændring så får jeg det kun som et FMK-advis. Så kommer der bare dit CPR-nummer og så står der bare du har fået ordineret penicilin ”1 mio.“ enheder i 7 dage. Så kan jeg så sidde og tænke – gad vide hvem du er og jeg ved ikke om du selv kan spise det, jeg ved ikke om du selv kan hælde det op, jeg ved faktisk heller ikke hvorfor du skal have det, om du ligger er vildt syg af lungebetændelse og om jeg har brug for at komme ud og kigge til dig i løbet af en uge eller i løbet af en time. Før var de jo nødt til at skrive - han har været ovre ved mig og han kan selv spise sin medicin og han har bare en lungebetændelse. Og så ville jeg aldrig nogensinde høre noget til det. Men fordi du nu er

koblet til mit system så får jeg en masse informationer om medicinering hos nogen borgere som jeg ikke har noget med at gøre. Og så skal jeg sidde og ringe ud til dem eller ringe til lægen fordi de ikke sender en skrift med og så spørger ”hvem er du“ og ”hvorfor har jeg fået det her at vide“.

**S2:** Men det bliver påkrævet at de skal gøre det nu samtidig.

**S1:** Vi bruger ufattelig meget tid på det og borger kan ikke forstå det ”jamen det giver min kone mig“.

**I3:** Men er det nogen borgere som allerede er i jeres system?

**S2:** Ja det er det. Men ikke nødvendigvis nogen hvor vi har deres medicindosering.

**S1:** Det kan være nogen som hjemmeplejen kommer hos.

**S2:** Der mangler at der følger et eller andet skrift med fra lægerne, at det ikke bare kommer som et FMK-advis, den er ikke særlig informativ i forhold til andet end lige hvad det er for noget medicin og til hvem.

**I2:** Kan i finde oplysningerne nogen steder eller er i nødt til at kontakte lægen?

**S1:** Så er vi nødt til at kontakte lægen eller borgeren. Der kommer bare et CPR-nummer og så kan vi gå ind og læse lidt i deres journal. Og der står måske, det sidste der er skrevet på dig er at du har brækket din finger i år 2013 og så er man altså lige nødt til at have ringet. Og hvis man ikke kan få fat på dig, så skal man have ringet til lægen og spørge hvad er det der for.

**I1:** Dokumenterer i CAVE-oplysninger?

**S1:** Ja det gør vi. Det skal vi inde i vores omsorgsjournal. Der har vi noget der hedder en omsorgsplan. Og der er sådan et felt hvor vi ved alle borgere vi kommer ud til skal udfylde helbredsoplysninger og der er en der hedder allergier og den står også i FMK ikke?

**S2:** Jo under medicin stamdata.

**S1:** Medicin stamdata den kan vi også skrive i?

**S2:** Ja.

**S1:** Medicin stamdata er faktisk noget af det i FMK som vi kan skrive i. Men altså det der med ”jeg kan ikke tåle penicillin“, det er ikke sådan vi bare kan gå ind og skrive CAVE penicillin.

**S2:** Man skal ikke skrive noget bare for at skrive noget.

**S1:** Så er du nødt til lige have lægen til at snakke med dem. ”Jamen det var fordi jeg fik lidt dårlig mave engang, hvor jeg fik det“. Det er ikke det. Så skal du simpelthen have hævet tunge og øjnene er ved at falde ud og sådan noget. Men der er nogen der ved de har nødder eller skaldyr. Så skal man selvfølgelig også være obs på medicinen når det er sådan nogen fødevarerallergier fordi der er nogen af de tilsætningsstoffer til tabletter der indeholder de der ting, selvom det ikke lige er i medicinen.

**S2:** Så kan der godt være spor af noget andet.

**I1:** Dokumenterer i også det når i laver de der sygeplejefaglige udredninger har i så også CAVE med?

**S2:** Ja det har vi. Hvis vi går ind på [borger] så er den her omsorgsplanen og så er den her inde under helbredsoplysninger. Allergier nej.

**S1:** Så er det her under helbredsoplysninger, allergier nej, helbredsoplysninger, ønsker borgeren at blive vejret ja eller nej og så er der sådan en anden vi skal... (problemer med programmet, snakker indbyrdes) Sygeplejefaglig udredning det er en udredning man laver ved alle man kommer ud til indenfor punkter, ligesom for at identificere mulige problemer.

**S2:** Der er mange der har mange flere problemer.

**S1:** Jeg kom i Sønderholm i nogle uger og hældte medicin op, så sagde han pludselig "hælder du kun medicin op? " "Nej det gør jeg ikke." "Jamen det er bare fordi jeg har sådan en bette vabel under den ene fod." "Jamen lad os da lige se på den." Så havde han det vildeste diabetiske fodsår jeg har set, og han skulle faktisk have amputeret det ene ben.

**S2:** Så det er godt at vi har den til at afdække med hvad der måtte være, men nogen gange er det måske også sådan lidt...

**S1:** ...op til en eller anden der hedder [borgers navn], og ham kender jeg ikke, men så fordi de sygeplejersker der kender ham har udfyldt det her, kan jeg sidde nede i bilen og læse det. Så kan jeg vide sådan lidt... For hans kvalitet, så ved jeg hvad han sådan ca. fejler eller om han bor alene. Der kan være mange ting der kan være vigtige.

**I1:** Det kan være sådan en god indgangsvinkel når man besøger en borger.

**I2:** Men når man laver den der udredning, det er noget med der er de 12 sygeplejefaglige områder, skal man tage stilling til dem alle sammen.

**S1:** Ja man tager stilling til alle sammen, ellers skal der stå ej adspurg.

**S2:** Eller angive ingen problemer, eller et eller andet.

**S1:** Så man ikke sidder og undrer sig, der må ikke være tomme felter.

**S2:** og det helt nye er at man skal tage stilling til dem alle sammen, så hvis de ikke har tør hud eller et eller andet så skal du egentlig skrive normal eller tendens til et eller andet bare for at vise du har taget stilling til det.

**I3:** Er det noget med at de punkter der er relevante, der skal der laves en plejeplan.

**S1:** Ja en plejeplan, hvor du skal beskrive problemet og lave målet, et tidsafgrænset mål. Jeg kommer ud til dig og finder ud af du har et sår og så beskriver hvordan dit sår ser ud og at vi forventer det er helet i løbet af 3 uger og der er opfølgning der og der og så skriver man derinde i evalueringer og handlinger indtil man så afslutter det, og det skal så være magen til den ydelse der er på den køreliste i så lige før. Så det skal hænge sammen så den så hedder "kirurgisk sår" hvis man har skåret sig på et eller andet, hvis det jeg har lavet i plejeplanen så skal det hænge sammen med det.

**I1:** Det går i så manuelt ind og skriver.

**S2:** Ja det er os selv der gør det i forhold til det.

**I1:** Når i så laver de her visitationer, når i kommer ud til en borger der er kommet hjem igen. Hvordan foregår det så typisk? Hvis i skal ud og visitere en borger der er kommet hjem fra sygehuset.

**S2:** Det er vores egen vurdering fra sygeplejen hvad det er vi fra sygeplejen vi skal møde op med, hvad vi tænker der er af indsatsområder, ellers så er der visitationen, men det er noget helt andet end hvad sidder og visiterer ind.

**S1:** Hjemmeplejen de får visiteret tid, der får borgeren visiteret tid af en visitator ”du får så lang tid til at der er en der kommer og giver dig din medicin“ Men vi visiterer selv, det vil sige når beskeden kommer sætter vores koordinerende sygeplejerske et første besøg på, og der står 1. Besøg. Og så kommer vi ud og så vurdere vi jamen her skal vi komme hver fjerde dag og kigge på det sår, eller vi skal komme hver dag, eller vi skal komme flere gange om dagen, og så laver vi det om løbende efter behov og det kan man også gøre.

**S2:** Der er ikke noget max eller min, vi har ikke noget loft for hvad vi tænker der er brug for som minimum.

**L1:** Hvordan fungere en helhedsvurdering og funktionsevne vurdering når i er ude ved borger.

**S2:** Det er det samme som en sygeplejefaglig udredning, det ligger derinde under, det er en funktionsvurdering hele den kategori.

**S1:** Hele den der kategori i omsorgsplanen det hedder en funktionsvurdering og så har du alle de her ting som du sidder og udfylder ude ved borger, kontroller hvornår skal de til dit og dat, sygeplejefaglig udredning, hvad har de af hjælpemidler. Der ligger så også en APV en arbejdspladsvurdering i funktionsvurderingen, hvor vi skal ind og lave en arbejdspladsvurdering på hver borger for at se om der er nogle arbejdsforhold...

**I1:** For at se om der er noget i skal have..

**S1:** Noget lys eller huller i nogle adgangs huller i fortov eller.

**S2:** Mange tæpper hvis de er faldet i dem eller løse ledninger. Også i forhold til vores, at medicinen bliver opbevaret korrekt og bliver adskilt.

**I1:** Så det er en ret omfattende vurdering.

**S1:** Ja det er det. Ja du kan se den hedder funktionsvurdering, det var det jeg lige ville vise dig herude på forsiden. Der hvor manden er der hedder den funktionsvurdering og så er den så skilt op i arbejdspladsvurdering og i det der hedder en omsorgsplan, hvor folks døgnrytmeplaner, aktiviteter træning og livstestamente, alt.

**L2:** Er det det samme som hjemmeplejen eller visitator bruger?

**S1:** Alle arbejder i omsorgsplanen.

**S2:** Alle har adgang til Care, plejehjem assistenter og hjemmepleje operer også inde i det samme, de har jo så bare det der hedder en omsorgsplan der dækker en hel døgnrytme hvor de går ind og skriver i, vi skal bare være med til at lave den her sygeplejefaglige udredning for at sikre den røde tråd og hvis der er ændringer og sådan nogen ting.

**I1:** Hvordan ser det ud hvis i skal ud og lave en dispensering og dosering?

**S1:** Altså hvis vi sætter sådan en på? Altså hvis jeg skulle ud til dig og ikke vidste jeg skulle det. Så ville jeg trykke her... Herinde kan du kun lave ekstrabesøg, på den store computer kan man lave forløb, altså hver 14. dag eller sådan noget. Så kommer man ind her og vælger hvilken borger, vi kan sige [borger]. Så har jeg valgt det er sygeplejen og så vælger jeg en

ydelse, der er noget der hedder et ydelseskatalog man skal gå ud efter, og så skriver jeg medicin, medicin administration eller dispensering eller hvad, men vi har simpelthen et ydelseskatalog for at sikre vi snakker samme sprog. Så kommer det her ydelseskatalog, du skal derind og finde det, du kan ikke bare selv lige bestemme.

**S2:** Indsatskataloget skal også følge plejeplanen, så den indsats du laver derude skal være den samme som plejeplanen hedder så det hele følger hinanden.

**S1:** Og det skal også... Ja det er den indsats der står på kørelisten det er den du vælger i det her katalog.

**I3:** Skal man så give en eller anden begrundelse for hvorfor man vælger at tildeler den her ydelse? En årsag eller noget?

**S1:** Det kommer lidt når man beskriver problemet.

**S2:** Hvis du vurderer der er et behov for en speciel indsats, hvad enten det måtte være et væggtab eller et sår der er blevet større eller hvad et nu kan være.

**I3:** Hvor dokumenterer i så, hvis i skal beskrive det her problem?

**S2:** I plejeplanen og i den sygeplejefaglige udredning.

**I3:** Okay.

**S1:** Man siger når et problem er beskrevet 3 eller 4 gange i journalen, altså journalen er den gennemgående tråd hvor alt hvad du gør eller skriver det kommer, altså hvis du har skrevet i plejeplanen skal du skrive ovre i journalen, at der er skrevet i plejeplanen i dag. Den skal kunne læses nedad og det er også den man selv kan se online, og så er der de her afstikkere, men du skal faktisk skrive i journalen "har skrevet i omsorgsplanen", "har skrevet i plejeplanen i dag". Du behøver ikke beskrive hvad du har skrevet, man skal bare kunne henvise til det. Har jeg så været ude ved dig og jeg tænker det er noget vi løser nu og her og jeg tænker du får 2 Pamol, men kommer jeg ved dig og kan jeg så se at det her bliver ved, så laver jeg en plejeplan. Så man kan sige at det er problemer af en vis kategori kan man ikke sige det?

**S2:** Jo det vil jeg sige, eller bare en medicinændring. Ovre på plejehjemmene hvis de har lungebetændelse eller urinvejsinfektion, virker det her præparat, skal de have en kontrol urin ind. Også for at observere dem især hvis demente, deres adfærd og mange andre ting, så har de den at gå ud fra og åbne igen hvis der skulle komme samme problematik, hvis [borger] bliver konfus eller vandrende, dørsøgende.

**S1:** De forsvinder ikke, du kan ikke slette dem, du kan lave dem inaktive så man kan få dem frem, alle dem der har været der.

**I1:** Så har man ligesom også en tidsperiode hvor man ligesom kan vurdere.

**S1:** Jo og man kan også bruge dem igen som [S2] siger, hvis de nu får en urinvejsinfektion igen om en uge.

**S2:** Så laver man bare et nyt mål for næste gang du så anvender plejeplanen igen.

**I3:** Har plejeplanen en afsluttet dato.

**S1:** Nej den inaktiverer man, så skriver man i den..

**S2:** ..hvorfor man har afsluttet den.

**S1:** Det skriver man også i journalen, altså hvis man afslutter ydelser.

**I1:** Hvordan foregår en smertevurdering og hvad dokumenterer i ved en smertevurdering?

**S2:** Ja det var et godt spørgsmål.

**S1:** Timemodellen er det dig?

**S2:** Timemodellen, det er i forhold til sorg.

**S1:** Ja og VAS score i forhold til ellers, vi har nogle score redskaber der ligger i noget der hedder KvaliCare (Er ved at tabe Ipad). Herved har vi noget der hedder KvaliCare, der er nogen af de der, det er kommunens opslagsværk eller hvad skal man sige, hvor vi har nogle forskellige ting og der er nogen af de skalaer inde, normal smertevurdering det er VAS skala Visuel Analog Skala hvor man spørger ind til smerter på en skala fra 1-10 hvor man taler med folk om hvad..., det kan også smileys ved yngre.

**I1:** Så anvender i det inde i registreringen eller hvordan (journalen)?

**S2:** Det bliver snart sådan at den der KvaliCare app den kan sammenkøres med Care så at dem du egentlig... Hvad enten du bruger det til blodsuktermåling eller et eller andet andet, så kommer det automatisk over i Care, så du ikke skal skrive et langt journal notat.

**S1:** Der kommer en standard, der er også standarder i Care – for eksempel et akut besøg, lægen beder dig om at lave et akut besøg – en triage som det hedder, sådan en abcd – så trykker du bare på det som overskrift og så får det som punkter som du bare kan udfylde.

**S2:** Det vigtigste er bare at det er beskrevet.

**S1:** Kortere varende smerter der kan løses med noget PN medicin det er journalen og vedvarende det er en plejeplan.

**I1:** Når i laver udredning... I har de her relevante og ikke relevante punkter. Er det afgørende for om man har plejeplanen tilknyttet?

**S2:** Hvis du ikke finder problemet relevant i den sygeplejefaglige udredning så har du vel heller ikke grobund, tænker jeg, for at lave en aktiv indsats.

**S1:** Det er fordi det hedder relevant og ikke relevant, det er meget misvisende. Hvis du forestiller dig at de som udgangspunkt alle står i "ikke relevant", så betyder det ikke at det ikke er relevant at jeg har skrevet at du er ked af at bo alene i dit hus eller sådan noget, det er ikke det. Men hvis det er et problem der ikke er en indsats til, så er det ikke relevant at der er en plejeplan... Så i det øjeblik der er en plejeplan på det så skal bolden over i "relevant".

**I1:** Så det er i forhold til plejeplanen.

**S1:** Det er ikke i forhold til det der står.

**S2:** At det ikke er et relevant problem.

**S1:** Nej for i starten syntes vi det var nært, for hvis vi ikke syntes vi havde noget at skrive om det så satte vi bare en bold i ikke relevant, og så skrev vi ikke noget og tænkte at det måtte da være...

**I1:** Ja for der er jo meget arbejde med hvordan man lige at beskrive det og hvordan

man forstår det. Hmm vi har være igennem plejeplan. Så har vi også ”hvordan håndteres ændringer i borgers tilstand, foretages der løbende visitering af borger“ og det har vi jo sådan set været omkring, det er sådan en meget løbende proces, at man kan visitere nye ydelser.

**S1:** Altså hjemmesygeplejen. Vi kan visiteres af mange, vi kan have pårørende der ringer, og det er udgangspunktet for visitationen. Vi kan selv visiteres, vi kan have borgere der ringer, læger, sygehus, tandlæge, omsorgspleje.

**S2:** Og tit er der også bare andre der kommer i hjemmet hvor vi ikke kommer der, en fys eller en ergo eller en eller anden der kan se der er et behov.

**I1:** Får en bemærkning på et eller andet som i skal følge op på.

**S2:** Så kan vi henvise dem dertil, men selvfølgelig skal vi... der er jo nogen der bare dukker op, der ikke er henvist overhovedet, men den skal jo rigtigt ind i systemet igennem den koordinerede sygeplejerske der tager imod henvendelser hvis det skal være helt rigtigt.

**I1:** For at vende tilbage til sådan noget som dispensering og medicinadministration. Hvordan forstår i så når man siger dispensering i forhold til medicin administration.

**S2:** Dispensering er opdosing af medicin, når du doserer medicin. Hvis du administrer medicin er det alt lige fra en Estring, til et smertepaster, til en injektion et eller andet. Udleverer medicin – ville du ikke sige det?

**S1:** Jo 100%, dosis dispensering er det apoteket pakker, det betyder faktisk at man hælder piller op, og dispenseringen er når vi putter piller i æsker. Og medicin administration er alt det andet, det kan være jeg skal ringe til lægen og spørge om noget medicin, det kan være jeg skal give noget fra en æske.

**I1:** Har i situationer hvor i skal se borger indtage medicinen?

**S2:** Ja antabus for eksempel.

**S1:** Der er nogen der har behandlingsdomme hvor de skal have forskellige psykiatiske midler hvor det skal ses indtaget.

**I1:** Er det så igen godkendt personale der varetager de opgaver?

**S2:** Ja du skal være i stand til at vurdere og håndtere hvis der opstår noget.

**I2:** Bestilling af medicin hører det under begge to?

**S1:** Det hører ind under medicin administration, dispensering det er den rene ophældning – medicin administration det er sådan set resten.

**I2:** Og hvis man så opdager der ikke er nok til næste gang så går man ind og laver en medicin administration og bestiller?

**S2:** Neej og så ik helt, fordi førhen da jeg startede her for 3 år siden der var vores ydelser sådan egentlig adskilt. Hvis jeg skulle ud og dosere medicin så var der en ydelse der hed dispensering doser til 14 dage. Så var der en ydelse nedenunder der stod medicinadministration bestil medicin til. Nu er det blevet sammenkørt så jeg kun skal bruge ydelsen dispensering når jeg kører ud [Uklart hvad der bliver sagt].

**S1:** Der har man valgt for vores skyld at lade det gå ind under. Nogen ting har man.



**S2:** Det er omstændigt at skal sidde og visitere det hele ind i den ydelse... Du har været ude på en dosering på 1 time i dag, og på den time ligger der både bestilling af medicin, opdosering men også genbestilling.

**S1:** Men der skulle egentlig også være psykisk pleje og omsorg fordi hustruen var rigtig ked af det fordi han glemte at sige noget når der var bestilt medicin. Og han havde også et rødt mærke på armen som jeg så også skulle kigge på, så man kan god sådan rent administrativt få det gjort sådan at det simpelthen ikke kan lade sig gøre.

**I1:** Hvordan fører i ajour når i ordinerer og registrer PN medicin.

**I3:** Altså fordi der kommer en... lægen laver en ordination i FMK, skal i så ikke ajourføre givningstidspunkt?

**S2:** Der har vi dem som ukendt ligesom [S1] sagde tidligere, skriver han to tabletter to gange dagligt har vi lidt at jonglere med medmindre han skriver to om morgenen. Men man skal manuelt taste ind ved alle ordinationer.

**I3:** Ved alle ordinationer?

**S1:** Ved alle ordinationer.

**S1:** Det er også noget praktisk, det er noget med nogle kasser. Når de sætter det på kan de sætte bare to kasser på, bare morgen og aften. Vi har besluttet at vi ville have 4 kasser lige meget hvad, morgen, så middag der er tom og så aften. Og det er noget visuelt for at vi ikke skal tage fejl når du ser den der jeg så lige før.

**S2:** Men det udgår at vi skal gøre det.

**S1:** Ja fordi at det... Nu ved jeg ikke om du kan huske hvordan det så ud engang, der så man det... der printede vi dem ud, derfor var vi nød til at have det til at se sådan der ud.

**S2:** Nu tæller den allerede i forvejen så den plotter jo ind på de områder...

**S1:** Men nu printer vi dem ikke ud mere, så nu løste det sig ved, at den jo kommer til at..

**S2:** Her tæller den jo allerede i forvejen, så den plotter jo ind på de områder.

**S1:** Altså jeg er ligeglad med det. Hvis jeg havde det på et stykke papir, så havde jeg brug for de der gitter, for at jeg ikke fik sådan et parallel-akse et-eller-andet. Men her der giver den sig ligesom [uklart] der er jeg sådan set ligeglad med om jeg har ens kasser hele vejen ned fordi.

**S2:** Også i forhold til optælling? Det er egentlig der den er allermest smart.

**S1:** Ja, at der laver den automatisk de her kasser herovre i tælleren.

**I1:** Ja.

**S2:** Bare hver eneste gang de får en ny ordination, så skal vi ind og tjekke om der står ukendt eller om der står morgen, middag, aften og nat eller vil den ikke komme på.

**S1:** Ellers vil den ikke registrere det her, hvis det er lavet forkert inde i.

**I2:** Men så skal i altid ind i givningstidspunkter?

**S2:** Ja, for at tjekke om det står på, for ellers vil det ikke komme ind på FMK, hvid det ikke er der.

**S1:** Hvis han f.eks. bare ordinerer et præparat og ikke sætter et givningstidspunkt på, så viser den sig simpelthen ikke på vores billede her.

**I2:** Nej okay, hvad så hvis der en tablet morgen, ville den så være...

**S1:** Nej, ikke hvis han ikke har sat et givningstidspunkt på.

**I2:** Okay, så der kan han også godt sætte noget på nede – gør de det tit?

**S1:** Ja, det gør de, og det skal de. Så kan vi rette i det, men hvis ikke de har gjort det, er vi nødt til at gøre det, for ellers kan vi ikke se det heri.

**S2:** Så er der de der ting hvor vi har lidt mere frihed som Furix og Kaleorid og sådan nogle ting. Med hvordan de lige passer med patienterne – og Panodil og hvad der nu ellers lige må være.

**I1:** Så vi en medicinbestilling til at starte med?

**I2:** Ja, det har vi set.

**S1:** Jeg har virkelig svært ved den lille side her (lille grøn knap på ipaden).

**S2:** Den forsvinder også. Det er fantastisk, nu skal vi bare swipe.

**S1:** Allopurinol og den der vil jeg bestille – og så skal jeg så ind og tage stilling til herovre, hvor mange pakker vil jeg have og hvor meget vil jeg have i pakken.

**I1:** Ja.

**S1:** Og er det, det rigtige sted de bliver leveret hen, og det rigtige apotek det udgår fra og så trykker jeg bare bestil. Altså jeg bestiller jo ikke direkte – den går over til lægen, som skal godkende den.

**S2:** Eller til apoteket, hvis der er en åben recept der ligger.

**I1:** Når i eksempelvis er ude ved en borger der er i Marevan-behandling, så har de det her orange kort?

**S1:** Nej.

**I1:** Det har de ikke?

**S2:** Nogen har.

**S1:** Man går mere og mere fra det. Det er meningen at der ikke er nogle der skal have orange kort. Vi får det simpelthen i vores system, elektronisk og så bliver det også lagt i.

**S2:** Jeg har lige haft en i dag, prøv at gå ind på den (borgerens profil).

**S1:** Jamen den er her på – det bare fordi jeg ikke lige kan ramme.

**S2:** Nå okay.

**I1:** Okay, så har i simpelthen registeret det.

**S1:** Ja.

**S2:** Når vi får notatet, så kommer det, hvordan tabellerne skal være fordelt over en uge fra mandag til søndag. Så ligger vi det ind i vores målinger, ligesom vi også har blodtryksmåling og vægt og alt det andet. Og så ind i journalen også. Og så skal vi selvfølgelig ind og tilrette i FMK, hvis der har været en ændring i ordinationen.

**S1:** Så går man ind manuelt og tilretter.

**S2:** Det gør lægen ikke. Det skal vi gå ind og rette.

**I1:** Okay. Er der andre præparater end Marevan hvor det er sådan?

**S2:** Eltroxin For stofskifte – det skifter også lidt op og ned.

**S1:** Der er også de præparater de for tre gange om ugen. Eller Alendronat mod knogleskørhed, hvor de får dem en gang om ugen. Der laver man sådan et gitter over syv dage, som så gentager sig og så er det, det kommer til at se sådan her ud.

**I3:** Og sådan nogle præparater ville lægen aldrig sætte givningstidspunkter på?

**S2:** Det gør de ikke.

**S1:** Nej.

**S2:** Og nogen gange er det faktisk rigtig dejligt, fordi vi forsøger så vidt muligt at sammenkøre alle vores visitationer, så vi ikke skal ud til borgeren, forstå mig ret, mere end nødvendigt. Så de også får sammenholdt deres besøg på de samme tidspunkter. Så har vi lidt et større råderum for, hvornår vi egentlig gerne vil have at den her ydelse skal starte. Vi skal ud til en dame her i næste uge og dosere til de næste fire uger. Hun skal opstarte med en Estring. Så i stedet for, at jeg kører ud og ligger den op i dag, så kan jeg egentlig vente til i næste uge og så kan de blive ved med at køre sammen. Så det at de ikke sætter det der på (givningstidspunkt), det er egentlig rigtig rart, for ellers ville de bare få en besked tilbage.

**S1:** ..en besked, ”vil i flytte det til..“, så kan de godt finde på at skrive gange en uge, og så må vi vælge ugedagen.

**S2:** Ja, det giver os et større råderum.

**S1:** Ja, så kan vi få det til at passe med det andet.

**I3:** I kan ikke, hvis lægen har sagt det er hver mandag f.eks, så kan i ikke ændre i det?

**S1:** Nej, så skal vi skrive der over og forklare. Så jeg tror nogle gange ret samarbejds mæssigt må de være trætte af nogle af alle de der – pullerværk, som vi ikke selv kan rette.

**S2:** Det er der ikke noget at sige til.

**I1:** Er det så problematisk, hvis en borger kommer ud fra sygehuset og man så også ved de skal visiteres og så skal have et starttidspunkt på sådan en ugebehandling. Hvis man heller ikke kender til det, før de er udskrevet? Har i det i jeres system?

**S1:** Altså kender til medicinen?

**I1:** Altså kender givningstidspunktet i skal sætte. Hvis i ved de får sådan en..

**S2:** Tit så ved de det også selv eller også ved deres egen læge det.

**S1:** Ja, altså det er jo det der er fordelene. Før kunne de godt have glemt at sende et medicinkort med hjem. Men nu skal de jo sende FMK ud af systemet når de udskriver, så nu har vi altid et eller andet. Det er en forbedring.

**S2:** Det er rigtig godt.

**S1:** Adskiller det sig meget fra de oplysninger i får fra lægen, det der kommer fra sygehuset?

**S2:** Det skulle det jo helst ikke gøre.

**S1:** Der kommer bare et FMK advis med hvad det nu kunne være – receptbestilling, ændring.

**S2:** Det vi har inde i vores system har jo også været igennem en medicin ajourføring igennem lægen for noget tid siden, så der er jo ryddet op i recepter og overskydende medicin og hvad der må være.

**I2:** Ja, så der er ikke den der medicinafstemning længere.

**S1:** Nej, den foregår løbende. Den havde vi på en gang en gang om året – den måned borgeren havde fødselsdag.

**S2:** Ja, en gang om året for at huske det.

**I2:** Ja og den er væk nu så?

**S1:** Ja.

**S2:** Ja.

**I1:** Hvordan håndteres PN-medicin? Har vi ikke også været igennem det? Hvis i udlevere til borger, så dokumenterer i?

**S1:** Ja, så går man ind i (finder borger der har PN-medicin).. her, hun har noget Oxynorm, noget smertestillende. Hvis jeg så bestemmer mig for nu, at jeg vil give hende sådan en. Så går jeg herop i PN registrering og så trykker jeg, at nu vil jeg give det og så skriver jeg givet/udleveret i kommentar og så kan jeg så efterfølgende gå ind og skrive om det virkede eller ikke virkede. Og så kommer det som sådan en fortløbende.

**I2:** Men kan PN medicin stå under den der hed selvadministreret?

**S1:** Ja, det kan det godt.

**I2:** Så skal i ikke dokumentere noget?

**S1:** Nej.

**S2:** Nej. Hvis det er registreret som PN, så er det jo også fordi vi har en forpligtigelse i det. Det kan også stadig godt stå som PN i selve gruppen, men så skal der også bare være vinget af i selvadministreret, så det er noget vi ikke administrerer.

**S1:** Så man ved, om det er noget vi kan holdes til ansvar for sygeplejefagligt eller ej.

**I1:** Hvis en tildeler sådan en ydelse som medicinadministration, er det noget man kan se i FMK, den oplysning eller?

**S1:** Den ligger kun i Care.

**I1:** Okay.

**S1:** Altså, man vil som regel kunne se på medicinkortet, hvis du kigger på det, at der står, fast dispenseret medicin. Vi kan jo frakoble FMK. Hvis vi vælger at frakoble en borger hvis det er en vi slet ikke har noget med at gøre – vil vi typisk have dem til at stå som frakoblet. Vi kan stadig gå på FMK-online og se deres medicin og vi kan også trække dem ned, men vi vil helst have dem væk, når det ikke er noget vi har noget med at gøre.

**I1:** Ja, okay.

**I2:** Ja, så tror jeg ikke vi har mere. Vi har vist været omkring det hele.

**S2:** Der sker rigtig meget med den opdatering der kommer i næste uge. Vi kommer til at kunne operere i hele medicinmodulet efter opdateringen.

**S1:** Det der er i det er, at vi i dag kan mere på skærmen, altså på en stationær station end vi kan på ipad'en, men nu kommer der så nogle opdateringer der gør, at vi kan bruge ipad'en til de ting.

**I2:** Kunne i lave advis på ipad'en?

**S1:** Ja.

**S2:** Ja.

**S1:** Alt hvad du skriver i, lige meget om du er inde i en journal eller en plejeplan eller noget som helst andet, så er der sådan en lille vinge, hvor du kan vælge, vil du skrive en advis eller en edifact til en læge eller et apotek med det du skriver her.

**S2:** Så det samme du skriver i journalen kan du bare sende videre til hvem du gerne vil have skal have notatet.

**I1:** Okay, ja, for nu er i afhængige af at skulle hjem og lave noget ekstra registrering når i er færdige?

**S2:** Ja.

**S1:** Ja lidt, men slet ikke hvad vi havde en gang.

**I3:** Hvad er det for nogle ting?

**S1:** Visitationen.

**S2:** Ja, visitationen er i store træk det jeg bruger tiden på.

**S1:** Altså for mig i dag var det en visitation jeg skulle have lavet om. Jeg kan kun lave enkelt besøg på dem her. Jeg har en der kører hver 3. uge og jeg vil have ham op til hver 4. uge eller et eller andet og det kan jeg kun gøre her. Så havde jeg borger – det var den penicillin jeg vidste jer der er holdt der. Den stod på som fast doseret og den tog borgeren selv og ville ikke have den op i æskerne. Det at jeg så skal ændre til selvadministreret – det kan jeg også kun gøre herinde. Og så var der en, hvor Marevanen ikke var lagt på og der var et tomt felt da jeg kom derhen, fordi der ikke var sat givningstidspunkter på, så kunne jeg jo godt se den var der, men jeg kunne jo ikke se, hvad jeg skulle hælde op. Så måtte jeg så ringe til lægen og så køre herind og registrere. Men det er det vi kommer til at kunne. Så der bliver mindre og mindre...

**I1:** ..arbejde når i kommer hjem.

**S1:** Ja, det er meget effektiv udnyttelse af spildtid.

**S2:** Men altså også at patienterne kan være med i det. Den der interesse for, hvad er det egentlig du skriver. Så man ligesom kan sammenstemme hvad det er man skriver i den her journal.

**S1:** Så de kan nå at sige, "ej, det var nu ikke helt det jeg mente, da jeg sagde jeg havde ondt – så ondt har jeg heller ikke".

**S2:** Og tit er det jo deres formuleringer vi skal bruge, ikke også? Selvfølgelig sammenholdt

med observationer, men der er en eller anden anden måde at beskrive det på.

**S1:** Nu havde jeg også en i dag der havde glemt at hente medicin, så ville hun køre ned i håndkøbet, mens jeg var der, og så kunne jeg så få dokumenteret på alt det jeg havde mens man sidder og venter – eller i en telefonkø.

**I3:** Noterer i det så på papir, eller skriver i det et andet sted?

**S1:** Jeg har ikke papir med længere, jeg har en notesblok (på ipad'en).

**S2:** Jeg har papir, jeg er lidt gammeldags.

**S1:** Jeg prøver på at gå online – og så alle de der papirere man kører rundt med i de her mapper som hjemmesygeplejersken har, sådan nogle kæmpe mapper, dem har jeg taget billeder af herinde (på ipad'en). Jeg har det, så jeg stadig kan se f.eks. telefonlister og alt muligt. Jeg har det så jeg kan finde det herinde (i fotomappen på ipad'en). I kan godt se det kan blive en stor mappe det her.

**I1:** Er borgeren fint tilfreds med, at i sidder med en ipad fremme?

**S1:** Det kommer lidt an på, hvad generation de er.

**S2:** Ja, "hvad er det du sidder og laver?". Men de synes jo det er meget smart.

**S1:** Jeg tror nogle i den ældre generation godt kan synes det er lidt uhøfligt når man sidder og skriver på noget imens man har en..

**S2:** Men så er der også damer på 96 der selv har ipad og skyper og sådan noget med børnene der bor et helt andet sted. Så det er jo.

**S1:** Ja, det er meget forskelligt.

**S1:** Altså jeg har arbejdsmail på ipad'en og jeg har Care og medicinmodulet og så har jeg KvaliCare og promedicin. Og en GPS, meget vigtigt som hjemmesygeplejerske.

**I1:** Ja.

**S1:** Og så lige for at være venlige har de lavet en ny portal, hvor alt studerende-halløjsa skal foregå på – som hedder praktikportalen. Det kan man heller ikke gøre manuelt mere. Så skal man ind og have sine studerende og vinge af og.. Der har de lavet sådan en ny portal.

**I1:** Så det hele foregår der på nu.

**S1:** Ja. Man kan sige det sådan, at når man har glemt sin oplader, så er man på den.

**I1:** Ja, man er meget afhængig af det.

**S1:** Vi har det, at hvis alt bryder ned. Hvis vi siger at Care lige pludselig.. Vi har også perioder hvor Care er lukket på grund af opdateringer. Der kan du gå ind en hvilken som helst computer og gå på fmk-online, ligesom alle os kan derhjemme fra og lige få..

**I1:** Ja, lige få et indblik i hvad der er.

**S1:** Ja. Hvis der er noget man virkelig bare skal bruge nu og her.

**I1:** Ja, det kan da godt blive en besværlig dag, hvis man ikke har adgang.

**I2:** Nåh ja, hvad nu hvis der ikke er forbindelse ude ved borgeren? Er det noget med, at i kan hente borgeren ned?

**S2:** Så ved man det lidt på forhånd. Jeg har en gammel mand der bor herude på landet, og han bor nede i et hul – der er fuldstændig lukket. Både på telefonen og på ipad'en. Der ved jeg bare, at jeg skal have alt printet ud inden.

**S1:** Ja, sådan noget lærer man som hjemmesygeplejerske. Og så ved man, så kører man lige op og holder sådan skråt overfor sendemasten, fordi lige præcis der får man lige et par streger. Men det er rigtigt, den henter automatisk alle dem jeg har på min køreliste – den henter den automatisk ned når jeg går ind i den om morgenen. Så dem kan jeg arbejde i offline.

**I2:** Ja okay, så det er automatisk.

**S1:** Ja, så går den ind og registrere det når jeg engang kommer online. Men skal jeg søge en eller anden ned jeg lige møder, jeg ikke lige havde set, så skal jeg bruge forbindelse.

**I3:** Opdaterer i medicinkort om morgenen, hvis i skal ud og dosere medicin eller er det når man er derude?

**S2:** Så skal du hente ændringer inden du opdoserer medicinen.

**S1:** Kan man det der på (på ipad'en)?

**S2:** Det kommer.

**I3:** Så det gør i hjemmefra nu?

**S2:** Ja, det skal du hver gang du henter det mindste ned.

**S1:** Skal man det?

**S2:** Ja, eller bare hver eneste gang du har medicinkortet åbent.

**S1:** Det gør jeg fra i morgen. Men faktisk tænkte jeg på det i dag, at det jeg sad i, det havde jeg undgået, hvis jeg havde gjort det. For så havde jeg set, at der ikke var givningstidspunkter på. Der er mange af de ting man sidder med hvor man tænker "ork", som man ville have kunnet se inden, så det burde man nok gøre.





# Observationsnoter



Den 18/4-16 blev to hjemmesygeplejersker fra Aalborg Kommune (Sygeplejen i Ældre og Sundhed, Ældreområde Øst) fulgt gennem en hel arbejdsdag (kl 8.00-15.30) af to gruppemedlemmer. Dvs. der i alt blev foretaget 15 timers observation. Fokus for observationen er beskrevet i appendiks D.

## Observation 1

5 besøg med ydelserne: dispensering (x3), medicinadministration, cirkulationsbehandling.

### Arbejdsgang "klargørelse til at køre ud"

- Personlig køreliste klargøres ved at fremsøge borgere i Care. Køreliste printes.
- Køreliste gennemgås for at strukturere rækkefølgen af besøgene.
- De borgere som bor et sted hvor det er kendt at der er problemer med internetforbindelsen fremsøges/hentes på ipad'en inden.
- Derudover gennemgås ydelser og bemærkning for den enkelte borger på kørelisten. Dette gøres for at være forberedt på hvad der skal ske hos den enkelte borger og for at tjekke om der er noget bestemt som man skal være opmærksom på, fx er der en borger hvor der skal medbringes plastre og en anden borger får marevan behandling som sygeplejersken af erfaring ved hun skal være opmærksom på.
- Sygeplejersken ved at der ofte er problemer med at dosis/givningstidspunkt for Marevan ikke altid er ajourført. Problemet er, at i FMK står der under ordination: "efter skriftlig anvisning" hvilket betyder at der hos borger ligger et orange kort "Kontrol af Anti-Koagulationsbehandling" hvor dosis og givningstidspunkt af marevan er indikeret. Det er hjemmesygeplejerskens opgave at ajourføre det orange kort med givningstidspunkt i Care/FMK. Sygeplejersken ved af erfaring at dette ofte ikke er gjort, derfor noterer hun på sin køreliste de givningstidspunkter der er angivet i systemet for at tjekke om det stemmer overens med det orange kort hos borger. (Samme informationer står også i Smart Care, men hun gør det for at huske det er noget hun skal være opmærksom på - hun skriver dosis for marevan og ud for laver hun en pil).
- En anden ting som sygeplejersken lægger mærke til på kørelisten er, at der er flere informationer under bemærkninger som ikke er opdateret, hvilket hun indikerer ved at understrege bemærkningen, sådan hun til senere kan huske hun skal ændre det (efter hun har været ude ved borger og er tilbage på kontoret). Samme ydelse er fx visiteret flere gange og under bemærkninger står der, at en borger har planlagt en

ydelse/besøg? dec. 15., hvilket indikerer det er december 2015 som er en forældet information og derfor skal slettes.

- Opsummering: Klargørelse af køreliste → print køreliste → planlæg besøg → fremsøg borger på ipad (hvis det er kendt der er problemer med internet) → gennemgå ydelser og bemærkninger → lav noter → tag akuttaske + “kurv med nyttige ting” og andre ting, afhængig af hvad der står i bemærkninger → kør.

### Arbejdsgang ”printet medicinliste hos borger“

- Borger fortæller at en bestemt pille er blevet givet en fredag i stedet for en onsdag som plejer at være. Han viser hjemmesygeplejerske den udprintede medicinliste. Hjemmesygeplejersken finder ud af, at en tidligere hjemmesygeplejerske der har dispenseret medicin hos borger har dispenseret medicinen efter gammelt udprintet medicinskema (som der ikke længere må doseres efter), og der er ikke overensstemmelse mellem den udprintede medicinliste og FMK.
- Hjemmesygeplejersken destruerer det udprintede medicinskema og retter fejlen ved at dosere pillen efter FMK. Det vigtige er her at pillen gives på den samme dag.

### Arbejdsgang ”Dispensering“

- Hjemmesygeplejersken går ind under fanen Dispensering på ipad for at se hvilke piller der skal dispenseres. Alle præparater er listet med navn, indholdsstof, m.m. Hjemmesygeplejersken går ind under hvert præparat i FMK for at se på hvilke tidspunkter pillen skal gives og antallet af piller.
- Efter pillerne er dispenseret går hjemmesygeplejersken ind under administration på ipad - her er der et overblik over antal piller og hvor mange piller der skal være i ugeæskerne under morgen, middag, aften m.m. Sygeplejersken tjekker om der ligger det rigtige antal piller i ugeæskerne - hvis der gør er dispenseringen færdig. Ellers skal hjemmesygeplejersken finde ud af hvorfor det ikke stemmer overens og rette fejlen og derefter tælle pillerne igen og dispenseringen er færdig.
- Efter dispensering tages der stilling til om der skal bestilles ny medicin.
- De vigtige informationer for hjemmesygeplejen når der skal dispenseres piller er (handelsnavn stemmer ikke altid overens): indholdsstof, mg, dosering.
- Ved dispensering laves der et kryds på de åbne medicinpakker hvis der er flere pakker med samme medicin.

### Arbejdsgang ”bestil medicin“

Der er to forskellige arbejds gange med bestilling af medicin:

1. Den medicin som skal bestilles noteres ned på et papir (kørelisten) og bestillingen foretages efter hjemmebesøgene når hjemmesygeplejersken er tilbage på kontoret.
2. Medicin kan genbestilles via ipad ude hos borger under fanen ”genbestil medicin“.

### Arbejdsgang ”blodtryksmåling“

- Der laves tre blodtryksmålinger og et gennemsnit noteres ned. Her er der to måder:

1. Gennemsnitsblodtrykket noteres bag på kørelisten og skriver ind under målinger i Care når hjemmesygeplejersken er tilbage på kontoret.
2. Gennemsnitsblodtrykket kan også noteres på ipad ude hos borger under Målinger. (Journal → målinger → BT).

### Arbejdsgang ”tilføj ekstra ydelse“

- Der er behov for at tilføje en ekstra ydelse men dette gøres ikke via ipad i dette tilfælde fordi hjemmesygeplejersken har oplevet problemer med det og venter derfor til hun er tilbage på kontoret og kan bruge computeren.
- Hjemmeplejen hjælper med at sætte en kompressionsstrømpe på hver morgen, men det er ikke en ydelse som er visiteret (hjemmesygeplejersken har snakket med hjemmeplejen).
- Hjemmesygeplejersken sender derfor en advis til visitator om at få bevilget en ydelse.

### Arbejdsgang ”marevan“

- Givningstidspunkt på marevan kan ikke ændres på ipad, fx i tilfælde af at der ikke er overensstemmelse mellem borgers orange kort og FMK.
- Nogen gange sender en læge en advis når marevan doseringerne ændres.

### Arbejdsgang ”medicinadministration - injektion af sprøjte“

- Der ligger kontrol skema hos borger så hjemmesygeplejen kan se hvor den sidste injektion blev givet. Hjemmesygeplejersken tjekker dette før hun giver injektion.
- Efterfølgende noteres hvor injektion blev givet.

### Arbejdsgang ”fejl i medicinbestilling“

- Der mangler noget medicin som burde være der. Sygeplejersken går i gang med at finde årsagen.
- Dobbelttjekker medicinen ikke er i det skab hvor medicinen opbevares.
- Herefter går sygeplejersken ind under fanen ”genbestil” for at tjekke hvornår medicinen sidst er blevet bestilt og hun finder ud af at medicinen burde være kommet sammen med et andet præparat som de har modtaget i dag. For at finde ud af hvad der er sket, ringer hun til apoteket. Det viser sig de har lavet en fejl og medicinen kommer senere samme dag.
- Hun skriver på sin køreliste, at der skal laves en ekstra ydelse, da den manglende medicin skal dispenseres og hun noterer også i hvilke ugeæsker pillerne skal lægges i.

### Arbejdsgang ”dokumentation“

- Efter alle borgere er besøgt på kørelisten kører hjemmesygeplejen tilbage til kontoret for at dokumentere. Der bruges ca en time i dette tilfælde. Sygeplejersken dokumenterer og laver advis ud fra sine noter på kørelisten. Til sidst gennemgår hun at alle notater er lavet.

- Adviser der er sendt inden kl 15 skal tjekkes.
- Efter hver ny handling/ændring skal det vurderes om det er noget der ”kun“ skal i journalen eller om det er noget der også er vigtigt at dele med kollegerne, altså om der skal laves en avis.
- Et eksempel: Under modulet sygepleje → Journal → notat kan fx skrives: respirationsproblemer ved borger. Borger kontakter egen læge med BT. Her laves samtidig en avis fordi hjemmesygeplejersken vurderer det er noget der skal følges op på. Her vælges at sende en avis til hjemmesygeplejen (de andre kollegaer så de ved der skal følges op på det).

## Generelt

- Hjemmesygeplejersken skal selv sørge for at ajourføre lægens ordination med givningstidspunkt.
- Ved ikke recept pligtig medicin fx kalk, vitaminpiller er der to muligheder:
  1. Lægen kan vælge at oprette ordinationen på FMK.
  2. Lægen kan vælge at godkende, at der gives ikke-recept pligtig medicin og der vil ved ordination stå: ”efter lokalt skema“ og hjemmesygeplejen opretter medicin lokalt i Care. Medicin skal fremgå på FMK eller som lokal ordination, ellers må hjemmesygeplejen ikke dosere det.
- Under FMK i Care er fanebladene: Medicindata, Genbestil, Dispensering, Administration.
- Hjemmeplejen bruger administration fanen til at tjekke at pillerne i ugeæskan stemmer overens med det der står på FMK.
- Hjemmesygeplejersken personlige holdning til at hun venter med at dokumentere: Nogle problemer bliver løst i løbet af dagen, fx fik hun et telefonopkald som løste en problemstilling og hun havde ikke længere brug for at dokumentere en information (noget med nogen øjendråber hvor hun skulle have sendt en avis for at løse problemet). Hvis hun havde dokumenteret med det samme ville hun skulle have lavet ekstra arbejde for at ændre dokumentationen. Hun mener derfor man ofte sparer tid ved at samle de informationer sammen som skal dokumenteres. Nogen ting kan ikke laves på ipad'en og hun er derfor nødt til at gøre det på computeren alligevel. Så kan hun ligeså godt samle tingene sammen Nogen borger føler ikke hjemmesygeplejersken holder fokus på dem hvis de bruger ipad i hjemmet. Men løsningen er at de kan dokumentere i bilen i stedet.
- Sygeplejefaglig udredning: Foretages hos borger hvor der stilles en række spørgsmål ud fra de 12 sygeplejefaglige områder - skal opdateres efter indlæggelse - relevante og ikke-relevante punkter i en sygeplejefaglig udredning. De relevante punkter skal der laves en plejeplan på.
- For at fungere i praksis: en borger vil kun have doseret piller i morgen og middag, selvom der står på FMK at de skal doseres i morgen og aften. Pillerne indtages morgen og aften, men de skal lægge i morgen og middag for at det fungerer for borgeren. Derfor følges FMK ikke selvom det egentlig er regelen. Generelt dokumenteres kun afvigelser fra det normale, udført arbejde dokumenteres ikke. PN medicin dokumenteres ikke fordi det står som selv-administreret i FMK.

- Hjemmesygeplejersken synes det er en mangel at det ikke er indikeret i FMK hvis en pille kun skal gives hver anden dag fx. Det står ”længere nede“ i FMK, men det kan godt være nemt at overse.
- Kørelisten har følgende kolonner: Navn, Tidspunkt, Ydelse: der er lidt uoverensstemmelse mellem om der anvendes dispensering eller dispensering og medicinadministration. Argumentet er at medicinadministration dækker over (bestille?) medicin, dokumentation og observere. Lidt usikker om det er rigtigt forstået eller anvendes medicinadministration ydelsen forkert i forhold til beskrivelsen? Vejledende tid, Bemærkninger.
- Hjemmesygeplejersken mener ikke, at der kan laves adviser på ipad.
- Plejeplan: Hvad der dokumenteres i plejeplanen er for nylig blevet ændret. Skal indeholde en handling og en afslutning. En ydelse som patienten altid skal have, skal ikke dokumenteres i en plejeplan da der ikke er en afslutning. Tidligere, mente sygeplejersken, at plejeplanen blev brugt til at skabe et overblik idet man ikke behøver at gå ind i journalen og søge tilbage for at finde en bestemt information fx om en inkontinensbehandling. Hun mener man ud fra plejeplanen kan se at en ordination er gældende.
- En ydelse skal have en årsag.
- Minimal introduktion til FMK.
- Handelsnavn stemmer ikke altid overens med det medicin der er ude ved borger. Ikke så vigtigt mente sygeplejersken fordi hun brugte aktiv indholdsstof, mg og dosis. Hjemmesygeplejersken udtaler hun altid vil have et papir med til at tage noter selv når de ikke længere skal printe kørelister fx.

## Observation 2

6 besøg med ydelserne: sårbehandling, medicinadministration (x3), dispensering (x2). (Der er 8 besøg i alt, men 2 af besøgene aflyses.)

### Før besøg hos borger

- Læser EDIFACT og Advis (har de gjort da vi ankommer).
- Henter FMK opdateringer.
- Tjekker aftenvagts oplysninger.
- Tjekker læge opdateringer.

### Besøg 1

- Anvender printet køreliste til at finde første besøg.
- Tager både Ipad og køreliste med ind til borger.
- Borger skal have insulin injektion - hos borger opdateres ”insulingivningsliste“ (Denne sikrer at man stikker på de korrekte steder).
- Borger spørger til hvorvidt en sårbehandlingsopgave kan flyttes til næste dag, det er muligt via ipad, men borger og sygeplejerske bliver enige om at afslutte opgaven på dagen alligevel.
- Der tjekkes op på borger oplysninger via ipad for at kontrollere et bestilt lægebesøg.

- Der tjekkes dosering i FMK modul da der skal doseres medicin til borger.
- Pillebox er aflåst men befinder sig i skab hos borger.
- Der tages slutteligt notat på kørelisten omkring sårbehandlingen af borgeren, for senere at kunne opdatere plejeplanen.

## Besøg 2

- Køreliste tjekkes.
- Insulin besøg hos borger.
- Opslag i FMK for at tjekke dosering af insulin (Tidligere var denne oplysning flere steder, men nu står den kun i FMK delen af KMD care).
- Anvender insulingivningsskema.
- Der tjekkes op på fejl på køreplanen - der stod i køreplanen at der skulle doseres medicin, men medicinen er allerede doseret.
- Der tjekkes af på køreliste, og fejlen noteres til senere behandling.

## Besøg 3

- Køreliste tjekkes.
- Medicinudlevering.
- Køreliste tjekkes af.

## Besøg 4

- Tjekker køreliste.
- Besøger patient og doserer piller fra box.
- Tjekker dosis på Ipad.
- Gør piller klar til ugen.
- Krydser køreliste af.
- Opdager at hun har glemt at tjekke sår på patient besøg 2, flytter opgave til dagen efter.
- Laver notat på køreliste om fejl på besøg 2.

## Besøg 5

- Ring i forvejen da borger er hørehæmmet.
- Borger svarer ikke.
- Borger åbner ikke døren.
- Tjekker Ipad for at se hvad opgaven går ud på: Dosering af medicin.
- Ringer til borger, borger svarer ikke.
- Notat på køreliste om opfølgning senere.
- Viser sig at være fejl i noteret telefonnummer.

## Besøg 6

- Tjekker køreliste.
- Ankommer hos borger.
- Tjekker Ipad for medicin og dosering.
- Borger har ikke modtaget/hentet medicin så der kan ikke doseres.
- Aftaler med borger at tage kontakt til apotek.
- Apotek på vej med medicin.
- Aftaler med borger at komme forbi dagen efter og dosere medicin.
- Laver notat herom på køreliste til opfølgning.

## Besøg 7

- Tjekker køreliste.
- Kører til borger.
- Borger netop kommet hjem fra sygehus (Fredag).
- Visitation allerede udført, opfølgning på forløb med borger.
- Gennemgang af borgers papirer for at afklare forløb med borger Borger har mange medicinpræparater - sygeplejerske skaber overblik og sorterer for borger.
- Opfølgning ringer til læge for at afklare præparat der ikke længere er i FMK. Borger har for nyligt flyttet læge, derfor er der problemer med at rekvirere oplysninger hos lægen.
- Bestiller tid hos læge for at få afklaring om manglende præparat og om behandling skal forsættes. Der tages notat på køreliste om det der er blevet aftalt med læge angående lægebesøg.
- Dispensering, tjekkes da der er ændringer i medicinering efter indlæggelsen, FMK liste sammenlignes manuelt med sygehus liste for at sikre korrekt medicinering.
- Der figurerer geler og doseringsbreve af movicol - sommetider kan der desuden være kosttilskud blandet ind i listerne fra sygehuset.
- Sygeplejerske oplyser at kosttilskud og lignende skal være registreret i FMK for at der kan foretages dosering (Vitamin osv.). Håndkøb fra borger er ok hvis det tilsvare et ordineret præparat - f.eks. jern tilskud.
- Der doseres piller til 3 uger, der tages piller fra som ikke længere indgår i behandlingen.
- Tjekker beholdning for at sikre der er nok til næste dispensering.
- Skriver liste med præparater som borger kan tage med til lægen for nærmere samtale om fortsættelse af forløbet.
- Tjekker sygeplejefaglig udredning, den er udført for nylig så det er ikke relevant med ændringer.
- Skriver notat på køreliste.

## Besøg 8

- Opkald da borger ikke er på listen, muligvis en fejl i visitationen.
- Der laves opslag af borger på Ipad.
- Der laves opfølgning på plejeplanen for borgeren, for at fastlægge næste besøg for behandling af borger.

- FMK oplysninger er umiddelbart ikke knyttet til borger, men sygeplejerske finder ud af, at borger er tilknyttet plejeplan fra urologisk afsnit.
- Der bestilles varer for borger til afhentning de kommende dage.
- Der tales om planlægning af evt. plejebesøg udenfor eget hjem.

### Besøg på plejehjem

- Plejehjem har kun tilknyttet plejepersonale og holder derfor koordineringsmøder med sygeplejerske "Triage" for at planlægge fremtidige forløb med borgere/patienter.
- Gennemgår triagerede patienter, laver opslag på Ipad imens der snakkes for at afklare detaljer om patienters medicinering samt tjekke plejeplan. Der tages notater på A4 for senere behandling på kontor, dette skyldes b.l.a. at Ipad anvendes til opslag og derfor ikke kan bruges til dokumentation i mens der arbejdes.

### Dokumentation

- Visitationsdel laves kun på computer da det er problemfyldt/mangelfuldt når det forsøges gjort via Ipad. Eksempelvis kan visitations tidspunkter ændres, men der kan ikke bestilles en ny visitation.
- Ringer for at tjekke op på besøg 2, for at tjekke fejl med dosispakket medicin. Slår borger op i FMK modul, klientmedicin/medicinliste og tjekker præparat samt dosis.
- Ikke alle typer medicin kan dosispakkes, derfor kan borger have begge ydelser "Dispensering" og "dosispakning".

### Arbejdsgang "Planlægning af nyt besøg"

- Tilføj ekstra ydelse (Care).
- Ydelsesvalg + tid + dato + årsag.
- Borger var ikke hjemme, foreslår koordinering ifbm. ny medicin.

### Arbejdsgang "Opfølgning for borger efter indlæggelse"

- Borger netop kommet hjem fra sygehys, ændringer i medicinering fra før indlæggelsen.
- Visitationer gennemgås for at sikre de er dækkende for borger, da tilstand kan være anderledes efter indlæggelse i forhold til før.
- Opretter besøg hos borger flere uger frem som led i plejeplan.
- Borger er visiteret på nuværende tidspunkt - visitering sker automatisk efter udskrivning fra sygehus. Indenfor 24 timer hvis det er på institution og gerne indenfor 2 dage hvis det er i eget hjem.

### Arbejdsgang "Opret plejeplan"

- Sygeplejefaglig udredning: Når der er relevant mærke skal der være en plejeplan.
- Valg af indsats fra indsatskataloget - svamp i hals.
- Finder indsatskatalog frem - forklarer at de er instruerede i at bruge det.



- Problematisk at vælge en af de 12 sygeplejefaglige områder da sygeplejerske er i tvivl om hvad den hører under. Ender med at vælge 4b-hud og slimhinder.
- Dernæst sættes mål.
- Der laves herefter en beskrivelse (Fritekst).
- Der sættes dato for evaluering af plejeplan. Der er mulighed for at opdatere og slette i plejeplanen fremadrettet.

### **Arbejdsgang "Opret ydelse"**

- Opret ydelse.
- Man, ons, fre vælges som besøgstidspunkter.
- Tilføjer bemærkning om behandling.
- Tilføjer ekstra ydelse for evaluering af plejeplan, for at evaluere behandlingsforløbets effekt (3 uger fremme).
- Replanlægger herefter 1. kommende besøg da borger skal på ferie.

### **Dokumentation plejehjem**

- Næste "triage" besøg er allerede skemalagt af områdesygeplejerske der sørger for administrativt arbejde. Besøget replanlægges da en anden dato er aftalt med plejerne på plejehjemmet.
- Udredning + koordinering for patient der kommer fra sygehuset.
- Der oprettes ydelse "tilsyn" for at sikre at patient har nok medicin til næstkommende dag, når hun ankommer fra sygehuset. Det vides ikke om der ændres yderligere i medicineringen fra sygehusets side, men sygeplejersken går ud fra de oplysninger der allerede er opdateret i FMK.
- Borgers oplysninger gennemgås hvorefter sygeplejerske til sidst ændrer initialer i Care for at ændre visningsmulighederne for medarbejdere.



# Opsummering af interviews og observationer J

---

*I dette kapitel beskrives de arbejdsgange der anvendes i hjemmesygeplejen i dag. De beskrevne arbejdsgangene bygger på observationer og interviews med hjemmesygeplejersker fra Aalborg Kommune, se appendiks H og appendiks I. I kapitlet benævnes personalet som hjemmesygeplejersker, men i enkelte situationer kan opgaven også løses af en social- og sundhedsassistent, f.eks. dispensering af medicin, hvis medicinlisten har været uændret i en lang periode kombineret med, at borgerens tilstand er stabil.*

## Visitation og sygeplejefaglig udredning

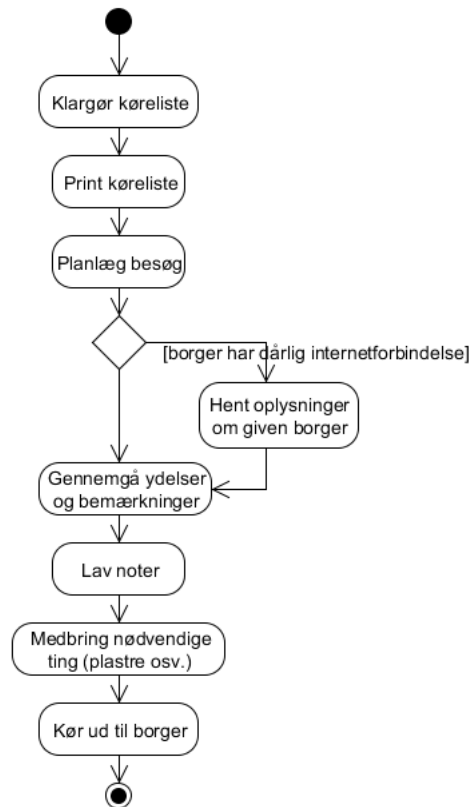
Når en borger skal visiteres til hjemmesygepleje foregår det ved, at der opsættes et *første besøg* hos borgeren, hvor en hjemmesygeplejerske kommer hjem til borgeren og laver en vurdering af, hvilke indsatser borgeren skal have og hvor ofte. Efterfølgende tilpasses indsatserne løbende og efter behov. Visiteringen laves på baggrund af en sygeplejefaglig udredning, hvor der skal tages stilling til alle 12 sygeplejefaglige områder. Hvis en borger ikke har nogle problemer noteres ”normal“ eller lignende.

## Plejeplan

I plejeplanen beskrives borgerens problem og der laves et tidsafgrænset mål med plejen. Hvis en borger f.eks. har et sår, beskrives såret og at det forventes at hele inden for tre uger. I plejeplanen laves der også opfølgninger og evalueringer indtil ydelsen afsluttes.

## Planlægning af arbejdsdag

Det første der sker når hjemmesygeplejersken møder på arbejde om morgenen er, at hun planlægger sin dag ved at lave en køreplan. Herefter gør hun klar til at køre ud til borgerne. Hvis det er kendt at en borger på kørelisten har dårlig internetforbindelse i sit hjem, hentes borgerens oplysninger ned på ipad'en. Derefter gennemgås ydelser og bemærkninger for hver enkelt borger på kørelisten, for at tjekke om der er noget man skal være opmærksom på, f.eks. at en indsats kræver, at der medbringes plastre eller at en borger er i marevanbehandling, der kræver særlig opmærksomhed, da dosis og givningstidspunkter ofte ikke er ajourført. Figur J.1 illustrerer hjemmesygeplejersken forberedelse inden borgerbesøgene påbegyndes.



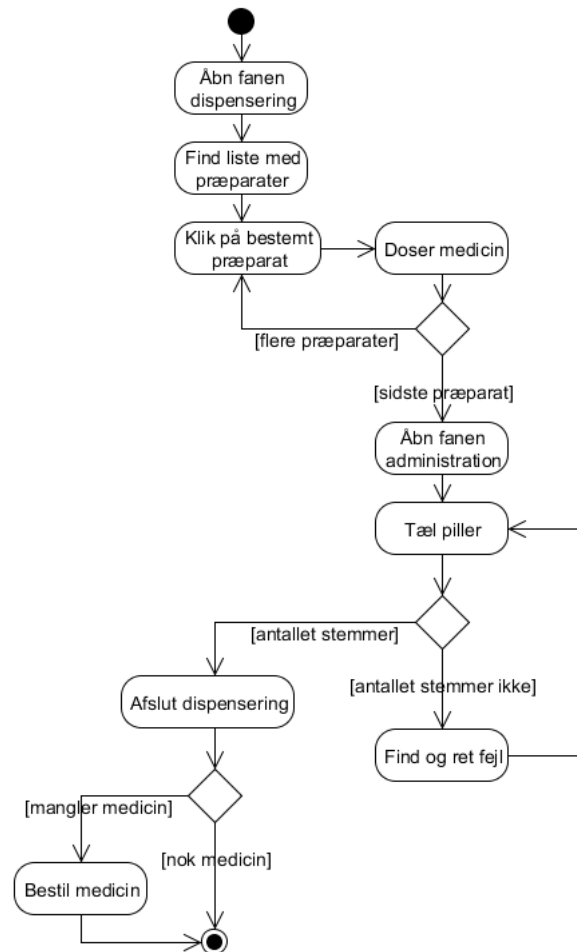
*Figur J.1.* Illustration over hjemmesygeplejerskens arbejde inden borgerbesøgene påbegyndes.

## Ny borger

Når hjemmesygeplejen får tilknyttet en ny borger og borgerens medicin er relevant i forhold til de visiterede indsatser, skal FMK hentes ned. Dette gøres af en hjemmesygeplejerske, som efterfølgende tjekker FMK igennem for fejl. Efterfølgende kan det eventuelt videregives til en assistent.

## Dispensering

Når en borger er visiteret til indsatsen dispensering kører hjemmesygeplejersken hjem til borgeren. Når hjemmesygeplejersken er hos borgeren åbner hun fanen dispensering i SmartCare, og finder listen over de præparater, der skal dispenseres. Hjemmesygeplejersken går ind på hvert præparat i listen for at se på hvilke tidspunkter præparater skal gives og i hvilket antal. Efterfølgende åbnes fanen administration i SmartCare, som viser det samlede antal piller der skal være i morgen, middag, aften og nat, hvorefter hun tæller pillerne efter og kontrollerer, at æskerne indeholder det korrekte antal piller. Hvis antallet stemmer er dispenseringen slut, ellers skal fejlen rettes og pillerne tælles igen. Efter dispenseringen kontrolleres det, om der skal bestilles ny medicin. Figur J.2 illustrerer arbejdsprocessen i forbindelse med dispensering. Medicin kan genbestilles i SmartCare ude ved borgeren, men kan også noteres på papir og bestilles når hjemmesygeplejersken kommer tilbage til kontoret.



*Figur J.2.* Illustration over hjemmesygeplejersken arbejde i forbindelse med ydelsen dispensering.

## Dispensering af marevan

Hvis en borger får ydelsen dispensering, og et af præparaterne er marevan (eller lignende), så sender lægen et notat til hjemmesygeplejen. I notatet står der, hvordan tabletterne skal være fordelt over en uge fra mandag til søndag. Det er disse oplysninger, som præparatet skal doseres efter, og som hjemmesygeplejersken gemmer i målinger i EOJ og i journalen. Hvis doseringen er ændret siden sidste notat fra lægen, skal oplysningerne tilrettes i FMK. En af de oplysninger der skal ændres er givningstidspunkter, men dette kan ikke rettes i SmartCare, kun i Care på computeren. Nogen steder sender lægen ikke et avis med ændringen, her får borger et orange kort i stedet for, som de tager med hjem og har i boligen. I disse tilfælde er det dette kort der skal doseres ud fra. Hvis der er uoverensstemmelse mellem det orange kort og FMK, skal oplysningerne i FMK opdateres, hvilket først kan ske når hjemmesygeplejersken kommer tilbage på kontoret grundet de manglende funktioner i SmartCare.

## Udlevering af PN medicin

Hvis en hjemmesygeplejerske vælger at give borger et PN præparat, f.eks. noget smertestillende åbnes PN registrering i SmartCare. Her vælger hjemmesygeplejersken det præparat hun vil give og skriver givet eller udleveret i kommentarfeltet. Efterfølgende kan hun så gå ind og dokumentere om præparater havde den ønskede effekt eller ej. Hvis PN medicin er markeret som selvadministreret i Care, skal der ikke dokumenteres noget i journalen.

## Håndkøbsmedicin

Hvis en borger f.eks. tager vitaminpiller eller andet håndkøbsmedicin skal hjemmesygeplejersken spørge lægen om det er i orden at borgeren får det. I nogle tilfælde vil lægen ikke godkende præparatet og borger er herved selv ansvarlig. Men i princippet skal håndkøbspræparater noteres i FMK. Ud fra det givne præparat vælges en gruppe, det kan f.eks. være "fast doseret", "selvadministreret" osv.. Hvis det er et præparat der ikke kan doseres i æsker, som f.eks. indsprøjtninger eller væsker vælges gruppen "fast - ikke doseret medicin".

## Nyt præparat

Hvis hjemmesygeplejerske vurderer, at en borger skal have et nyt receptpligtigt præparat kan hun skrive til lægen via SmartCare. Det er kun læger og tandlæger der kan lægge præparater på FMK og fjerne dem igen. Hjemmesygeplejerskerne kan kun ændre givningstidspunkterne (hvis ikke lægen har ordineret præparater specifikt, f.eks. morgen og aften). Hvis lægen har skrevet i ordinationen at præparatet skal gives to gange dagligt bestemmer hjemmesygeplejersken om det skal være morgen og middag eller morgen og aften.

## Præparater i FMK

De præparater der er registreret i FMK er medicin, håndkøbspræparater, sondemad og proteindrikke. Ud for hvert præparat skal der i FMK også stå, hvad præparater er til behandling for eks. D-vitamin mangel, vanddrivende, blodfortyndende osv.. Hvis ikke denne oplysninger er registreret i FMK kan hjemmesygeplejersken skrive til lægen. Der skrives oftest ikke for hver enkel mangel, men med en samlet liste over mangler hos den givne borger.

## Medicinadministration

Medicinadministration dækker over det at udlevere medicin til borger, evt. give medicin, hvis det eksempelvis er øjendråber, injektioner, smertepastre og lignende. Det kan også dække over situationer, hvor personalet skal se, at borgeren indtager medicinen, f.eks. hvis borgeren skal have antabus. Det betyder altså at medicinadministration dækker over udlevering af præparater, hjælp til at indtage præparater og observation af borgeren. Hvis medicinen der skal tildeles er dispenseret, skal det kontrolleres at der er det korrekte antal piller i æsken i forhold til medicinlisten.

## Tildeling af ekstra ydelse

I visse tilfælde kan der opstå uventede situationer hos borgeren og det kan derfor være nødvendigt for hjemmesygeplejersken at hjælpe borgeren med andet end borgeren er visiteret til. I sådan en situation vil hjemmesygeplejerske kunne tildele en passende ekstra ydelse til borgeren, da hjemmesygeplejerskerne er selvvisiterende. Det kan f.eks. være hvis hjemmesygeplejersken skal ud til en borger for at dispensere medicin, og når hun kommer derhen, er borgeren faldet.

## Sårpleje

FMK kan anvendes i flere ydelser end dispensering og medicinadministration. Det kan f.eks. være hvis en borger skal have ydelsen sårpleje, og borger har meget ondt i såret og derfor får noget smertelindrende (eksempelvis pamol og/eller morfin). Dette skal registres som en PN registrering. Hvis patienten ikke har ydelsen medicinadministration kan den tildeles bagudrettet efterfølgende.





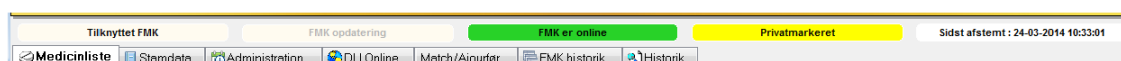
# Informationer i medicinmodulet i EOJ K

I dette kapitel beskrives de informationer der er tilgængelige i medicinmodulet i EOJ og hvilke der hentes fra FMK. Der tages udgangspunkt i EOJ-systemet KMD Care (Care), da det er det system som anvendes i Aalborg Kommune. Kapitlet er skrevet ud fra oplysninger i brugervejledningen Medicinhåndtering med FMK, som er indhentet fra Aalborg Kommune [AalborgKommune, 2015].

Det er kun medicinansvarlige medarbejdere med sundhedsfaglig autorisation, der kan anvende medicinmodulet og hente oplysninger fra FMK i Care, dvs. hjemmesygeplejersker og sosu-assistenten. Medarbejdere uden sundhedsfaglig autorisation, dvs. sosu-hjælper, plejehjemsassistenter og pædagoger har begrænsede muligheder.

Oplysninger om borgerens medicin samt en medicinliste er tilgængelig i klientmodulet under borgeroverblik. Figur K.1 viser et screenshot fra medicinmodulet. Øverst ses en informationsbjælke, som indeholder fem bokse med informationer og status på borgerens medicinkort. De fem bokse viser:

- om borgers medicin er tilknyttet FMK
- om der er opdateringer fra FMK
- om FMK er online
- om der findes privatmarkeret medicin
- om medicinkortet er afstemt af en læge

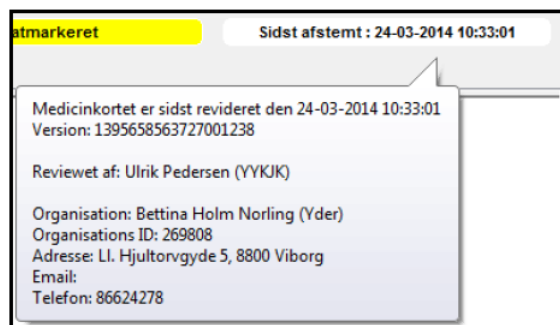


**Figur K.1.** Screenshot fra medicinmodulet i KMD Care [AalborgKommune, 2015].

Bjælken giver et hurtigt overblik og de forskellige statusser og musen kan holdes over en bestemt status for at få mere information. Figur K.2 viser et eksempel på dette.

De fem informationsbokse kan have følgende statusser og farver:

Boks 1 (overblik): *Lokal Medicin* (orange), hvilket vil sige at borgerens medicin ikke er tilknyttet FMK og oprettelse af medicin skal derfor foregå manuelt. *Tilknyttet FMK* (hvid), hvilket betyder at borgerens medicin er tilknyttet FMK og derfor indeholder medicinlisten både ordinationer, som kommer via FMK og de ordinationer som oprettes manuelt, som f.eks. håndkøbsmedicin. *Suspenderet* (rød), som betyder at borgeren medicin er blevet suspenderet i forbindelse med indlæggelse og at det ikke kan forventes at medicinlisten



**Figur K.2.** Eksempel på ekstra information der bliver tilgængelig når musen holdes over en informationsboks [AalborgKommune, 2015].

er korrekt. Hvis musen holdes over fanen fås oplysninger om hvornår suspenderingen er foretaget og af hvem. Det er muligt at oprette lokale ordinationer og foretage enkelte lokale ændringer på et suspenderet medicinkort. *Ikke tilknyttet FMK* (rød), hvilket betyder at borgerens medicin ikke er baseret på oplysninger fra FMK og at der ikke modtages advisering ved ændringer. Ved denne status kan det ikke forventes at medicinlisten er korrekt. *Ugyldigt medicinkort* (rød), hvilket betyder at medicinkortet er ugyldigt og at det ikke kan forventes at medicinlisten er korrekt.

Boks 2 (opdatering): Hvis der ingen opdateringer er fra FMK, er boksen hvid. Er der opdateringer fra FMK som endnu ikke er hentet ned i Care er boksen gul.

Boks 3 (FMK online eller offline): Hvis FMK er online er boksen grøn, hvilket betyder at der kan modtages adviseringer. Hvis der ikke er forbindelse til FMK er boksen rød, hvilket betyder at der ikke modtages FMK adviseringer. Dog kan eventuelle ændringer hentes manuelt.

Boks 4 (privatmarkering): Hvis denne boks er hvid er der ingen privatmarkeret medicin. Hvis der er privatmarkeret medicin vil boksen være gul, og det privatmarkerede medicin vil ikke fremgå i medicinlisten, medmindre borgeren giver samtykke hertil. Det er kun læger der kan privatmarkerer medicin.

Boks 5 (afstemning): Den sidste boks viser om medicinkortet er afstemt (ajourført) af en læge, samt hvilken dato det er sket. At medicinkortet er afstemt betyder at lægen har bekræftet at de aktuelle lægemiddelordinationer på FMK afspejler den aktuelle og planlagte medicinering på afstemningstidspunktet. Hvis boksen indeholder dato og klokkeslæt for sidste afstemning er boksen hvid og medicinkortet er afstemt. Hvis medicinkortet ikke er afstemt af en læge er boksen rød.

Under de fem infobokse på figur K.1 ses syv faneblade, som alle er en del af medicinmodulet. Fanebladene er Medicinliste, Stamdata, Administration, DLI online, Match/Ajourfør, FMK historik og Historik. Faneerne forklares herefter.

## Medicinliste

Fanen *Medicinliste* giver et overblik over borgerens aktuelle medicin. Figur K.3 viser fanen medicinliste for en testperson.

Gruppe	Prio	Status	Opr dato	Sep dato	Præparat	Aktivt indholdsstof	PI indeholdt	PI-regi.	Doseringsenhed	Styrke	Ord. dosis
Fast dispenseret medicin		AK&V	18-05-2015		Digoxin "DAK"	Digoxin			tabletter	02,5 mikrogram	1 tablet morgen og aften
		AK&V	03-09-2015		Etaca	Mefenitil				10 mg	doserings efter skriftlig anvisning
		AK&V	29-05-2015		Furix	Furosemid			tabletter	40 mg	2 tabletter morgen, middag og aften
		AK&V	07-09-2015		Imovane	Zopiclon				7,5 mg	1/2 tablet før sengetid
		AK&V	29-05-2015		Marevan	Warfarin				2,5 mg	
		AK&V	21-02-2015		Morfine "Alternova"	Morfin			tabletter	10 mg	1 tablet morgen og aften
		AK&V	11-02-2014		Panalgin	Paracetamol			tabletter	125 mg	2 tabletter 3 gange daglig
Fast IKKE dispenseret medicin		AK&V	18-05-2015		Selo-zak	Meloprofil			tabletter	100 mg	1 tablet daglig
		AK&V	29-05-2015		Bricanyl Turbuhaler	Terbutalin			sug	0,5 mg/dosis	1 sug morgen og aften
		AK&V	13-05-2014		Durogesic	Fentanyl			plastre	25 mikrogram/time	1 plaste hver 3. dag
		AK&V	18-05-2015		Pechy Brystkræber "DAK"	Camptier, Laktid, Glycyrrhiza Gl				1,7-51,5+1,2 mg/ml	5-10 ml
PN medicin		AK&V	18-05-2014		Rivotril	Clozapem			tabletter	0,5 mg	1 tablet efter behov, højst 3 gange daglig
		AK&V	21-01-2015		Stevold	Diazepam			ml	5 mg/ml	1 ml efter behov, højst 3 gange daglig
Tilbeholdt til kliniske opgaver		AK&V	29-05-2015		Postasiver				tabletter	1 stk, x 1	1 tablet morgen

Figur K.3. Eksempel på en medicinliste for en testperson. [AalborgKommune, 2015].

Øverst ses borgerens medicin som både kan være baseret på oplysninger fra FMK eller lokale ordinationer, hvilket vil sige ordinationer der er oprettet manuelt i Care og endnu ikke er matchet med FMK. Det kan også være håndkøbsmedicin, som er godkendt af en læge, men som ikke oprettes i FMK. Lokale ordinationer vises med orange, mens FMK ordinationer er hvide. Hvis en ordination markeres i listen vises detaljer om den pågældende ordination under medicinlisten, se figur K.3. Øverst i medicinlisten ses en bjælke med kolonner, se figur K.4. Oplysningerne i kolonnerne er både sat af brugeren og hentet fra FMK.

Gruppe	Prio	Status	Opr dato	Sep dato	Præparat	Aktivt indholdsstof	PI indeholdt	PI	Doseringsenhed	Styrke
--------	------	--------	----------	----------	----------	---------------------	--------------	----	----------------	--------

Figur K.4. Kolonner i medicinlisten i Care. [AalborgKommune, 2015].

Kolonnerne indeholder oplysninger om ordinationer. Oplysningerne er:

- **Gruppe** viser den gruppe brugeren har valgt. Den valgte gruppe har betydning for det overblik der præsenteres i fanerne dispensering og administration. Grupperne der kan vælges er:
  - Fast dispenseret medicin
  - Fast IKKE dispenseret medicin
  - PN medicin

- Selvadministreret
  - Dosispakket medicin
  - Nye FMK ordinationer
  - FMK uoverensstemmelse - afventer læge
  - Tilhører til kliniske opgaver
  - Medicin administreres i elektronisk klientjournal (EKJ)
- **Pille** I denne kolonne vises en advarselstrekant, hvis der findes ændringer, der ikke er ajourført, på FMK ordinationen.
  - **Ur** Her vises en advarselstrekant, hvis der på ordinationens givningstidspunkter findes ændringer fra FMK, som ikke er blevet ajourført.<sup>1</sup>
  - **Prio** viser den prioritet som brugeren har givet ordinationen. Oplysningen er frivillig og kommer ikke fra FMK.
  - **Status** kan være aktiv eller pauseret. En pauseret ordination vises som en gennemstregning i efterfølgende kolonner.
  - **Opr.dato** er den dato hvor ordinationen er oprettet.
  - **Sep.dato** er den dato hvor ordinationen er seponeret. Når datoen er overskredet vises præparatet ikke længere i medicinlisten, men kan ses i historik.
  - **Præparat** viser handelsnavnet på ordinationen.
  - **Aktivt indholdsstof** viser ordinationens aktive indholdsstof.
  - **PN indeholdt** viser et flueben, hvis ordinationen indeholder PN i givningstidspunkter. Ordinationen kan indeholde både en fast og en PN ordination. PN kan sættes af både læge i FMK og bruger i Care (i fanen givningstidspunkter).
  - **PN regi** Her vises et flueben, hvis det er muligt at registrere en PN givning på fanen PN-regi. Det er brugeren der sætter fluebenet i fanen detaljer og kommer ikke fra FMK. Hvis en PN givning er givet indenfor 72 timer vises et ur-ikon.
  - **Doseringsenhed** viser om ordinationen er f.eks. tabletter eller pulver. Hvis dette ikke er oplyst i FMK vil oplysningen mangle.
  - **Styrke** viser styrken på enhederne i ordinationen.
  - **Ord. Dosis** viser den ordinerede dosis.
  - **Bemærkninger** Viser bemærkninger til ordinationen sat af brugeren (ikke fra FMK).
  - **Selvadm.** Her vises et flueben hvis ordinationen er administreret af borgeren. Markeringen sættes af brugeren i fanen detaljer og kommer ikke fra FMK.
  - **Sidst genbestilt** viser dato for seneste genbestilling på ordinationen.

De ekstra oplysninger der vises omkring en ordination, når denne markeres, er inddelt på fanerne Detaljer, Givningstidspunkter, Genbestillinger/recepter/udleveringer, PN-reg., Administration, Dispensering og Handelsnavn.

## Detaljer

Fanen detaljer indeholder detaljer om den markerede ordination og ses på figur K.5.

De felter der kan indtastes data i, afhænger af om ordinationen er oprettet lokalt eller hentet fra FMK. Hvis en ordination kommer fra FMK kan der inddateres i felterne:

- Gruppe
- Bemærkning

---

<sup>1</sup>FiXme Note: Forskel på Ur og Pille?

**Figur K.5.** Fanen Detaljer for en given ordination. [AalborgKommune, 2015].

- PN
- Prioritet
- Selvadministreret

Mens følgende data kommer fra FMK:

- **Præparat:** Handelsnavn på ordineret præparat
- **Til behandling for:** Lægens angivelse af indikation
- **Ord. dosis:** Her kan lægen skrive ordinationen i fritekst eller som struktureret ordination
- **Doseringsstype:** Angiver om præparat er fast, efter behov osv.
- **Indberettet af/Oprettet af/Ændret af:** Viser den læge der har foretaget handlingen

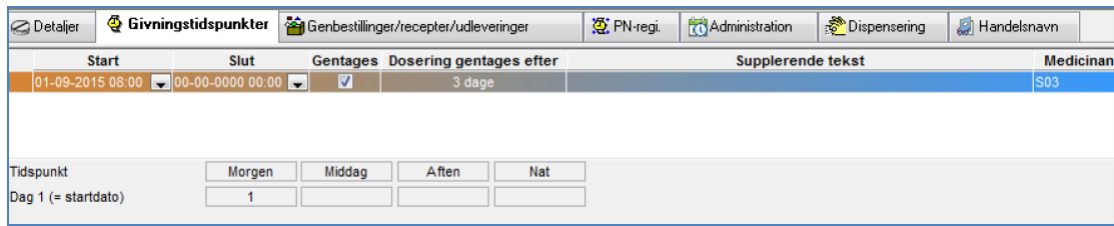
Samt datofelterne oprettet, ændret, behandling start og stop, pauseret start og stop, seponering og præparatdetaljer.

Til højre på fanen detaljer ses et felt med oplysninger fra lægemiddelkataloget om det specifikke præparat, se figur K.6.

**Figur K.6.** Oplysninger fra lægemiddelkatalog om specifik præparat. [AalborgKommune, 2015].

## Givningstidspunkter

På fanen givningstidspunkter ses det tidspunkt det er valgt at ordinationen skal gives enten som et klokkeslæt eller eks. morgen, middag, aften og nat. Tidspunkterne kan komme fra FMK, men kan til enhver tid rettes af brugeren. Hvis linjen er orange, er den oprettet manuelt, hvis den er hvid er den fra FMK. Ordinationerne kan oprettes, så de gentages hver dag, men også på forskellige dage f.eks. tre dage om ugen eller med varierende dosis. Figur K.7 viser et eksempel på fanen givningstidspunkter.



Figur K.7. Fanen givningstidspunkter i Care. [AalborgKommune, 2015].

### Genbestillinger/Recepter/Udleveringer

I denne fane ses alle genbestilling, recepter og udleveringer som vedrører den markerede ordination. Derudover vises status for genbestillinger. Figur K.8 viser et udsnit af fanen.

Dato	Hændelse	Status/metode	Præparat	Udført af	Organisation
07-04-2014 11:42	Udlevering	Udleveret	Lansoprazol "Actavis"	Martin Jørgensen	Aalborg Universitetshospital, Alb Ka
07-04-2014 11:41	Udlevering	Indgivet	Lansoprazol "Actavis"	Martin Jørgensen	Aalborg Universitetshospital, Alb Ka
07-04-2014 11:06	Genbestilling		Lansoprazol "Actavis"	Sygeplejen03 Aalborg	Aalborg Kommune
07-04-2014 10:05	Recept	Åben	Lansoprazol "Actavis"	Bente Bach	Lægerne Spange og Christiansen

Figur K.8. Fanen Genbestillinger/Recepter/Udleveringer i Care. [AalborgKommune, 2015].

### PN-reg.

I denne fane kan der registreres givet/udleveret PN medicin. Der vises også en oversigt over givet/udleveret PN medicin.

### Administration

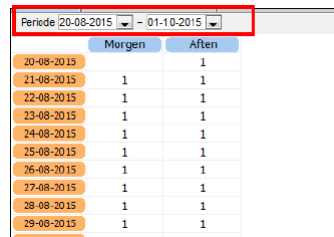
I denne fane ses administrationsoversigten for det præparat der er markeret i medicinlisten i en valgt periode (perioden er som standard sat til en dag), se figur K.9. PN medicin vises som udgangspunkt ikke i oversigten, men kan vælges at inkludere.

Figur K.9. Fanen administration for et markeret præparat i KMD Care. [AalborgKommune, 2015].

Fanen indeholder oplysninger om dato, givningstidspunkter, tæller, gruppe, handelsnavn, aktive indholdstoffer, antal enheder (stk.), doseringsenhed, dispenseringsform, styrke, bemærkninger og supplerende bemærkninger (lægens bemærkninger fra FMK).

## Dispensering

I denne fane vises antallet af enheder der skal dispenseres i en valgt periode (perioden er som standard sat til 14 dage), se figur K.10.



	Morgen	Aften
20-08-2015		1
21-08-2015	1	1
22-08-2015	1	1
23-08-2015	1	1
24-08-2015	1	1
25-08-2015	1	1
26-08-2015	1	1
27-08-2015	1	1
28-08-2015	1	1
29-08-2015	1	1

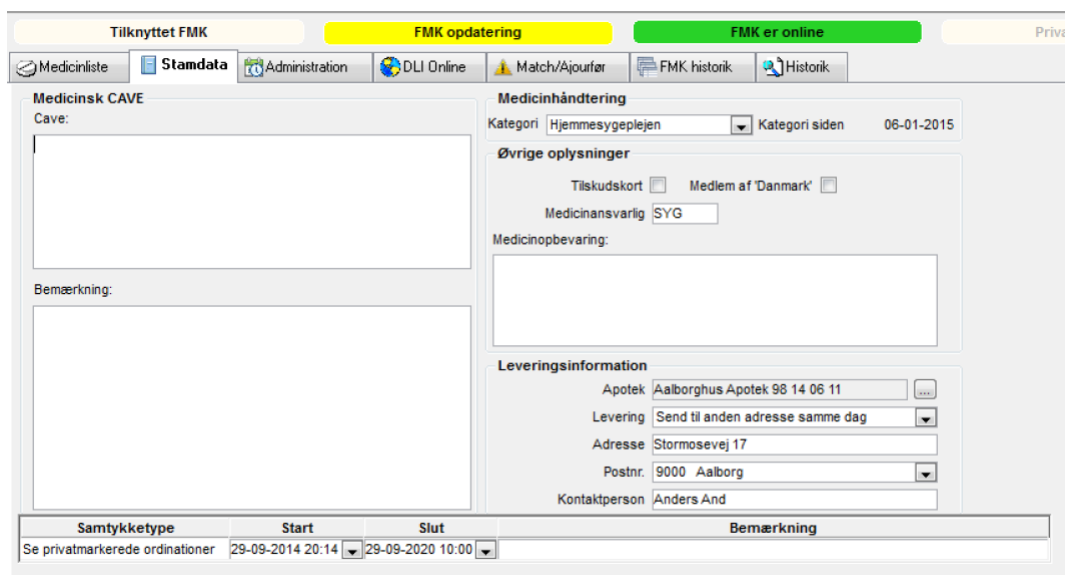
*Figur K.10.* Fanen dispensering i KMD Care. [AalborgKommune, 2015].

## Handelsnavn

På fanen handelsnavn er det muligt at styre, hvilke handelsnavne der skal være aktuelle for den periode der dispenseres for.

## Stamdata

Denne fane indeholder oplysninger om borgeren. Oplysninger er medicinsk Cave, bemærkninger (for hele medicinkortet), medicinhandling (hvem håndterer medicinen), medicinansvarlig personale, om borgeren har tilskudskort eller er medlem af Sygesikring Danmark, hvilket apotek borgeren ønsker medicin fra, medicinopbevaring, samtykketype (bruges ved privatmarkeret medicin) og leveringsinformation (leveringsmetode). Figur K.11 viser et billede af fanen stamdata.



Samtykketype	Start	Slut	Bemærkning
Se privatmarkerede ordinationer	29-09-2014 20:14	29-09-2020 10:00	

*Figur K.11.* Eksempel på fanen stamdata i KMD Care. [AalborgKommune, 2015].

## Administration

I fanen administration (i den øverste bjælke) vises en samlet administrationsoversigt over alle præparater i en valgt periode. Det er denne fane der anvendes til at administrere medicin hos borgeren. Figur K.12 viser et eksempel på fanen administration.

Dato	Tæller	Gruppe	Handelsnavn	Aktive indholdsstoffer	Stk.	Doseringsenhed	Disp. form	Styrke	Bemærkning
21-08-2015	Morgen	6	Fast dispenseret medicin	Digoxin "DAK"	Digoxin	1	tabletter	62,5 mikrogram	
				Furix	Furosemid	2	tabletter	40 mg	
				Pamol	Paracetamol	2	tabletter	125 mg	
				Sels-zok	Metoprolol	1	depottabletter	100 mg	Obs gives med yoghurt
				Bricanyl Turbuhaler	Terbutalin	1	sug	0,5 mg/dosis	
				Pectyl Brystdråber "DAK"	Campher, Lactids (Gycyrrhiza Glabrz	5	oral opløsning	1,7+5,1,5+1,2 mg/ml	
	Middag	6	Fast dispenseret medicin	Anibus	Dsulfram	2	brusetabletter	200 mg	
				Furix	Furosemid	2	tabletter	40 mg	
				Pamol	Paracetamol	2	tabletter	125 mg	
	Aften	6	Fast dispenseret medicin	Digoxin "DAK"	Digoxin	1	tabletter	62,5 mikrogram	
				Furix	Furosemid	2	tabletter	40 mg	
				Marevan	Warfarin	1	tabletter	2,5 mg	Se INR dato i Omsorgsplanen
Pamol				Paracetamol	2	tabletter	125 mg		
Bricanyl Turbuhaler				Terbutalin	1	sug	0,5 mg/dosis		

Figur K.12. Eksempel på fanen Administration i KMD Care. [AalborgKommune, 2015].

## DLI Online

I fanen DLI Online (Dansk Lægemiddel Information) kan der ses informationer om et præparat. Informationerne hentes fra Medicinhåndbogen Online ([www.min.medicin.dk](http://www.min.medicin.dk)).

## Match/Ajourfør

På denne fane vises de opdateringer som lægen foretager på ordinationer i FMK. Nye ordinationer kan ajourføres og der kan ændres på eksisterende ordinationer. Herudover kan der laves en matchning af ordinationer oprette lokalt med lægens ordinationer på FMK. Løse recepter viser også i fanen.

## FMK historik

Fanen FMK historik viser historikken for hændelser fra FMK. Dette kan bruges hvis der er brug for at se en specifik hændelse. Der kan vælges at se en bestemt type af hændelser eller hændelser for en bestemt periode, se figur K.13.

## Historik

I fanen historik kan historikken ses i forhold til medicinlisten med fanerne detaljer, givningstidspunkter, PN-regi og administration, men ikke fanen disponering. Historikken indeholder tidligere og nuværende ordinationer.

## Handlinger i Care

Der kan laves forskellige handlinger i Care vedrørende FMK. Disse handlinger er:



Dato	Tidspunkt	Type	Pr	Ændring
14-02-2014	10:09	Ændret givningstidspunkter	Fu	
	10:09	Ny ordination	Fu	
	11:15	Effektivering af medicin	Hj	
	11:26	Effektivering af medicin	Dig	
	11:35	Effektivering af medicin	vig	
	11:38	Effektivering af medicin	Ne	
	11:39	Effektivering af medicin		Esomeprazol "Actavis"
	13:24	Effektivering af medicin		Furosemid "Copyfarm"
	13:28	Effektivering af medicin		Diural
17-02-2014	14:15	Effektivering af medicin		Vibeden
	14:37	Bestilling af effektivering		Furix
	14:37	Bestilling af effektivering		Furix
	14:37	Bestilling af effektivering		Furix
	14:37	Bestilling af effektivering		Furix
18-02-2014	09:10	Effektivering af medicin		Prednisolon "DAK"

Figur K.13. Eksempel på fanen FMK historik i KMD Care. [AalborgKommune, 2015].

- **Tilknyt borger til FMK** Hvis en borger er helt ny eller hvis borgerens tilknytning til FMK har været ophævet.
- **Hent ændringer fra FMK** Care søger automatisk efter ændringer i FMK og giver en advisering i oversigten, men ændringerne kan også hentes manuelt, f.eks. for at se status på genbestillinger. Det anbefales at ændringer hentes manuelt inden dispensering af medicin.
- **Advisering om ændringer på FMK** En advisering kan foregå på to måder, enten via edifact i kommunikationsoversigten eller via fanen Match/Ajourfør i medicinmodulet. Efter en advisering skal ændringer i FMK hentes og adviseringen skal markeres som behandlet.
- **Ophæv tilknytning til FMK** Tilknytningen til FMK skal ophæves hvis kommunen ikke længere har noget med borgerens medicin at gøre, f.eks. hvis kommunen ikke længere skal håndtere borgerens medicin eller hvis borgeren er død.