

ET FÆLLES SPROG PÅ TVÆRS AF FAGGRUPPER



Kandidatspeciale i Klinisk Videnskab og Teknologi
Aalborg Universitet

Tine Juul Als
Nanna Martens Illemann
Martin Glud Skjødt
19gr10511

Vejleder: Pia Britt Elberg
Bivejleder: Kirstine Rosenbeck Gøeg
1. feb. – 6 juni 2019

Et fælles sprog på tværs af faggrupper



AALBORG UNIVERSITET
STUDENTERRAPPORT

Opgavetype:

Kandidat speciale

Kandidatuddannelse i Klinisk Videnskab og Teknologi

Aalborg Universitet

Projektperiode:

1. feb. – 6 juni 2019

Projektgruppe:

19gr10511

Projektmedlemmer:

Tine Juul Als

Nanna Martens Illemaan

Martin Glud Skjødt

Vejleder:

Pia Britt Elberg

Bivejleder:

Kirstine Rosenbeck Gøeg

Anslag med mellemrum:

83.892 anslag

Sideantal:

54

Bilagsantal:

9 bilag (25 sider)

Introduktion: Den nationale dokumentationsstandard Fælles Sprog 3(FSIII) er under udvikling til det kommunale træningsområde. Når informationen gennem FSIII standardiseres og struktureres, skal det balanceres med anvendeligheden i klinisk praksis, da det pålægger klinikerne en øget arbejdsbyrde. Formålet med projektet var at undersøge, hvilke forhold der skal balanceres i et elektronisk omsorgs- og journalsystem, når de kommunale fysioterapeuters informationsbehov og dokumentationspraksis skal integreres i FSIII.

Metode: Der blev udført semistrukturerede interviews samt deltagende observationer af kommunale fysioterapeuter, for at afdække informationsbehov og dokumentationspraksis. To kommende træningsområder blev integreret i det nuværende FSIII navigationshierarki gennem mapning til SNOMED CT som referenceterminologi. Der blev udviklet skabeloner for, hvordan tværfaglig dokumentation kan deles, samt hvordan fysioterapeuter kunne foretage monofaglig dokumentation samtidig med dokumentation til FSIII.

Resultater: Der blev i en skabelon tværfagligt borgeroverblik, vist hvordan navigationshierarkiet kunne anvendes til filterfunktion. Der blev i en skabelon til monofaglig dokumentation vist hvordan dokumentation fra andre faggrupper kunne genbruges. Der blev udledt fem forhold, til overvejelse ved udvikling af et tværfagligt EOJ-system, som understøtter monofaglige informationsbehov og dokumentationspraksis, tværfaglig deling samt nationale formål.

Konklusion: Når det kommunale træningsområde skal integreres med FSIII, skal der, inden der sættes krav til udviklingen af EOJ-systemer, ifølge projektets fund, overvejes følgende forhold;

- Fysioterapeuters dokumentationsbehov og obligatorisk dokumentation til FSIII.
- Ustruktureret og struktureret monofaglig dokumentation.
- Tilpasning af EOJ-systemet lokalt og nationalt.
- Monofaglighed og tværfaglighed ift. tværfaglig deling af information.
- Ændring af dokumentation og ændring af klinisk praksis.

A common language across professions



AALBORG UNIVERSITET
STUDENTERRAPPORT

Type of assignment:

Master's Thesis

Master of Clinical Science and Technology

Aalborg University

Project period:

February 1st – June 6th 2019

Project group:

19gr10511

Participants:

Tine Juul Als

Nanna Martens Illemann

Martin Glud Skjødt

Supervisor:

Pia Britt Elberg

Assistant supervisor:

Kirstine Rosenbeck Gøeg

Number of characters with space:

83.892 characters

Number of pages:

54

Appendix:

9 (25 pages)

Introduction: The Danish documentation model FSIII is being expanded to cover the municipal rehabilitation area. When documentation is standardized through FSIII the increased workload on health professionals should be balanced with the outcome in clinical practice. The study's objective was to examine which parameters to balance in an IT-system, to support the information requirements and documentation practices of physiotherapists when integrated with FSIII.

Methods: Semistructured interviews and participant observations were conducted to uncover the information requirements and documentation practices of physiotherapists. Two rehabilitation condition areas were integrated in the existing FSIII Navigation-hierarchy through SNOMED CT as a reference terminology. Templates were developed to show how to share multidisciplinary documentation, how physiotherapists could document monodisciplinary and support FSIII.

Results: A multidisciplinary template of a patient-case was created, to show how the navigation-hierarchy could be used as filter in the IT-system. In a monodisciplinary template it was shown how documentation from other professions could be reused. Five parameters were to be considered when developing an multidisciplinary IT-system, to support monodisciplinary information requirements and documentation practices as well as multidisciplinary datasharing and standardized extraction of data.

Conclusion: When municipal rehabilitation is integrated with FSIII the relationship between the following parameters should be considered, according to the results of the study, before requirements for IT-systems are made.

- Documentation needs and mandatory documentation in FSIII.
- Unstructured and structured monodisciplinary documentation.
- Customization of the IT-system locally or standardization nationally.
- Monodisciplinary and multidisciplinary scope in shared information.
- Relation between changing documentation and clinical practices.

The report is freely accessible, but publication may be made only after agreement with authors, and reference

Forord

Dette projekt er udarbejdet som et kandidatspeciale på uddannelsen Klinisk Videnskab og Teknologi på Aalborg Universitet, i perioden 1. februar til 6. juni 2019. Projektgruppen består af tre medlemmer med en sundhedsprofessionsbachelor i hhv. fysioterapi, radiografi og jordemoderkundskab.

Dette speciale henvender sig til kommunale og nationale institutioner og fagpersoner, som kunne have interesse for standardisering af dokumentation, implementering af FSIII og udvikling af EOJ-systemer.

Tak til projektets informanter, såvel fysioterapeuter som kommunale IT-ansvarlige. Tak til KL for indblik i deres standardiseringsarbejde, udviklingsproces og deltagelse i workshop.

Tak til vejleder Pia Britt Elberg og bivejleder Kirstine Rosenbeck Gøeg.

Læsevejledning:

Specialet er opdelt i en hovedrapport og bilag.

Vancouver er anvendt som referencesystem. Kildehenvisninger midt i en sætning henviser til teksten lige inden kilden. Kildehenvisning før punktum referer til foregående sætning. Kildehenvisning efter punktum referer til hele foregående afsnit.

Begrebsafklaring:

I dette afsnit defineres begreber anvendt i rapporten.

Datagenbrug	Genbrug af dokumenterede sundhedsdata.
Dokumentationspraksis	Refererer til sundhedsprofessionelles dokumentation/journalisering af sundhedsinformationer ift. indhold, hvor og hvornår der dokumenteres samt med hvilket redskab, der dokumenteres.
EOJ-system	Elektronisk omsorgs- og journalsystem. Dokumentationsredskab til de sundhedsfaglige medarbejdere i kommunen.
Indsats	Er et udtryk for den kommunale ydelser, som borgeren modtager. Refererer i denne rapport til Fælles Sprog III indsats(1) Ydelser anvendes som synonym.
Informationsbehov	Refererer til den sundhedsinformation den sundhedsprofessionelle har behov for, omkring en borger, for at kunne udføre sin praksis.
Informationsdeling	Fælles adgang til informationer for flere parter.
Nationale dataudtræk	Er udtryk for FSIII data, som kan udtrykkes til styring, prioritering og kvalitetsudvikling, både lokalt og nationalt (1).
Test (i fysioterapi)	En undersøgelse af borgeren, der resulterer i et positivt/negativt svar eller en kvantitativ mængde.
Tilstand	Er et udtryk for borgerens funktions- eller helbredsmæssige situation. Refererer i denne rapport til en Fælles Sprog III tilstand(1)
Træningstilstand	Er FSIII-tilstandene tilhørende træningsområdet. Disse er under udvikling til FSIII, derfor anvendes foreløbige tilstande. Disse er angivet som SNOMED CT-begreber.
Træningstilstands-område	Er en samling af træningstilstande.
Undersøgelse (i fysioterapi)	En undersøgelse af borgeren, der resulterer i en kvalitativ vurdering.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning - Et fælles sprog på tværs af faggrupper.....	7
1.1 Initierende problemstilling	9
2. Analyse af monofaglig brug, tværfaglig informationsdeling og det nationale perspektiv.....	10
2.1 Fysioterapeuters dokumentationspraksis	10
2.2 Tværfaglig deling af data gennem interoperable IT-systemer	11
2.3 National standardisering af dokumentation gennem klassifikation og terminologi i FSIII	13
2.4 Opsummering.....	14
3. Metode	16
3.1 Projektets design	16
3.2 Litteratursøgning.....	16
3.3 Metode til afdækning af fysioterapeuternes dokumentationspraksis og informationsbehov	19
3.4 Integration af træningstilstande til navigationshierarki version 1.6.....	21
3.5 Design af skabeloner til integration af fysioterapeuters informationsbehov og dokumentationspraksis i et EOJ-system, der understøtter FSIII	22
4. Resultater.....	24
4.1 Kommunale fysioterapeuters informationsbehov, dokumentationspraksis og tværfaglig informationsdeling.....	24
4.2 Resultat af mapning af FSIII træningstilstande til SNOMED CT	28
4.3 Navigationshierarki.....	30
4.4 Opsummering.....	32
4.5 Design af skabelon til integration af fysioterapeuters informationsbehov og dokumentationspraksis i FSIII	32
.....	33
4.6 Opsummering.....	41
5. Diskussion	45
6. Konklusion	48
7. Referencer	49

Bilagsliste

Bilag 1: Introduktion til Fælles Sprog III	2
Bilag 2: Elektroniske omsorgs- og journalsystemer og deres formål	5
Bilag 3: The International Classification of Functioning, Disability and Health	6
Bilag 4: SNOMED CT	7
Bilag 5: Systemgennemgang.....	8
Bilag 6: Interviewguide	12
Bilag 7: Meningskondensering af interviews.....	15
Bilag 8: Observationsguide.....	21
Bilag 9: Analyse af observationer.....	23
Referencer for bilag.....	25

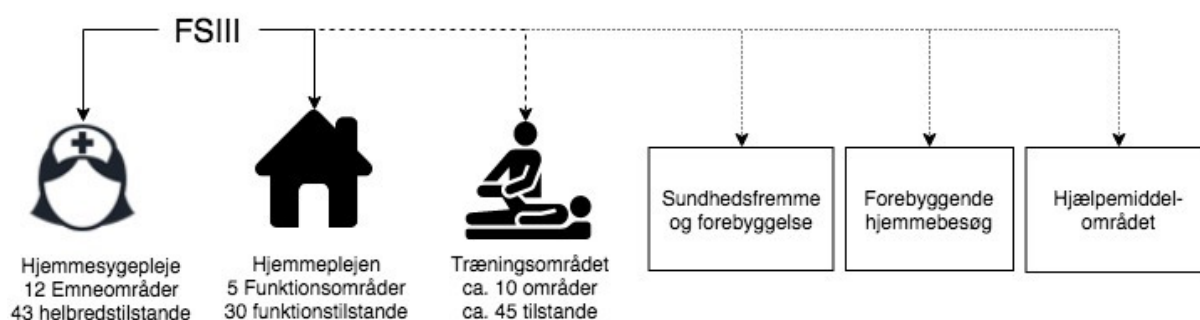
1. Indledning - Et fælles sprog på tværs af faggrupper

I 1998 lancerede Kommunernes Landsforening (KL) Fælles Sprog (FSI), som en fælleskommunal begrebsramme, der skulle skabe gennemsigtighed over den kommunalt visiterede borgers samlede funktionsevne og de ydelser, som borgeren blev tildelt(2). FSI blev videreudviklet til Fælles Sprog 2(FSII), som blev lanceret i 2004 og skulle dække afgørelser om hjælp og træning efter serviceloven (SEL)(2). Den tværfaglige journal blev skrevet i prosaform, på trods af at der ved lanceringen af FSII var et erkendt behov for strukturering af sundhedsfaglige data(2).

Ved udviklingen af Fælles sprog 3(FSIII) i 2011 var et fokusområde strukturering og standardisering af dokumentation (2). Dette foregik bl.a. gennem anvendelse af tilstande, som beskrivelse af en borgers funktionsevne eller sundhedsrelaterede problemer(1).

FSIII skulle systematisere de sundhedsfaglige data, samt understøtte arbejdsgange både monofagligt og tværfagligt. Derudover skulle FSIII skabe en struktur for løbende opfølgning på borgere, for at dokumentere effekten af leverede indsatser(2). Et af formålene var en forbedret indsats på sundhedsområdet, blandt andet ved at sikre genbrug af data på tværs af medarbejdere(1).

Mens FSI og FSII havde fokus på visitation, blev hjemmepleje og sygeplejen tilføjet i FSIII version 1 iht. serviceloven(SEL) og sundhedsloven(SUL)(1). For yderligere forklaring af FSIII henvises til bilag 1.



Figur 1: Nuværende indhold i FSIII og fremtidige implementeringer.

Som vist i figur 1 er FSIII under stadig udvikling til hele det kommunale træningsområde, så genoptræning inden for sundhedslovens §§ 140 og 119 tilføjes. Det forventes at FSIII version 2.0 er klar til lancering i slutningen af 2019(3). Samtidig tilføjes forebyggelse og sundhedsfremme. På sigt skal forebyggende hjemmebesøg og hjælpemiddelområdet ligeledes tilføjes i FSIII(1). Der anvendes foreløbige træningstilstande i denne rapport, da tilstande på træningsområdet er under udvikling.

På det kommunale træningsområde udføres træning af autoriserede sundhedspersoner primært af ergo- og fysioterapeuter(4). Træning består enten af vedligeholdelsestræning efter SEL §83, §83a og §86 eller genoptræning efter SUL §119 og §140(4). Vedligeholdelsestræning har til formål at forhindre funktionstab, samt fastholde eller forbedre det nuværende funktionsniveau i forhold til fysiske og psykiske funktioner samt færdigheder(5). Genoptræning har til formål, at borgeren opnår samme funktionsevne som tidligere eller den bedst mulige funktionsevne i forhold til bevægeapparatet eller aktivitetsbegrænsninger(5).

Med tilføjelse af det kommunale træningsområde skal der således tilføjes endnu et fagområde og dermed nye faggrupper til det eksisterende FSIII.

Erfaringer fra tidligere tilføjelser til Fælles Sprog af faggrupperne hjemmepleje og hjemmesygepleje, blev evalueret i forbindelse med opfølgning på KL's businesscase i 2019(6). Der blev lavet tidsmålinger og afholdt workshops med erfaringsindhentning fra to kommuner vedr. dokumentationspraksis før og efter implementering af FSIII(6).

Opfølgningen viste en tidsforøgelse på 50% på den løbende dokumentation efter implementering af FSIII(6). Det formodes at tilvænning til brugergrænseflade og ny dokumentationsmetode på samme tid forårsagede tidsforøgelsen(6). Medarbejderne brugte mere tid på at navigere i systemet, hvor de skulle klikke meget frem og tilbage og der var en tendens til overdokumentation(6). Foruden dette, har FSIII ikke medført den forventede reduktion i antallet af adviseringer, da medarbejderne er usikre på, om deres kollegaer opdager ny information(6).

På trods af det øgede tidsforbrug på dokumentation, opfattede de sundhedsprofessionelle den nye dokumentationsform som motiverende, fordi de oplevede at dokumentationen blev anvendt efterfølgende. Deres kollegaer kunne bruge dokumentationen i deres arbejde, da det gav dem et bedre overblik over de forskellige borgere(6).

Opfølgningen på businesscasen viste ligeledes, at bedre it-understøttelse af dokumentationsarbejdet gennem en opgradering af elektronisk omsorgs- og journalsystemet (EOJ-system) var central for implementeringen af FSIII. For yderligere om EOJ-systemer se bilag 2. Erfaringerne viste, at medarbejderne oplevede, at deres brugergrænseflade ændrede sig markant efter implementering. De oplevede at der var flere lag i de nye brugergrænseflader, som gjorde det vanskeligt at bevare overblikket over dokumentationen(6). Disse frustrationer over tilvænning til en ny brugergrænseflade kan medføre modstand mod FSIII som dokumentationsmodel, som egentlig kan skyldes frustrationer over brugergrænseflader(6).

Businesscase opfølgning havde fokus på tidsmåling, da et af målene med FSIII var at nedbringe tidsforbruget på at dokumentation, men rapporten forholdt sig ikke til kvaliteten af dokumentationen eller effekten på de leverede ydelser.

Dette er i kontrast til FSIIIs formål om en forbedret indsats på sundhedsområdet(6).

Businesscase opfølgningen viste en række udfordringer ved implementeringen af FSIII, hvor udformningen af EOJ-systemerne spillede en væsentlig rolle. Opfølgningen viste ikke hvilken effekt udfordringerne havde på kvaliteten af dokumentationen eller ydelserne, som borgeren modtog.

I evalueringskriterierne for FSIIIs kompatibilitets vurdering stilles der ikke krav til hvordan brugergrænseflader er designet(7). Dvs. at det er op til den enkelte kommune at stille krav til EOJ-udviklere. Brugergrænsefladers funktionalitet har betydning ift. hvor effektivt sundhedsprofessionelle kan dokumentere(8) og hente oplysninger(9), da det er systemets yderste lag som de interagerer med.

Netop sundhedsprofessionelles opfattelse af hvor anvendelige brugergrænsefladerne er i deres arbejdsgange, er en hyppig barriere for accept af nye sundheds-IT systemer ved implementering(10). Hvilke krav den enkelte kommune opstiller kan derfor have stor indflydelse på, hvordan EOJ-systemet understøtter den enkelte faggruppes informationsbehov og dokumentationspraksis. Den enkelte kommunes krav vil også have indflydelse på hvordan EOJ-systemet kan bidrage med at dele informationer tværfagligt.

1.1 Initierende problemstilling

Kommunale fysioterapeuter skal som en del af det kommunale træningsområde inddrages som den næste faggruppe i det eksisterende FSIII. Den tidligere implementering af FSIII har vist en række udfordringer som forøgelse af dokumentationstid, frustrationer over brugergrænseflader samt manglende overblik over dokumentationen.

I tillæg til at KL skal anvende de sundhedsprofessionelles dokumentation til nationale dataudtræk, skal dokumentationen ligeledes deles tværfagligt. Der ses derfor en problemstilling i, hvordan videreudvikling af FSIII til det kommunale træningsområde ikke møder samme udfordringer som tidligere implementeringer, men i stedet balancerer de modstridende krav der kan være til monofagligt brug, tværfaglig genbrug og nationale dataudtræk.

Berg og Goorman har identificeret et paradoks i at øgede krav til de sundhedsprofessionelles dokumentation, kan være med til sænke kvaliteten af primære sundhedsydelser, på trods af at formålet med standardisering af dokumentation er øget effektivitet og øget kvalitet af sundhedsydelser(11). Dette paradoks risikeres ligeledes i FSIII, hvor formålet om forbedret indsats på sundhedsområdet, og øgede krav til de professionelles dokumentation, kan sænke kvaliteten af de ydelser, som leveres i det kommunale træningsområde.

Tidligere implementeringer har vist at EOJ-systemerne kan medføre frustrationer. Da det er op til den enkelte kommune at stille krav til EOJ-udviklerne, kan manglende understøttelse af monofagligt brug, tværfaglig genbrug og nationale dataudtræk blive en udfordring for både KL, EOJ-udviklerne og de enkelte kommuner. Det kan ligeledes give udfordringer for de medarbejdere,

som skal anvende systemerne og levere dokumentationen og de borgere, som skal modtage ydelser fra det kommunale område.

Dette giver anledning til at belyse følgende initierende problemstilling:

Hvilke udfordringer er der ved at integrere kommunale fysioterapeuter i FSIII, så det bidrager til både monofaglig brug, tværfaglig informationsdeling og nationale dataudtræk?

2. Analyse af monofaglig brug, tværfaglig informationsdeling og det nationale perspektiv

I den følgende problemanalyse analyseres de tre perspektiver i den initierende problemstilling; den monofaglige brug, tværfaglig informationsdeling og det nationale perspektiv gennem standardisering og strukturering af information til dataudtræk. For at belyse den monofaglige brug undersøges fysioterapeuters journalføring, for at få indblik i den kliniske kontekst FSIII skal implementeres i. For at belyse udfordringer ved tværfaglig deling af information undersøges, hvordan der opnås interoperabilitet i samme eller mellem kliniske IT-systemer. Afslutningsvist belyses udfordringer ved national standardisering af information ved at analysere, hvad det betyder at integrationen skal ske med en standardiseret dokumentationsmodel som FSIII.

2.1 Fysioterapeuters dokumentationspraksis

Kommunale fysioterapeuter har, som alle sundhedspersoner, der foretager behandling, pligt til at føre journal(12). Journalen skal ses som et arbejdsredskab, der kan sikre god og sikker behandling, da det af journalen fremgår hvilke overvejelser, der har været under vurderingen og i behandlingen af patienten, samt hvilken behandling patienten modtager og tidligere har modtaget(13). I forhold til lovgivningen skal journalen indeholde patientens navn og personnummer, mens f.eks. stamoplysninger, diagnose og ordinationer, skal indgå hvis det er relevant(12). Det er fysioterapeutens eget faglige skøn der afgør, hvilke informationer, der er relevante at dokumentere i journalen(13). Fagforeningen Danske Fysioterapeuter beskriver hvordan lovgivningen skal fortolkes(14), men også her er dokumentationsrammerne løse.

Fysioterapeutisk dokumentation har traditionelt været præget af ustruktureret fritekst(15). Internationalt har "World Confederation for Physio Therapy" udarbejdet en guideline for journalføring i fysioterapien(16), men det er uklart om denne guideline anvendes på det kommunale træningsområde.

Uddannelsesinstitutionen University College Lillebælt har udarbejdet en rapport omkring skriftlig dokumentation og journalføring, der bl.a. er baseret på WHO's "The International Classification of Functioning, Disability and Health" (ICF). I rapporten udarbejdes en model, der kan anvendes som skabelon for både den fysioterapeutiske undersøgelsesproces og dokumentationen, som kan variere afhængigt af den kliniske kontekst(17). Modellen er udarbejdet til fysioterapeutuddannelsen, og kan dermed give indblik i den dokumentationspraksis som fysioterapeuterne får under uddannelsen. Udbredelsen af modellen samt i hvilket omfang modellen anvendes efter uddannelse er uvist.

Den danske oversættelse af ICF tilbyder en fælles begrebsramme for beskrivelse af funktionsevne(18). ICF bliver anvendt som tankesæt og referenceramme, i fysioterapeutens møde med en borger(19).

Grundprincipperne i ICF er delt op i to dele. Første del, funktionsevne, består af "kroppens funktioner og anatomi" samt "aktivitet og deltagelse". Anden del, kontekstuelle faktorer, består af "omgivelsesfaktorer" og "personlige faktorer". For yderligere information henvises til bilag 3. Ud over at give fysioterapeuterne en struktureret metode til behandling af borgeren, anvendes ICF også i forbindelse med kommunikations og dokumentationsarbejdet, dog kun i mindre grad som klassificering til kodning af ydelser(19).

Derudover praktiserer fysioterapeuterne ud fra evidensbaserede, nationale kliniske retningslinjer ift. undersøgelse og behandling(20).

Fysioterapeuterne arbejder således efter en struktureret praksis ift. undersøgelse og behandling baseret på ICF og evidensbaserede nationale kliniske retningslinjer, hvilket betyder at der er et grundlag for den standardisering og strukturering som FSIII indeholder. Det fremgår derimod ikke af litteraturen, hvorvidt der anvendes en standardisering for fysioterapeuters dokumentationspraksis. Det er i stor grad den enkelte fysioterapeuts faglige vurdering hvad der er relevant at dokumentere(12), hvilket kan være en udfordring ift. standardisering og strukturering af dokumentationen med FSIII.

2.2 Tværfaglig deling af data gennem interoperable IT-systemer

I FSIII er der fokus på genbrug og deling af dokumenterede oplysninger mellem de forskellige faggrupper(1) bl.a. for at undgå dobbeltdokumentation og for at bidrage til større sammenhæng i borgerforløb.

For at udveksle og genanvende informationer i EOJ-systemer, kræver det, at systemerne er interoperable. Interoperabilitet kan defineres som:

“... the ability of two or more systems or components to exchange information and to use the information that has been exchanged”(21). Interoperabilitet kan, ifølge Benson og Grieve, give mindre redundans, spild og fejl(22).

De 3 typer af interoperabilitet; teknisk-, semantisk- og procesinteroperabilitet, spiller alle en rolle i udviklingen af interoperable systemer(22).

- **Teknisk interoperabilitet** omhandler, at data kan flyttes fra system A til system B. Det sikres gennem en standardisering af, i hvilken form data skal udveksles mellem systemer(22). FSIII giver mulighed for at opnå teknisk interoperabilitet gennem FSIII udvekslingsdatasættet. Udvekslingsdatasættet, som bl.a. indeholder aktive tilstande og tilhørende datafelter, er udviklet af Medcom, og skal sikre at data kan sendes og deles på tværs af kommuner, EOJ-systemer og sektorer(23).
- **Semantisk interoperabilitet** omhandler, at indholdet og betydningen af den information der udveksles mellem systemer, forstås ens af både afsender og modtager. For at opnå semantisk interoperabilitet skal der anvendes utvetydig kodning af data. Semantisk interoperabilitet er derfor vigtigt ift. at systemer kan dele, forstå, fortolke og anvende data utvetydigt. (22) FSIII giver mulighed for at opnå semantisk interoperabilitet gennem anvendelse af klassificerede data som tilstande og indsatser, som er relateret til SNOMED CT og ICF.
- **Proces interoperabilitet** omhandler, at informationer opsamlet et sted, kan anvendes af personer til at skabe værdi et andet sted. Proces interoperabilitet opnås, ved at der er en fælles forståelse på tværs af et eller flere netværk og at arbejdsprocesser koordineres ud fra denne fælles forståelse. (22) F.eks. hvis informationer omkring funktionsevnetilstande hos en borger, som er opsamlet af den kommunale hjemmepleje, kan anvendes af det kommunale træningsområde til planlægningen af rehabiliterende indsatser.

For at de organisatoriske elementer i et sundhedssystem kan integreres med hinanden, skal både den tekniske og semantiske interoperabilitet være opnået(24). FSIII giver EOJ-systemerne grundlag for at blive procesinteroperable, ved teknisk at kunne dele informationerne og begrebernes semantiske betydning fastsættes. Opnåelse af potentialet ved interoperable systemer sker ikke alene ved udvekslingen af data, teknisk og semantisk, men først når informationen anvendes i klinisk praksis til at handle anderledes end klinikerne ville have gjort uden informationen(22). F.eks. hvis hjemmesygeplejersken har dokumenteret oplysninger omkring borgerens boligforhold i EOJ-systemet, kan informationen genbruges af fysioterapeuten i forbindelse med træning.

En mulig løsning til at opnå interoperabilitet mellem tilstande for de eksisterende faggrupper i FSIII er et navigationshierarki udviklet af Gøeg et al.(25). Navigationshierarkiet er en løsning på hvordan de enkelte faggrupper kan bibeholde deres monofaglighed i dokumentation, imens informationerne kan deles tværfagligt(25). I evalueringskriterierne for FSIIIs kompatibilitets vurdering stilles der ikke krav til navigationshierarkiet anvendelse eller hvordan der kommunalt skal deles data tværfagligt(7).

FSIII har med anvendelse af navigationshierarkiet potentiale til at opnå procesinteroperabilitet, men at det er op til den enkelte kommune at stille krav til og sikre den tværfaglige deling af data mellem de enkelte faggrupper i EOJ-systemerne.

2.3 National standardisering af dokumentation gennem klassifikation og terminologi i FSIII

FSIII er bygget op omkring strukturering og klassificering af data for at gøre dokumentation mere ensartet og give mulighed for at udveksle data internt i kommunen, mellem kommunerne og nationalt(1).

Klassificerede data i FSIII er oplysninger, der dokumenteres ud fra en række definerede valgmuligheder f.eks tilstande og indsatser. Strukturerede data er oplysninger, der dokumenteres i definerede felter, enten klassificeret eller som fritekst som f.eks. fagligt notat. (1).

I FSIII anvendes det internationale terminologisystem SNOMED CT og klassifikationer som ICF, ICD-10 og ICPC-2 for at sikre kvalitet, konsistens og entydighed(1). Desuden indgår egne FSIII-klassifikationer. ICF indgår som klassifikation af funktionsevnetilstande både hos hjemmeplejen og i videreudviklingen til træningsområdet(1). SNOMED CT indgår som klassifikation af helbreds-tilstande og sygeplejefaglige indsatser (1). SNOMED CT er en klinisk terminologi, der fungerer som referenceterminologi i FSIII, se bilag 4. Anvendelse af SNOMED CT muliggør bl.a. konsistent repræsentation af klinisk information i elektroniske journaler, meningsbaserede udtræk og understøtter deling af relevant information i patientforløb gennem fælles forståelse og fortolkning af de involverede parter(26).

FSIIIs anvendelse af klassificerede og strukturerede data gennem internationale klassifikationer og terminologisystemet SNOMED CT betyder, at der skabes en fælles referenceramme på tværs af faggrupperne i kommunalt regi. Det medvirker til at skabe utvetydige definitioner af begreber med mulighed for at anvende forskellige kliniske beskrivelser i forskellig kontekst, samt mulighed for datadeling.(25)

Som beskrevet i afsnittet om fysioterapeuternes dokumentation, anvendes ICF i dansk kontekst primært som referenceramme og ikke som klassifikation(19). Det kan betyde at fysioterapeuterne vil opleve en genkendelighed ift. ICF-strukturen, da de allerede anvender denne som referenceramme for deres dokumentation.

Selvom strukturering af dokumentation kan medføre fordele i form af datagenbrug, kan høj grad af strukturering medføre længere tid brugt på dokumentation for den sundhedsprofessionelle og gøre informationen mindre relevant for den primære sundhedsydelse(9). Sundhedsinformation er altid indspundet i den kontekst information er produceret i(11). Det er muligt at adskille informationen fra konteksten, men det kræver bearbejdning. Des længere informationen skal kunne cirkulere og des flere kontekster, den skal være anvendelig i, jo mere arbejde kræver det, at adskille informationen fra den kontekst den er produceret i (11). Spørgsmålet er hvem der skal adskille informationen fra konteksten, for at der kan sikres genbrug af data til både primære og sekundære brug.

De primære formål er at understøtte behandlingen, kliniske beslutninger, kontinuitet af pleje og kommunikationen mellem de sundhedsprofessionelle(8), altså de patientnære forhold. Ved det sekundære formål bruges data i forbindelse med administration og forskning (27).

Hvis det er den sundhedsprofessionelle der skal adskille informationen fra konteksten, risikeres det, at det tager tid fra deres primære funktioner med at levere sundhedsydelser, hvilket også ses ved overdokumentation i opfølgningen på businesscasen.

Det er derfor afgørende at informationen bliver anvendelig til både primære og sekundære formål, hvilket er en udfordring når FSIII strukturerer og standardiserer træningsområdets dokumentation til mere genbrug af data på tværs af faggrupperne.

2.4 Opsummering

Fysioterapeuters arbejde er standardiseret ift. ICF og nationale kliniske retningslinjer, hvilket kan give et grundlag for strukturering og standardisering med FSIII. Der findes forskellige guidelines og modeller for fysioterapeutisk journalisering, mens lovgivningen lægger op til en faglig vurdering af hvad der er relevant at dokumentere, hvilket kan udfordre en standardisering og strukturering af dokumentationen. Der mangler viden om hvad og hvordan der dokumenteres i praksis på det kommunale træningsområde og dermed hvilken praksis der skal understøttes i et EØJ-system.

Når informationen gennem FSIII standardiseres og struktureres skal det balanceres med anvendeligheden i klinisk praksis, fordi det pålægger klinikerne en øget arbejdsbyrde at producere informationen. Der mangler viden omkring hvilken information den kommunale fysioterapeut skal

bruge fra andre fysioterapeuter og andre sundhedsprofessionelle på tværs af faggrupper i kommunen for at opnå procesinteroperabilitet.

For at kunne sikre sammenhæng på tværs af faggrupperne i de kommunale EOJ-systemer skal det undersøges, hvilke forhold der skal overvejes for at EOJ-systemerne understøtter både monofaglig dokumentationspraksis, informationsbehov, tværfaglig deling af informationer samt FSIII.

Derfor undersøges følgende problemformulering:

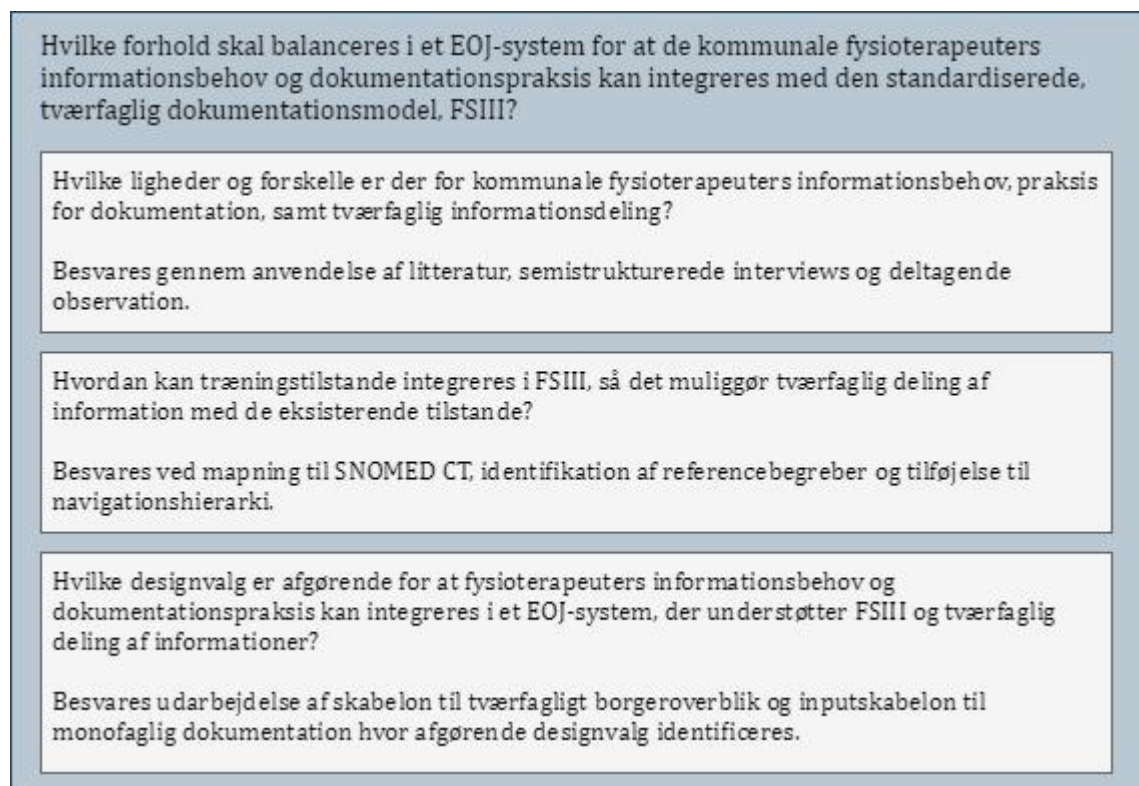
“Hvilke forhold skal balanceres i et EOJ-system for at de kommunale fysioterapeuters informationsbehov og dokumentationspraksis kan integreres med den standardiserede, tværfaglig dokumentationsmodel, FSIII?”

3. Metode

I dette afsnit præsenteres projektets design og metode til besvarelse af problemformulering.

3.1 Projektets design

Projektets design bestod af tre dele, som hver svarede på et af de opstillede forskningsspørgsmål i figur 2.



Figur 2: Specialets design med problemformulering, forskningsspørgsmål og metoder anvendt til besvarelse.

Figur 2 viser projektets tre dele med tilhørende forskningsspørgsmål samt hvilke metoder, som er anvendt til at besvare forskningsspørgsmålene og dermed den samlede problemformulering. Viden om ligheder og forskelle i klinisk praksis og videreudvikling af navigationshierarki med træningstilstande i FSIII blev anvendt i besvarelse af projektets sidste forskningsspørgsmål om integration i et EOJ-system. Alle tre dele besvarede samlet set problemformuleringen.

De forskellige metoder og tilhørende overvejelser gennemgås i de følgende afsnit.

3.2 Litteratursøgning

I det følgende afsnit bliver projektets søgestrategi præsenteret med to eksempler på litteratursøgninger.

I projektet blev der søgt litteratur flere gange i løbet af projektperioden med forskellige formål. Der blev bl.a. fundet materiale om fysioterapeuters dokumentationspraksis og Fælles Sprog 3. Litteratur fra kurset "Semantics in clinical information systems" på Aalborg Universitet blev anvendt. Denne litteratur blev anvendt som baggrundslitteratur for specialet samt til at finde relevante søgeord til den strukturerede søgning. Der blev foretaget kædesøgninger ud fra relevante artiklers referencer, for at supplere foretagede litteratursøgninger.

3.2.1 Struktureret litteratursøgning i videnskabelige databaser

Der blev til afdækning af videnskabelig litteratur inden for projektets problemstilling foretaget en struktureret litteratursøgning, se tabel 1, på følgende fokuserede spørgsmål: Hvilke potentialer og udfordringer er der ved at opnå procesinteroperabilitet i et EOJ-system for kommunale fysioterapeuter?

For at finde informationer, der kunne svare på det opstillede spørgsmål, blev der anvendt bloksøgninger i udvalgte databaser Embase, Pubmed og Cochrane. Bloksøgningerne blev opstillet med de boolske operatører "AND" og "OR" for at indsnævre søgningen ved at kombinere de fundne relevante kontrollerede emneord. De kontrollerede emneord blev fremsøgt i den enkelte databases tilhørende tesaurus. De kontrollerede emneord blev anvendt for at søgningen identificerede flest mulige relevante studier. Der blev så vidt muligt kun søgt med kontrollerede emneord, men for få aspekter var det ikke muligt at opstille kontrollerede emneord, eller hvis der var for få hits med et bestemt emneord, blev der anvendt eller suppleret med fritekstord. Fritekstord kan hjælpe med fremsøge litteratur, der ikke er indekseret korrekt, men blev så vidt muligt undgået, da det kan give en mindre præcis søgning. (28)

Med udgangspunkt i rapportens problemanalyse og problemformulering var der et behov for, at finde viden omkring to emner. Det første emne omhandler fysioterapeuternes informationsbehov og dokumentationspraksis i den kommunale rehabilitering. Det andet emne var, hvordan en tværfaglig dokumentationsstandard til brug i den primære sektors EOJ-systemer udvikles på baggrund af struktureret og klassificeret data.

Ud fra disse blev der formuleret to fokuserede spørgsmål, som den struktureret litteratursøgning skulle besvare:

- Hvad karakteriserer fysioterapeuters dokumentationspraksis og informationsbehov?
- Hvordan integreres en tværfaglig dokumentationsstandard opbygget på struktureret og klassificeret data til brug i de kommunale træningsområders EOJ-systemer?

3.2.2 Strategi for gennemgang og udvælgelse af den fundne litteratur

Artiklernes titel og abstract blev læst, hvorudfra der blev udvalgt artikler til kritisk gennemlæsning. Artiklerne blev valgt ud fra relevans for emnet, resultaternes validitet og om artiklen besvarede det fokuserede spørgsmål. Der blev kun inkluderet studier skrevet på Engelsk eller Dansk.

Fokuserede spørgsmål	Hvilke potentialer og udfordringer er ved at opnå procesinteroperabilitet i et EOJ-system for kommunale fysioterapeuter?			
Søgeord	"Electronic Health Records"[Mesh] "Hospital Information Systems" [Mesh] Medical Informatics"[Mesh] "Health Information Systems"[Mesh] Electronic health Record* Computer-based patient record* Electronic medical record* Clinical information system* Hospital information system* Health information system Health information technology* Electronic patient record*	"Health information interoperability" [Mesh] Interoperability Process interoperability "Workflow" [Mesh] Workflow Process	"Physical Therapy Specialty" [Mesh] "Physical Therapy Modalities" [Mesh] "Rehabilitation" [Mesh] Rehabilitation* "Primary Health Care" [Mesh] Physical therap*	User-Computer Interface"[Mesh] "Software Design" [Mesh]
Database: Pubmed D. 19. feb. 2019	Hits: 212 Udvalgt til gennemlæsning: 43 Anvendt: 5			
Database: Embase d. 19 feb. 2019	Hits: 59 Udvalgt til gennemlæsning: 12 Anvendt: 2			

Tabel 1: Eksempel på struktureret litteratursøgning anvendt til afdækning af problemstilling.

I tabel 2 vises et eksempel på en struktureret litteratursøgning i Pubmed og Embase anvendt til afdækning af hvordan en tværfaglig dokumentationsstandard til brug i den primære sektors EOJ-systemer, som FSIII, udvikles på baggrund af struktureret og klassificeret data. Der er i PubMeds tesaurus fremsøgt relevante kontrollerede emneord i [Mesh]-termer og i Emtree i Embase.

Fokuserede spørgsmål	Hvordan integreres en tværfaglig dokumentationsstandard opbygget på struktureret og klassificeret data til brug i de kommunale træningsområders EOJ-systemer?		
Søgeord	"Electronic Health Records"[Mesh] "Health Information Systems"[Mesh] "shared record"	"Home Care Services"[Mesh] "Primary Health Care"[Mesh] "Rehabilitation Centers"[Mesh] "Rehabilitation"[Mesh]	"Interdisciplinary Communication"[Mesh] "Systematized Nomenclature of Medicine"[Mesh] "Health Information Interoperability"[Mesh]
Database: Pubmed D. 20 maj 2019	Hits: 57 Udvalgt til gennemlæsning: 14 Anvendt: 2		
Database: Embase d. 20 maj 2019	Hits: 11 Udvalgt til gennemlæsning: 4 Dubletter: 3 Anvendt: 0		

Tabel 2: Eksempel på struktureret litteratursøgning anvendt til besvarelse af emne, ud fra et fokuseret spørgsmål.

3.3 Metode til afdækning af fysioterapeuternes dokumentationspraksis og informationsbehov

For at kunne integrere det kommunale træningsområde i det allerede eksisterende FSIII, skulle de kommunale fysioterapeuters informationsbehov og dokumentationspraksis afdækkes. Efter at have afdækket dette gennem 'Hjælp til journalføring's materiale fra fysioterapeuternes fagforening(14), rapport om Journalføring fra fysioterapeutuddannelsen(17) og gældende lovgivning(4,12,13), blev det klart, at der ikke var en standardisering af dokumentationspraksis. For at få en forståelse af dokumentationspraksis og informationsbehov i det kommunale træningsområde, blev der foretaget semistrukturerede interviews og deltagende observationer.

Der blev derudover fremvist to EOJ-systemer, se bilag 5. Projektgruppen deltog i en workshop hos KL, for at få forståelse for udviklingsprocessen af FSIII til kommunal træning.

3.3.1 Semistrukturerede interviews

Der blev foretaget semistrukturerede interviews, med inspiration fra Kvale og Brinkmann(29), til at afdække fysioterapeuternes dokumentationspraksis og informationsbehov. Anvendelse af semistruktureret interview gav mulighed for at få besvaret udvalgte emner samtidig med, at det gav mulighed for at stille opfølgende spørgsmål(29). Denne metode blev anvendt for at projektgruppen kunne få et indblik i interviewpersonens perspektiver frem, for at projektgruppens forforståelse blev be- eller afkræftet.

Anvendt interviewguide er vedlagt i bilag 6. Der blev foretaget fire interviews med fysioterapeuter fra det kommunale træningsområde i fire forskellige kommuner. Interviewene fandt sted på fysioterapeuternes arbejdsplads og alle fysioterapeuter underskrev et informeret samtykke. I to af de fire kommuner foregik dokumentationen i EOJ-systemer, som understøttede FSIII til hjemmepleje og hjemmesygepleje, derfor havde fysioterapeuterne kendskab til FSIII.

Interviewene blev transskriberet, og derefter meningskondenseret med inspiration fra Kvale og Brinkmanns 5 trin til meningskondensering(29), dog med afvigelse ift. tematiseringen af meningsenheder. Disse tog udgangspunkt i interviewguidens seks emneområder, med mulighed for tilføjelse af temaer, der kom til udtryk under interviewene. Meningsenhederne blev tematiseret ud fra følgende temaer:

1. Det første møde med borgeren
2. Efterfølgende møder med borgeren
3. Monofaglig overlevering af borger
4. Dokumentation af holdtræning
5. Anvendelse af information fra andre faggrupper
6. Forskel på borgere henvist efter SEL og SUL.
7. Brug af skalaer

Meningsenhederne for hvert tema blev sammenskrevet i deskriptive udsagn(29), se bilag 7. Meningskondensering blev valgt som analysemetode, da det bibeholder data udtrykt i almindeligt sprog(29). Det gav derfor mulighed for at gengive fysioterapeuternes opfattelse af deres informationsbehov og dokumentationspraksis, i deres eget sprog og for overskueligt at kunne sammenligne fysioterapeuternes behov og praksis.

3.3.2 Deltagende observation

Der blev foretaget tre deltagende observationer af fysioterapeuters dokumentationspraksis med inspiration fra Bryman(30), observationsguiden ses i bilag 8. Dette var for at få et indblik i fysioterapeuternes praksis, og ikke kun gengivet af fysioterapeuterne gennem interviews. Observationerne var deltagende, hvilket gav mulighed for at stille spørgsmål til fysioterapeuternes aktiviteter og valg ift. informationsindhentning og dokumentation. Observationerne foregik i to forskellige kommuner, hvor FSIII var implementeret i den ene, mens det var under implementering i den anden. Der blev observeret og spurgt ind til følgende områder:

- Hvilken information fysioterapeuten anvendte eller dokumenterede
- Hvornår fysioterapeuten dokumenterede
- Hvor og med hvilke redskaber der blev dokumenteret
- Hvorfor der blev dokumenteret som der gjorde

Der blev lavet en beskrivende analyse af observationerne(31) med henblik på at redegøre for de observerede fysioterapeuters dokumentationspraksis samt indhentning af informationer omkring borgerne, se bilag 9.

3.4 Integration af træningstilstande til navigationshierarki version 1.6

Tværfaglig deling af information gennem anvendelse af et navigationshierarki blev udviklet i Gøeg et al.(25) til FSIII. Det er en metode til at dele informationer på tværs af faggrupper gennem anvendelse af SNOMED CT som referenceterminologi. De to træningstilstandsområder Bevægelse og Bevægeapparatet blev anvendt som eksempel på mapning til SNOMED CT, til tildeling af referencebegreber og placering i det eksisterende navigationshierarki version 1.6(32). I projektet blev de to udvalgte træningstilstandsområder integreret i navigationshierarkiet med det formål, at eksemplificerer dets anvendelse til tværfaglig informationsdeling og identificere, hvor der var mulighed for genbrug af dokumentation mellem fysioterapeuterne og andre faggrupper.

3.4.1 Mapning af FSIII træningstilstande til SNOMED CT

For at kunne integrere de to træningstilstandsområder til navigationshierarki version 1.6(33), blev ti træningstilstande mappet til SNOMED CT. For de træningstilstande, hvor der var semantisk overlap med eksisterende FSIII tilstande, blev samme SNOMED CT kodning anvendt. De træningstilstande der ikke havde semantisk overlap med eksisterende FSIII tilstande, blev mappet til nye SNOMED CT begreber.

Begreber blev fremsøgt i IHTSDO SNOMED CT browser(34). Der blev anvendt guidelines(35) til mapningen af SNOMED CT begreber for at opnå en ensartet mapping proces. Konsistens i mapningen, frem for semantisk præcision, blev prioriteret med det formål at muliggøre forudsigelige

dataudtræk. Dette indebar at begreber blev valgt ud fra hvilken informationstype de skulle repræsentere, så kliniske fund blev repræsenteret af et SNOMED begreb fra *Clinical Findings* hierarkiet, også selvom et begreb fra et andet hierarki, rent semantisk ville være mere præcist. Der ved blev relaterede informationer repræsenteret homogent ved at udvælge SNOMED CT begreber fra samme sub-hierarkier(35).

3.4.2 Identifikation af reference begreber for FSIII tilstande og placering i navigationshierarkiet

For at de fundne SNOMED CT begreber for træningstilstande kunne placeres i navigationshierarki version 1.6, blev deres hierarkiske tilhørsforhold fremfundet i IHTSDO SNOMED CT browser(34). Ud fra de hierarkiske tilhørsforhold blev træningstilstandene placeret i navigationshierarkiet.

For at kunne oprette referencebegreber for de tilføjede træningstilstande, blev der identificeret Least Common Parents(LCP) for de placerede træningstilstande og de helbreds- og funktionseventilstande, der allerede var i navigationshierarkiet. LCP er den mest specifikke forældre til to eller flere begreber. (36)

Ud fra LCP blev det vurderet, om de begreber LCP repræsenterede var af den samme kliniske karakter. For de af LCP der dækkede begreber hvor det blev vurderet klinisk relevant at kunne udtrække data samlet, blev der oprettet et referencebegreb. For de af LCP som dækkede over begreber, hvor der ikke blev vurderet klinisk relevans ved udtræk af alle begreber under LCP, blev der oprettet flere underliggende referencebegreber.

3.5 Design af skabeloner til integration af fysioterapeuters informationsbehov og dokumentationspraksis i et EOJ-system, der understøtter FSIII

For at eksemplificere, hvilke designvalg der var afgørende for, hvordan tværfaglig dokumentation kan deles ved anvendelse af navigationshierarkiet, samt hvordan fysioterapeuter kunne foretage monofaglig dokumentation samtidig med dokumentation af FSIII tilstande og indsatser blev der udarbejdet to skabeloner.

3.5.1 Udformning af borgercase

Til at eksemplificere funktionerne i skabelonerne med et realistisk klinisk indhold, blev der udformet en caseborger Egon. Casen blev kommenteret og verificeret af en fysioterapeut, to hjemmesygeplejersker, en social- og sundhedsassistent fra kommunal hjemmepleje ift. relevante ydelser på borgerens problematikker.

3.5.2 Udformning af skabeloner

En skabelon til tværfagligt borgeroverblik og en skabelon til monofaglig dokumentation blev udviklet gennem en iterativ udviklingsproces, hvor flere skabeloner blev tegnet på papir.

I første iteration blev en monofaglig input skabelon udviklet på baggrund af dokumentationsmodel fra UCL(17), FSIIIs krav til dokumentation af tilstande og indsatser(1,37) samt krav til brugergrænseflader identificeret gennem struktureret litteratursøgning. I den følgende iteration blev resultatet af afdækning af informations- og dokumentationsbehov for de kommunale fysioterapeuter inddraget.

En skabelon til tværfagligt borgeroverblik blev udviklet på baggrund af identifikation af behov for tværfaglig deling af information i projektets første del. Integrationen i det eksisterende navigationshierarki blev anvendt i anden iteration af udviklingen. Information om fysioterapeuternes informationsbehov og FSIIIs krav til dokumentation og fremvisning blev anvendt som baggrund for valg og fravalg af information i borgeroverblikket.

Udformning af skabeloner blev valgt, som metode til at eksemplificere, hvilke designvalg der var afgørende, da det gav et konkret og håndgribeligt billede af hvilke konsekvenser valgene havde.

4. Resultater

I de følgende afsnit præsenteres resultaterne af projektets tre dele. I det første afsnit præsenteres resultaterne af interviews og observationer om kommunale fysioterapeuters informationsbehov og dokumentationspraksis. Derefter præsenteres resultaterne af tilføjelse af træningsområdet til navigationshierarkiet. Resultaterne af udvikling af skabeloner til understøttelse af fysioterapeuters dokumentation i FSIII er fremvist og afgørende designvalg præsenteret.

4.1 Kommunale fysioterapeuters informationsbehov, dokumentationspraksis og tværfaglig informationsdeling

Dette afsnit tager udgangspunkt i interviews og observationer med kommunale fysioterapeuter. Meningskondenseringen af interviews kan ses i bilag 7 og beskrivelser af observationerne kan ses i bilag 9.

4.1.1 Kommunale fysioterapeuters dokumentationspraksis

Alle informanterne foretog en fysioterapeutisk undersøgelse og en anamnese, som blev dokumenteret efter ICF strukturen. Ved det første møde med borgeren dokumenterer fysioterapeuten en række elementer, som danner grundlag for vurdering af borgeren, se tabel 3. Ved de efterfølgende møder dokumenteres primært ændringer ift. første møde.

Dokumentation ved første møde	
• Borgerens baggrund • Boligforhold • Ressourcer • Tidligere og nuværende sygdom • Smerter • Symptomer • Forværrende faktorer • Søvn • Fritid	• Hjælp i hjemmet • Medicin • Undersøgelser og tests samt resultat heraf • Borgerens mål • Faglige mål • Plan for træningen • Konklusion
Dokumentation ved efterfølgende møder	
• Interventioner • Afvigelser fra planen • Undersøgelser og tests	• Observationer • Nye informationer

Tabel 3: Oversigt over informationer fysioterapeuterne dokumenterer ved mødet med en borger, fundet under interview og observation. Alle fysioterapeuter nævner ikke alle punkterne.

Flere af informanterne havde tablets til rådighed, som kunne bruges til løbende dokumentation, men der var stor variation i hyppigheden for anvendelsen. Den ene halvdel anvendte tablet under mødet med borgeren og kunne dermed dokumentere løbende i journalen. Den anden halvdel anvendte papir til at notere på under mødet med borgeren. En informant fortæller, at brugen af tablet virker tidsbesparende, da de for to år siden sad med papirer og skrev det hele ned, for bagefter at bruge en halv time på at skrive noter ind på computer. Den halve time er væk, så de kan tage en ny borger. Informanten beskriver mindre stress, da mødet med borgeren bliver afrundet og dokumentation ikke bliver udsat til senere, hvis fysioterapeuten har en ny borger lige efter og ellers først kunne renskrive dokumentationen senere. En anden informant fortæller, at hun ikke bruger tablet til at dokumentere undervejs. De har diskuteret om tidsforbruget kunne nedsættes ved at undgå at skrive på papir først, men anså papiret som et arbejdsark, der fordrer den kliniske ræsonnering, som måske ikke kommer ved at skrive direkte ind. De havde en temadag om dokumentation, hvor de gennemgik deres undersøgelsesark, for at de fik samme kvalitet. De har forsøgt at standardisere dokumentationen gennem de anvendte undersøgelsesark. En anden informant fortalte at han dokumenterede i fritext på papir uden foruddefineret struktur. Under observationerne sås både brug af tablet og papir. Fysioterapeuten skrev udvalgte notater fra papirskabelonen ind i EOJ-systemet efter mødet, men blev ikke færdig inden næste borger. Ved brug af tablet blev journalen også åbnet på computeren efterfølgende, for kort at rette tastefejl og uafsluttede sætninger.

4.1.2 Kommunale fysioterapeuters monofaglige informationsbehov

Når en borger henvises til det kommunale træningsområde, er der forskel på hvilken information fysioterapeuten får. Borgere der er henvist efter sundhedsloven, får medsendt en genoptræningsplan fra sygehuset, hvor borgerens tilstand ved udskrivelse og retningsanvisninger for træningen er angivet. Borgere der henvises efter serviceloven har oftest et fald i funktionsniveau, som er vurderet af egen læge eller hjemmeplejen. Her er der ikke medsendt samme mængde af informationer og fysioterapeuterne skal selv stå for at lave undersøgelsen og planlægge træningsforløbet. Den dokumentation som fysioterapeuten foretager, bliver primært anvendt som baseline måling til at vurdere progression i borgerens forløb. Dokumentationen bliver dog også anvendt i klagesager eller hvis en kollega skal overtage en borger. To af informanterne beskriver at det forekommer at én fysioterapeut foretager den fysioterapeutiske undersøgelse og derefter videregiver forløbet til en kollega. Alle fysioterapeuterne beskriver, at de som minimum har brug for information i form af dokumentation af den fysioterapeutisk undersøgelse for at overtage en borger fra en anden. Tabel 4 viser den påkrævede information ved overlevering. Ved en observation havde bor-

geren tidligere været i et træningsforløb med en lignende problematik. Fysioterapeuten konstaterede at der var dokumentation om et tidligere forløb, men orienterede sig ikke yderligere i informationerne.

Informationsbehov ved overlevering	
Anamnese • Funktionsniveau, nuværende og tidligere • Baggrundshistorie • Nuværende problematik • Smerteproblematikker • Problematikker i hverdagen • Ønsker, mål og motivation • Borgerens netværk og ressourcer • Restriktioner • Diagnoser	Herudover • Relevante undersøgelser og tests, samt resultat heraf. • Interventioner, og hvilke der har effekt • Konklusion • Progression/regression

Tabel 4: Oversigt over informationsbehov ved overlevering af en borger i et træningsforløb fra én fysioterapeut til en anden. Alle fysioterapeuter nævner ikke alle punkterne.

4.1.3 Kommunale fysioterapeuters tværfaglige informationsbehov

Alle informanter fortæller, at de læser hvad de andre faggruppers dokumentation i borgerens journal for at danne sig et overblik over information, som kan være relevant for det kommende møde. Der ses dog variation i, hvor meget fysioterapeuterne læser. Halvdelen af fysioterapeuterne læser ofte alt, hvad der er dokumenteret på en borger, siden de sidst så borgeren. Den anden halvdel skimmer journalen for at finde relevant information, f.eks. læses dokumentation om medicindosering ikke. En af informanterne finder det relevant at se, hvordan borgeren er kommet ind og ud af sengen efter at have været til træning, således at træningsniveauet kan tilpasses. Udover at orientere sig i journalen, taler fysioterapeuterne også gerne med personalet, f.eks. på plejehjemmet, hvis de møder dem for at høre om der er nyopståede problemer. En informant arbejder indenfor specialområdet og har et tæt samarbejde med pædagoger, social og sundhedsassistenter og sygeplejersker. Informanten anvender f.eks. pædagogisk hensyn, kognitiv alder i forhold til tilrettelæggelse af træningen og sygeplejerskernes information om medicin. Informanten fra specialområdet har brug for at læse de andre faggruppers dokumentation, for at få borgers historik, da disse borgere typisk ikke har et sprog. Ved disse borgere er han afhængig af at kunne skrive anamnese ud fra andres dokumentation.

Informanterne formoder, at andre samarbejdspartnere omkring borgeren, f.eks. ergoterapeut, hjemme- eller sygeplejen, anvender fysioterapeuternes dokumentation. Ingen af informanterne er dog klar over i hvilket omfang dokumentationen anvendes af andre faggrupper.

4.1.4 Opsummering

Dataindsamlingen viste en række ligheder. Dokumentationen ved det første møde med borgeren var sammenlignelig. Undersøgelser og tests blev anvendt som baseline målinger til senere undersøgelser f.eks. ved overlevering. Alle fysioterapeuterne læste i de andre faggruppers journaler, det var dog forskelligt, hvor meget fysioterapeuterne læste fra andre faggruppers journaler og anvendte herfra. Desuden var der forskel på dokumentationspraksis f.eks. mængden af løbende dokumentation og hvilket redskab de anvendte. Fysioterapeuterne arbejdede forholdsvis standardiseret, men deres dokumentationspraksis var forskelligartet. Dette gav anledning til følgende overvejelser ved integration af træningsområdet med FSIII; Forholdet mellem fysioterapeuternes forskelligartede dokumentationspraksis skal overvejes ift. den mere ensartet dokumentation i FSIII. Fysioterapeuterne har brug for mere tværfaglig information, end de kan læse i de obligatoriske data fra FSIII, f.eks. på specialområdet, hvor journalen er den primære kilde til informationer om borgeren.

4.2 Resultat af mapning af FSIII træningstilstande til SNOMED CT

I dette afsnit præsenteres resultatet af mapning af FSIII's træningstilstandsområder Bevægelse og Bevægeapparatet (under udvikling af KL), med henholdsvis fem træningstilstande i hver.

Træningstilstandsområdernes mapning til SNOMED CT-begreber samt valg af referencebegreber præsenteres i tabel 5 og 6.

Område: Bevægelse	FSIII tilstand	SNOMED CT
Referencebegreb: SCTID: 364832000 Finding related to ability to perform gross motor function Problemer med mobilitet og bevægelse		
	Træningstilstand 1	SCTID: 364904005 Finding related to ability to assume and maintain a position
	Træningstilstand 2	SCTID: 366727007 Finding related to ability to walk
	Træningstilstand 3	SCTID: 365092005 Finding related to ability to mobilize
Referencebegreb: SCTID: 365136007 Finding related to ability to perform general purpose physical activities		
	Træningstilstand 4	SCTID: 365136007 Finding related to ability to perform general purpose physical activities
Referencebegreb: SCTID: 365346003 Finding related to ability to use transport		
	Træningstilstand 5	SCTID: 365346003 Finding related to ability to use transport

Tabel 5: Referencebegreber og SNOMED CT mapning af fem, anonymiserede træningstilstande i FSIII under træningstilstandsområdet Bevægelse.

For træningstilstande indenfor området Bevægelse blev SNOMED CT begreber indenfor subhierarkiet *Functional findings* under hierarkiet *Clinical findings* prioriteret, da området Bevægelse omhandlede funktionsevne. For området Bevægelse blev der identificeret semantisk overlap for fire ud af fem træningstilstande. Sammenhæng mellem tilstande blev derfor prioriteret over den præcise formulering af træningstilstanden f.eks. blev samme SNOMED CT begrebet SCTID:

365136007 | Finding related to ability to perform general purpose physical activities | anvendt for træningstilstand 4, som den allerede eksisterende funktionsevnetilstand 'Løfte og bære'.

Område: Bevægeapparatet	FSIII tilstand	SNOMED CT
Referencebegreb: SCTID: 106028002 Musculoskeletal finding		
	Træningstilstand 6	SCTID: 106030000 Muscle finding
	Træningstilstand 7	SCTID: 118952005 Joint finding
	Træningstilstand 8	SCTID:298315009 Finding of pattern of coordina- tion
Referencebegreb: SCTID: 609626005 Finding of pelvis		
	Træningstilstand 9	SCTID: 609626005 Finding of pelvis
Referencebegreb: SCTID: 298304004 Finding of balance (finding)		
	Træningstilstand 10	SCTID: 298304004 Finding of balance

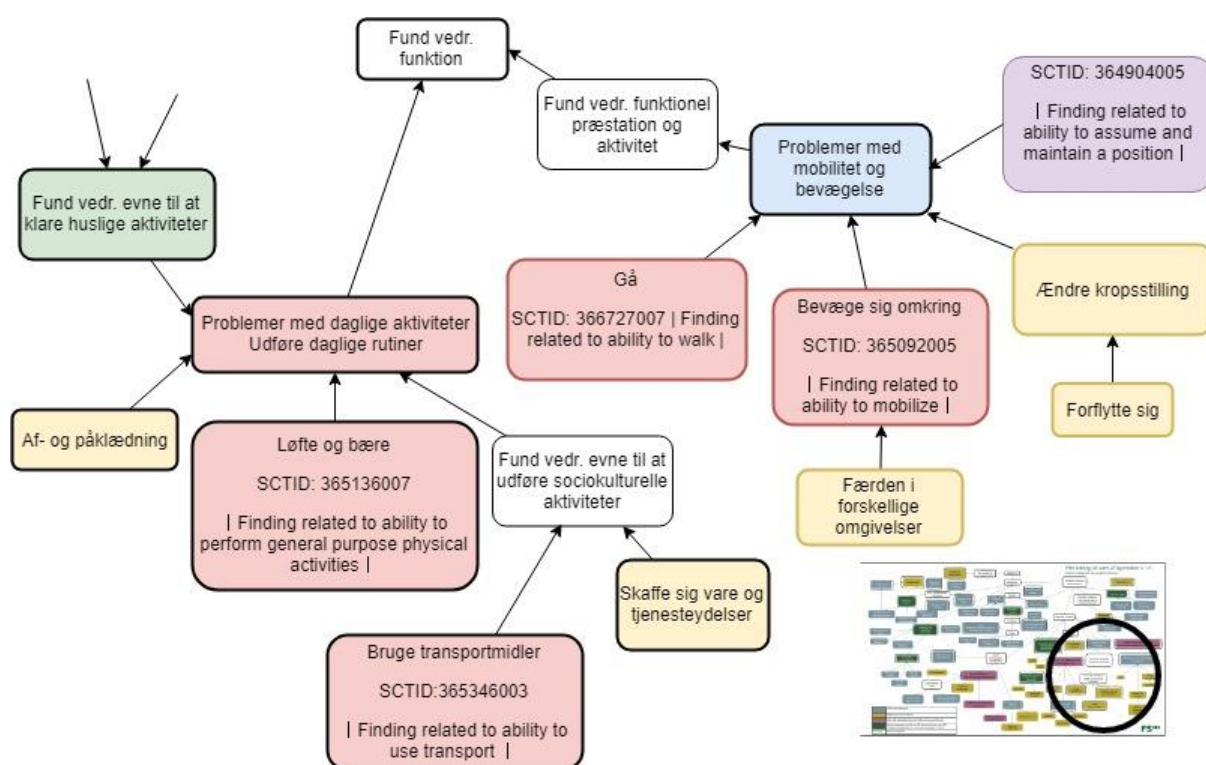
Tabel 6: Referencebegreber og SNOMED CT mapning af fem, anonymiserede træningstilstande i FSIII under træningstilstandsområdet Bevægeapparatet.

For træningstilstande indenfor området Bevægeapparatet blev SNOMED CT begreber indenfor subhierarkiet *Finding by site* under hierarkiet *Clinical findings* prioriteret, da området Bevægeapparatet omhandlede kroppens funktioner og anatomi. For træningstilstande indenfor området Bevægeapparatet blev der ikke identificeret semantisk overlap for de fem træningstilstande, derfor blev disse oprettet som nye SNOMED CT begreber. For at muliggøre anvendelse af fælles referencebegreber blev SNOMED CT begreber med Common Parents prioriteret, f.eks. blev SCTID:298315009 | Finding of pattern of coordination | valgt fordi det havde LCP SCTID: 106028002 | Musculoskeletal finding | til fælles med to øvrige træningstilstande indenfor Bevægeapparatet. For de træningstilstande, som ikke havde klinisk relevante LCPs med de øvrige tilstande blev tilstanden oprettet som referencebegreb i sig selv.

4.3 Navigationshierarki

I dette afsnit præsenteres de udsnit af navigationshierarkiet, hvor træningstilstandsområder og dertilhørende træningstilstande blev tilføjet. Det er angivet hvor i det oprindelige navigationshierarki, træningstilstandene blev tilføjet. Nedenfor forklares farvemarkering af tilstandstyper i navigationshierarkiet.

	FSIII Helbredstilstande
	FSIII Funktionsevnetilstande
	FSIII Træningstilstand
	Flere typer af tilstande
	Referencebegreb der ikke er en tilstand, men overordnet begreb.
Fed Streg	Referencebegreber

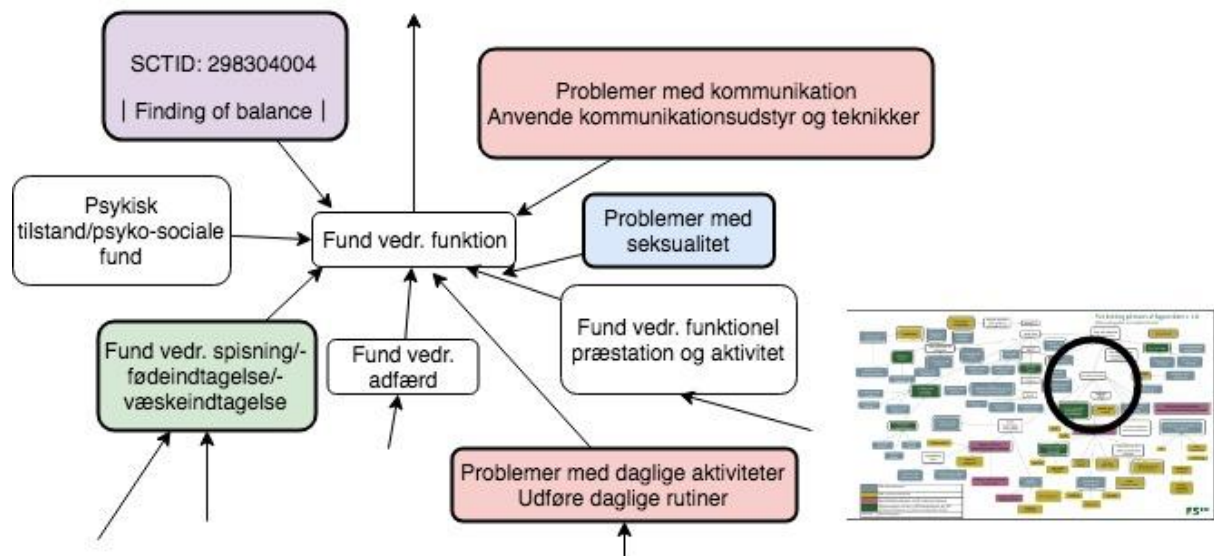


Figur 3: Tilstandsområdet *Bevægelse* tilføjet til et udsnit af navigationshierarkiet. Træningstilstande er angivet med SNOMED CT id og beskrivelse.

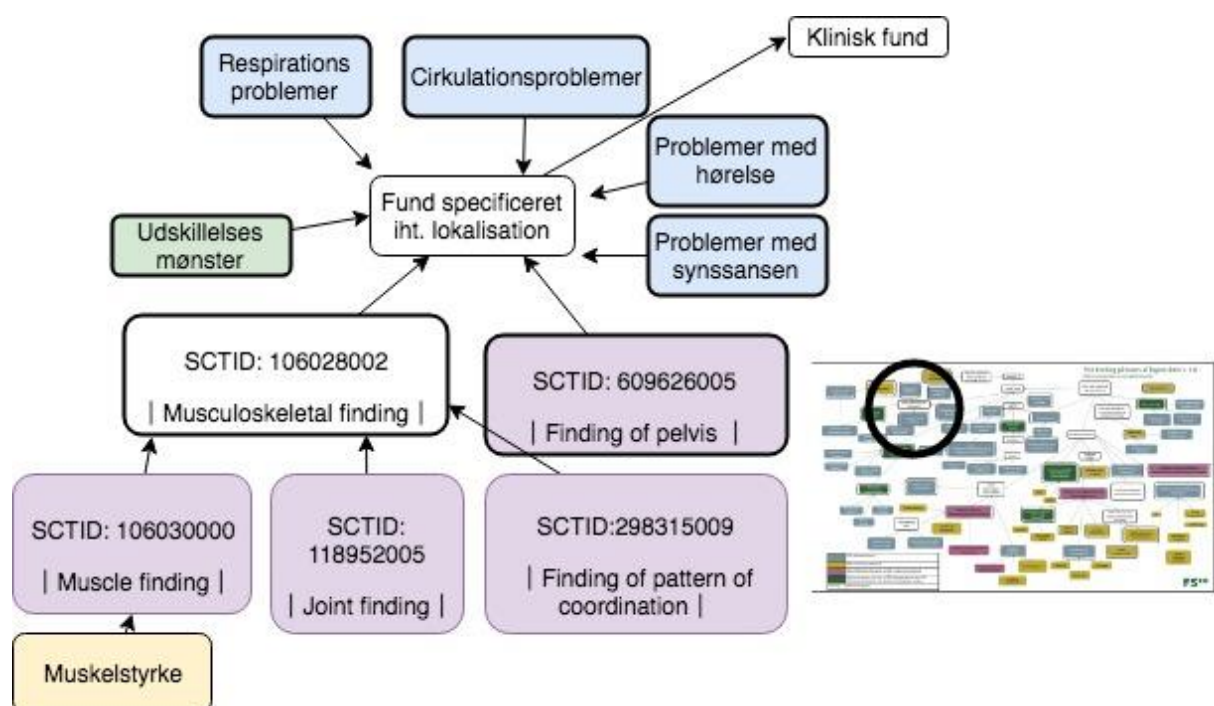
Det ses i figur 3 at to af træningstilstandene kunne tilføjes til eksisterende tilstande indenfor 'Problemer med mobilitet og bevægelse', hvorved der nu ses et overlap af funktionsevnetilstande og træningstilstande indenfor dette referencebegreb, som er en helbredstilstand indenfor hjemme-

sygeplejen. Desuden kunne to af træningstilstandene tilføjes under 'Problemer daglige aktiviteter'/'Udføre daglige rutiner', hvorved de to referencebegreber dækkede både funktionsevnetilstande og træningstilstande. Der blev oprettet én træningstilstand uden overlap med øvrige tilstandstyper, dog under samme referencebegreb.

Træningstilstandsområdet Bevægeapparatet vises i to forskellige figurer, figur 4 og 5, da tilstandene er placeret i forskellige dele af navigationshierarkiet.



Figur 4: Tilstandsområdet Bevægeapparatet tilføjet til et udsnit af navigationshierarkiet. Træningstilstande er angivet med SNOMED CT id og beskrivelse.



Figur 5: Tilstandsområdet Bevægeapparatet tilføjet til et udsnit af navigationshierarkiet. Træningstilstande er angivet med SNOMED CT id og beskrivelse.

Det ses i de ovenstående to udsnit af navigationshierarkiet at SCTID: 298304004 | Finding of balance | blev tilføjet under fund vedr. funktion, som et referencebegreb uden overlap med øvrige tilstandstyper. I fund specificeret iht. lokalisation blev SCTID: 609626005 | Finding of pelvis | tilføjet, som et referencebegreb uden overlap med øvrige tilstandstyper. SCTID: 106028002 | Musculoskeletal finding | blev oprettet, som referencebegreb for de tre træningstilstande; SCTID: 106030000 | Muscle finding | , SCTID: 118952005 | Joint finding | og SCTID:298315009 | Finding of pattern of coordination | . Herunder blev den eksisterende funktionsevnetilstand 'Muskelstyrke' tilføjet som barn af SCTID: 106030000 | Muscle finding | .

4.4 Opsummering

Resultatet af mapning af træningstilstandsområderne Bevægelse og Bevægeapparatet blev brugt som eksempler på at vise, hvordan træningsområder og tilhørende træningstilstande kan relateres til øvrige tilstande i FSIII og i navigationshierarkiet. Resultaterne viste, at der var et stort overlap mellem træningstilstande og funktionsevnetilstande, som begge relaterer sig til en borgers funktionsevne niveau. Dette skyldes formentlig at både fysioterapeuter og hjemmeplejen, har brug for at kunne beskrive en borgers funktionsevneniveau. Derimod var der kun overlap på en enkelt af træningstilstande omhandlende problemer med Bevægeapparatet. Dette kan skyldes, at de fire øvrige tilstande relaterer sig mere til fysioterapeuters monofaglige behov for at lave specifikke undersøgelser af f.eks. SCTID: 118952005 | Joint finding | end hjemmeplejens behov for at kunne beskrive en borgers funktionsevne niveau. Det betyder at der vil være potentiale for et større genbrug af information fra funktionsevnetilstande, som har større overlap med hjemmeplejen som faggruppe. Der vil derimod ikke være samme potentiale for genbrug af information indenfor de mere monofaglige tilstande om kroppens funktioner og anatomi.

4.5 Design af skabelon til integration af fysioterapeuters informationsbehov og dokumentationspraksis i FSIII

I dette afsnit præsenteres en række afgørende designvalg i integration af fysioterapeuternes informationsbehov og dokumentationspraksis i et EOJ-system, der understøtter FSIII og tværfaglig deling af information. Til at eksemplificere funktionerne i skabelonerne med et realistisk klinisk indhold anvendes en case. Valgene eksemplificeres i konkrete løsningsforslag i en tværfaglig overbliksskabelon og en monofaglig inputskabelon. Betydningen af valgene konkretiseres og præsenteres. Afslutningsvist opsummeres de afgørende forhold, som skal balanceres ved integration af kommunale fysioterapeuter i FSIII i et EOJ-system.

4.5.1 Case

Navn: Egon Larsen

Køn: Mand

Alder: 82 år

Egon er henvist til kommunal rehabilitering af en visitator i kommunen, fordi hjemmeplejen, som kommer hos Egon, har observeret nedsat gangfunktion.

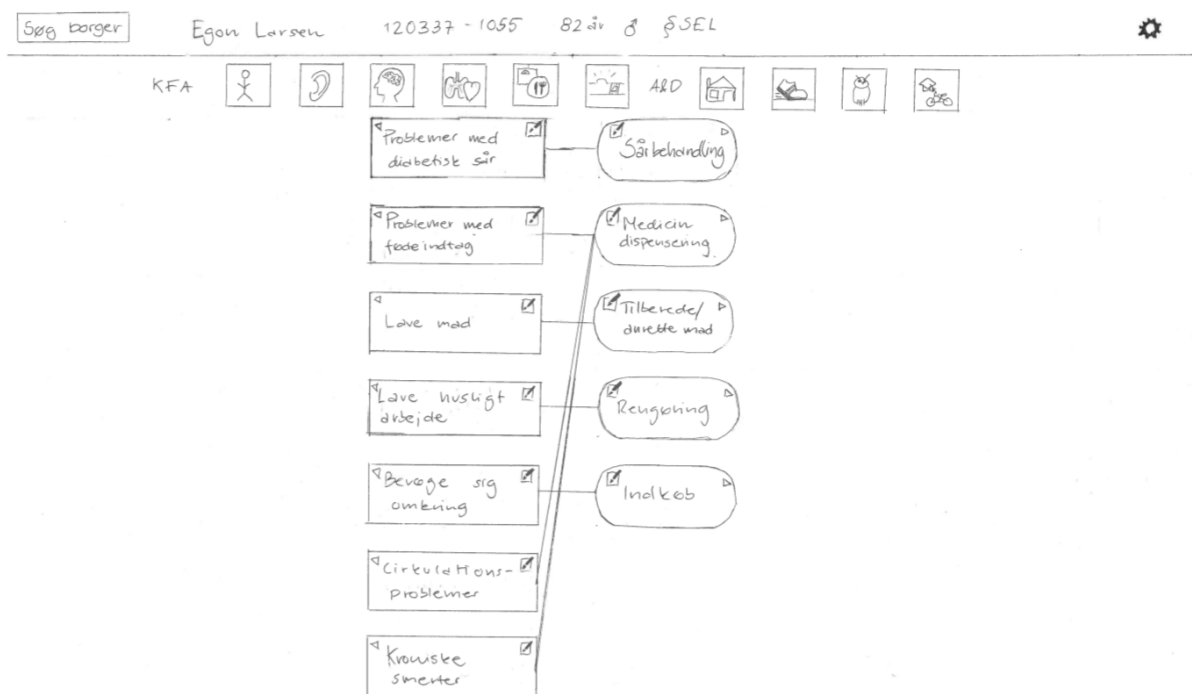
Egon har for nyligt fået konstateret type II diabetes, som blev opdaget pga. et sår på højre fod, som ikke ville hele. Hjemmesygeplejersken foretager sårbehandling af et diabetisk fodsår og dosering af medicin for diabetes, hypertension og flere typer smertestillende for ryggen hver 14. dag. Hjemmeplejen hjælper ham med rengøring hver 14. dag samt madlavning dagligt efter Egons kones død for 3 år siden. Egons nabo hjælper med at holde haven.

Egon har en længere sygdomshistorie med fald fra stige for 30 år siden, og har haft forværende rygproblemer de sidste 2 år. Det drejer sig om store smerter i lænden, når han bukker sig langt ned, eller hvis han læner sig meget fremad. Rygsmerterne er diffust skiftende fra dag til dag. Han fortæller at det er værst på kolde dage. Nogle dage så slemt, at han ikke kommer meget ud af sengen. Egon er blevet tilbudt en rygoperation, fordi hans brusk i rygstykkerne er slidt ned, men har takket nej. Egon har svært ved at tage strømper på og binde sine sko, men har ellers ingen problemer med at tage tøjet på. Egon har hjælpemiddel til at tage strømper på, og anvender skohorn. Han er enkemand, bor i egen bolig og har et godt netværk med familie og nære venner. Egon er tidligere murer og arbejdede derefter som kørende sælger. Egon giver udtryk for, at han føler hans gangfunktion er blevet mere usikker. Han har derfor gået med stok de sidste 5-6 år af frygt for at falde. Han fortæller også, at det er svært for ham at gå på trapper, da han kan have svært ved at vurdere underlaget, når han går ned af trapper. Derudover kan han have det svært ved at rejse og sætte sig. Egon synes at hans balance er blevet dårlig og han skal ofte have en finger på noget for at kunne holde balancen, ikke for at støtte men for at mærke balancen. Egon har givet udtryk for, at han har et stort ønske om at vedligeholde sin nuværende gangfunktion. Han er selv klar over at han lever for godt, og at han vejer for meget. Han har brug for hjælp til at komme i gang med at motionere.

4.5.2 Borgeroverblik

Der er udarbejdet en skabelon til et tværfagligt borgeroverblik, da dette kan imødekomme fysioterapeuternes behov for at orientere sig i de andre faggruppers dokumentation og tværfaglig deling af informationen, som er et af formålene med FSIII. Fra dataindsamlingen fremgik det, at fysioterapeuterne anvender tværfaglige oplysninger for at have et udgangspunkt inden mødet med

borgeren. Fysioterapeuterne får mulighed for at danne sig et overblik over alle borgerens dokumenterede tilstande og indsatser i skabelonen, og kan derigennem få indtryk af kompleksiteten omkring borgeren. Skabelonen understøtter desuden FSIIIs evalueringskriterier om, at EOJ-systemer skal hente og anvende FSIII klassifikationer, at indsatser/ydelser, diagnoser, målinger, testresultater og faglige notater skal kunne knyttes til FSIII tilstande og at EOJ-systemet skal give mulighed for, at en medarbejder kan fremfinde eller direkte præsenteres for information i bestemte kontekster(7).



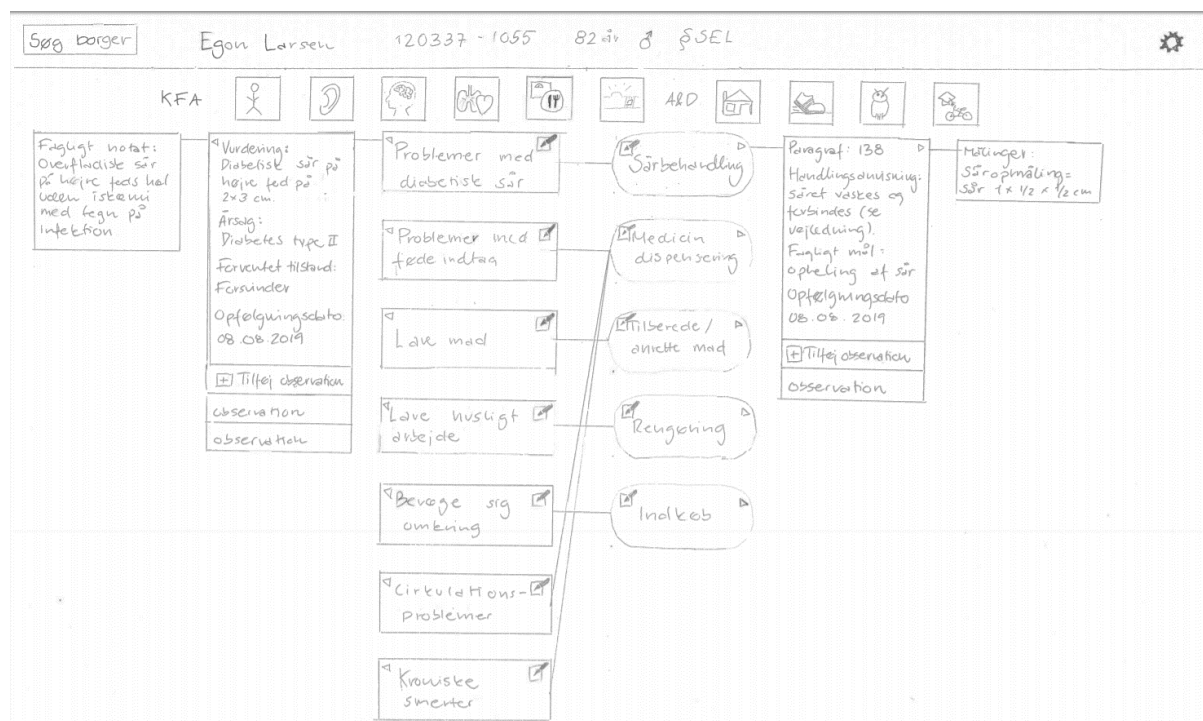
Figur 6: Skabelon Borgeroverblik viser det tværfaglige overblik over Egon. Der vises hvilke tilstande (firkantede bokse) som Egon har, og hvilke indsatser (afrundede bokse), der relaterer sig til den enkelte tilstand. Under identifikationsbjælken ses fiktive filtre på Kroppens funktioner og anatomi(KFA) samt Aktivitet & Deltagelse (A&D) afbilledet. CPR-nr. er fiktivt.

I figur 6 ses et overblik over de tilstande og indsatser, som Egon har, både indenfor egen og andre faggrupper. I overblikket vises som udgangspunkt kun navnet på tilstanden og tilhørende indsatser. I skabelonen vises de nyeste tilstande først, men det kunne også overvejes at sortere efter de områder, som typisk har størst relevans for fysioterapeuter f.eks. funktion og mobilitet. Anvendeligheden af informationen bliver reduceret, hvis det tager for lang tid at finde eller læse informationen(9,38). Det kunne være et argument for at sortere efter klinisk relevans, dette kræver dog en faglig vurdering af hvilken klinisk relevans, der skal sorteres efter.

4.5.2.1 Udfoldning af yderligere informationer vedrørende tilstande og indsatser

I overbliksskabelonen er der mulighed for at udfolde tilstanden to gange for yderligere information. Første udfoldning viser obligatoriske informationer fra FSIII (tilstandspræcisering i niveau eller vurdering, forventede tilstand, opfølgningsdato) og fra dataindsamlingens vurderede kliniske relevante informationer (årsag). Ved anden udfoldning vises det faglige notat, som bl.a. indeholder den faglige vurdering, som den sundhedsprofessionelle har foretaget.

Det samme princip anvendes for dokumenterede indsatser. Første udfoldning viser obligatoriske informationer fra FSIII (paragraf og opfølgningsdato) og fra dataindsamlingens vurderede kliniske relevante informationer (handlingsanvisning og fagligt mål). Flere informationer om tilstande og indsatser kan være udfoldet samtidigt. Dette giver en balance mellem et overskueligt tværfagligt overblik med mulighed for, at fysioterapeuten kan se større faglig detaljeringsgrad ved at udfolde tilstande og indsatser. Begge dele samtidig med at al informationen holdes i samme skabelon. Dette stemmer overens med et studie om overleveringssystemer på en kvindeafdeling, som ligeledes har fundet forskel i fagpersoners behov for informationer og påpeger at informationen skal kunne fremfindes i samme system uden supplering fra andre systemer(39).

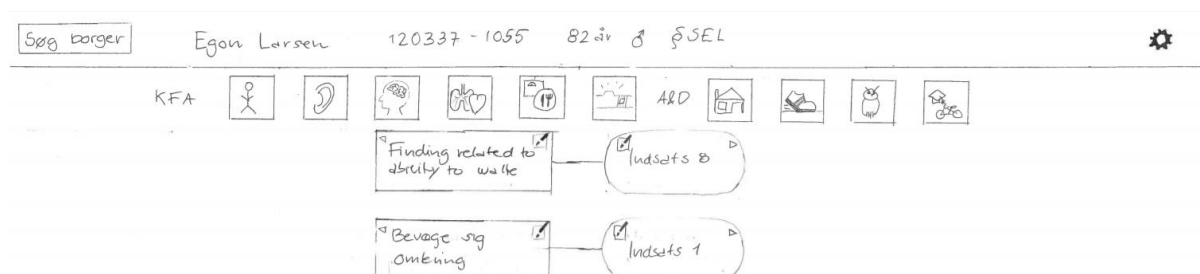


Figur 7: I skabelonen *Borgeroverblik* vises en højere granuleringsgrad af informationen ved at tilstande og indsatser er udfoldet. Fysioterapeuten får dermed adgang til yderligere information om tilstand og indsats. CPR-nr. er fiktivt.

På figur 7 er Egons tilstand 'Problemer med diabetisk sår' udfoldet, så fysioterapeuten kan se yderligere oplysninger omkring det diabetiske sår, f.eks. at det er et fodsår.

4.5.2.2 Filterfunktion opbygget over navigationshierarkiet

I skabelonen er der lavet filterfunktion på områdeniveau. Gennem anvendelse af filterfunktionen vises udtræk af informationer skrevet til tilstandene indenfor det valgte træningsområde. Dette er muligt gennem det modificerede navigationshierarki. Funktionen blev lavet på baggrund af dataindsamlingen, hvor nogle fysioterapeuter læser alt dokumentationen om borgeren foretaget af andre faggrupper, mens andre læser udvalgte dele af dokumentationen. Ved at filtrere de informationer fysioterapeuterne får vist, bliver det nemmere at finde og læse relevant information. Ønsker om at oprette filtre på notater udtrykkes også i et studie af Guilbeault et al. (40). Filterfunktionen er en eksemplificering af en mulig anvendelsesmetode af navigationshierarkiet til netop dette formål. Her vises informationen uafhængigt af dokumenterende faggruppe. Ved at fysioterapeuterne kan se, hvad der allerede er dokumenteret indenfor området, kan denne information fremme fysioterapeutens udredning og dokumentation.



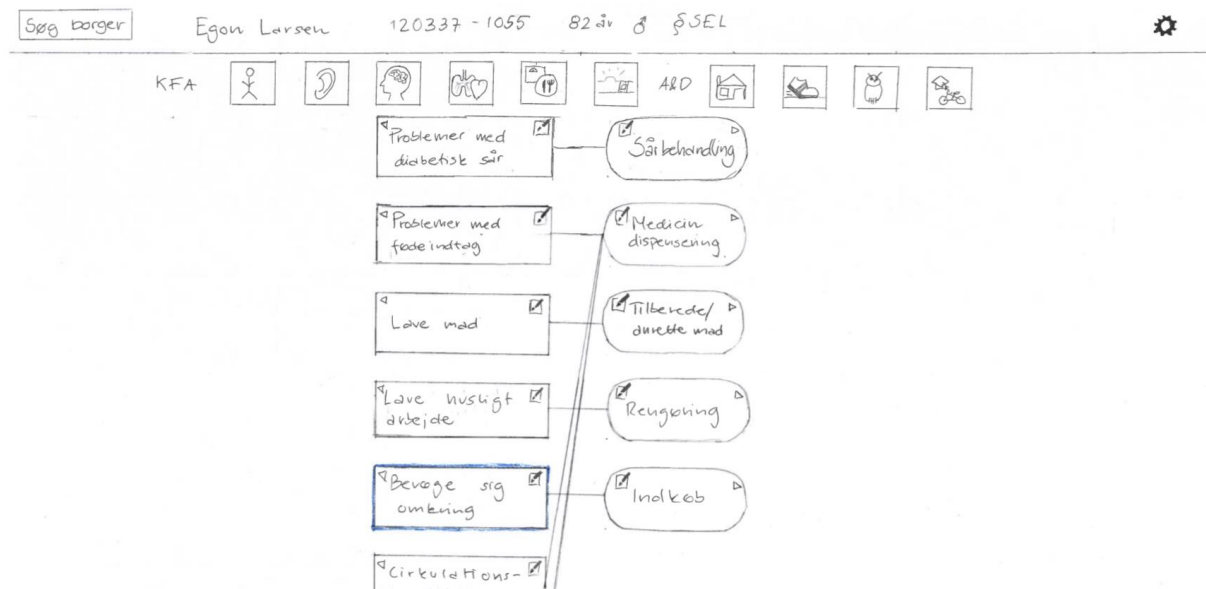
Figur 8: I skabelonen *Borgeroverblik* vises resultatet af at anvende filterfunktionen for træningsområdet 'Bevægelse', som er lavet på baggrund af navigationshierarkiet. CPR-nr. er fiktivt.

Ved anvendelse af filterfunktionen på figur 8 kan fysioterapeuten specifikt fremsøge information omkring Egons gangfunktion, der er relevant ift. Egons henvendelsesårsag. Filterfunktion betyder at Egons øvrige tilstande og indsatser ikke vises, hvilket bidrager til overskuelighed.

4.5.2.3 Ny information markeres

Ved tilføjelse af observation eller måling, eller andre ændringer i tilstand eller indsats, skal dette markeres tydeligt. Det præsenterer fysioterapeuten for, at der er ny information om borgerens tilstande og indsatser. Markeringen sker på informationer dokumenteret siden fysioterapeuten sidst klikkede sig ind på tilstanden eller indsatsen. I dataindsamlingen fortæller en informant om

at dokumentere i journalens borgeroverblik, for at gøre opmærksom på ny tværfaglig information. Personalet skal hurtigt kunne vurdere hvad der er relevante informationer ifølge et studie af Flanagan et al. (41). Deling af information er ikke nok, ifølge Greenhalgh et al., kræver det en strategi for, hvordan delt information anvendes, før det skaber klinisk værdi(42).



Figur 9: I skabelonen Borgeroverblik er tilstanden 'Bevæge sig omkring' markeret fordi den kommunale hjemmepleje har justeret tilstandsniveauet på funktionsevnetilstanden. CPR-nr. er fiktivt.

På skabelonen Borgeroverblik på figur 9 har hjemmeplejen lavet en observation og justeret tilstandsniveauet for tilstanden 'Bevæge sig omkring'. fysioterapeuten kan ved at udfolde 'Bevæge sig omkring' se at Egons funktionsevne har været faldet og kan tilpasse dagens træning efter det.

4.5.3 Registrering af data input

I input skabelonen, hvor fysioterapeuten dokumenterer informationer opsamlet under det første møde med borgeren, er alle datafelter vist, se figur 10. Dette er i overensstemmelse med Ash et al. for at undgå fragmenteret dokumentation på flere brugergrænseflader(9). Beuscart-Zéphir et al. finder i et studie om anæstesilægers dokumentationspraksis, at rækkefølgen på dokumentationen varierer efter anciennitet og der er forskel i dokumentationsbehov(43).

For at give fysioterapeuten fleksibilitet i dokumentationen, vises alle datafelter i samme brugergrænseflade. Mængden af datafelter betyder til gengæld, at brugergrænsefladen egner sig bedst til anvendelse på computer med en stor skærm. Alle datafelter er synlige, for at undgå brug af scroll funktioner. I dataindsamlingen brugte halvdelen af fysioterapeuterne tablets til løbende dokumentation under borger konsultationer. Til brug på tablets kunne datafelternes størrelse

komprimeres og ved aktivering kunne et input felt vises. Derved bibeholdes overblikket over datafelter og fleksibilitet i dokumenteringen.

Søg borger Egon Larsen 120337-1055 82 år ♂ SSEL

Anamnese Aktivitet: Omgivelser/faktorer: Belysning: Hjem uden trapper, hjælpemidler, ohrepropper	Deltagelse: Udd og job: Egon er pensioneret, tidligere minister og lærer Personlige faktorer: Livsstil: Egon er envenner	Kropens funktioner: Helbredsoplysninger: Diabetes type 2, diabetiske fødder, rygsmerter Borgerens hovedproblem, mål og ønsker:
--	--	---

Undersøgelser Tilføj undersøgelse/test Trup Træningsgang 0 Træningsgang ☐ i observation vedr. undersøgelse 0 Timed up and go ☐ sek. observation vedr. undersøgelse Gangfunktion: i observation: Mangel på hel- i- set Sit to stand: 10 sek 6 min. gangtest: 250 m	Konklusion Tilføj tilstand Walk Finding related to ability to walk Niveau: 2 Vurdering: Årsag: Fulgt mål: opfølgingsdato: 11-11-2020	Indsatser og interventioner Tilføj indsats Indsats 8 start dato: 11-11-2020 opfølgingsdato: 11-11-2020 Indsats 1 → tilstand 2 Tilføj interventioner Børn Børn Børn ☐ gentagelse ☐ vægt → Indsats 8 Indsats 1 Intervention 2: 10 gentagelser 5 kg Beskrivelse: Udført på gymnasiet Intervention 3: 15 gentagelser 2 kg Intervention 4
--	---	--

Figur 10: Skabelon Registrering af data input er inddelt i Anamnese, Undersøgelser, Konklusion samt Indsatser og interventioner. CPR-nr. er fiktivt.

4.5.3.1 Anamnese

Anamnesen er opdelt efter ICF-struktur, da denne struktur allerede er kendt og anvendt i kommunal fysioterapi og derfor vil være en genkendelig ramme for deres dokumentation. FSIII ønsker at "sikrer genbrug og opdatering af data på tværs af forskellige kommunale opgaver, funktioner og medarbejdere bl.a. ved hjælp af fælleskommunale tilstande og indsatser" (1). Derfor blev information trukket fra FSIII's *Generelle Oplysninger*, som er information der ikke dækkes af det klassificeret data(1), til anamnesen. Se figur 11. Når fysioterapeuten skal dokumentere, vil der automatisk være udfyldt oplysninger, så fysioterapeuten ikke skal dobbeltdokumentere allerede kendt information omkring borgeren. *Generelle Oplysninger* strukturerede datafelter blev inddelt efter ICF-strukturen, for at fysioterapeuten kan genbruge data. Ligeså skulle fysioterapeuten kunne tilføje oplysninger i *Generelle Oplysninger* direkte ved dokumentation af anamnese. Dette skulle gøres ved aktivt at vælge, at redigere, for at det blev en bevidst handling, hvilke oplysninger der blev dokumenteret tværfagligt. Oplysninger der ikke ønskes dokumenteret tværfagligt, vil

dokumenteres videre i anamnese uden at indgå i de *Generelle Oplysninger*. Hvis fysioterapeuten ikke har behov for at redigere de allerede dokumenterede oplysninger, kan fysioterapeuten trykke på funktion "Set og enig", hvorefter informationen dokumenteres som en del af fysioterapeutens anamnese. Hvis ikke "set og enig" vælges, dokumenteres informationen ikke med videre i anamnesen. Måden der dokumenteres på i *Generelle Oplysninger* på tværs af faggrupper, vil være afgørende for mængden af informationer som fysioterapeuten skal sortere gennem for relevante informationer. Dokumenteres oplysninger ikke kortfattet og af generel karakter som tænkt i FSIII risikeres det, at anamnese fyldes med oplysninger der irrelevante og tidskrævende at gennemgå.

Figur 11: I skabelonen Registrering af data input ses anamnesefeltet inddelt efter ICF. Enkelte datafelter er allerede udfyldt med informationer fra *Generelle oplysninger*, f.eks. Bolig: Hjem uden trapper. CPR-nr. er fiktivt.

4.5.3.2 Dokumentation af undersøgelse og tilstande

Det foreslås at undersøgelser skal dokumenteres som selvstændige, kodede elementer. Dette kræver dog oprettelse af et undersøgelseskatalog med prædefinerede undersøgelser.

Dataindsamlingen viste, at fysioterapeuterne anvender standardiserede undersøgelser og specifikke tests, som kunne samles i et undersøgelseskatalog.

Undersøgelser fremsøges i søgefelt med hjælpende søgefunktion, hvis der f.eks. skrives "Gangf" bliver muligheden "Gangfunktion" foreslået. Se figur 12. Kvalitative undersøgelser udfyldes i tekstfelt. Kvantitative undersøgelser eller test fremkommer med prædefineret datafelt til resultat, med tilhørende skriftligt notat hvis undersøgelsen/testen har været modificeret. fysioterapeuterne bliver givet mulighed for at vælge kategorien "Ikke defineret undersøgelse", der skal udfyldes i beskrivende fritext. Tilstande dokumenteres med tilhørende datafelter og fremsøges i søgefelt med hjælpe søgefunktion. Til tilstanden skal bagvedliggende årsag afkrydses, f.eks. en undersøgelse eller oplysninger fra anamnesen.

Undersøgelser	Konklusion
☒ Tilføj undersøgelse/test Trap Trappegang	☒ Tilføj tilstand Walk Finding related to ability to walk
☐ Trappegang ☐ ia Observation vedr. undersøgelse 	Niveau: 2 Vurdering:
☐ Timed up and go ☐ sek. Observation vedr. undersøgelse 	Årsag:
Gangfunktion: ia. Observation: Mangel på hel- i - sæt Sit to stand: 10 sek 6 min. gangtest: 250 m.	Fagligt notat:
	Borgersens mål
	Helhedsvurdering:
	Opfølgnings dato: d d - m m - j j j j

Figur 12: I skabelonen Registrering af data input ses datafelter til dokumentation af undersøgelser og samlet konklusion på udredningen med tilføjelse af tilstande. Forkortelsen ia. står for intet abnormalt.

4.5.3.3 Dokumentation af Indsatser og fysioterapeutiske interventioner

Indsatser fremsøges i søgefelt, som tidligere beskrevet i afsnit 4.4.3.2, og dokumenteres i indsats datafelter. Indsatser tilknyttes en eller flere tilstande. Specifikke fysioterapeutiske interventioner, som planlægges med borgeren dokumenteres som enkeltstående element fremsøgt i søgefelt. Se figur 13. Der kunne oprettes et interventionskatalog indeholdende prædefinerede træningsøvelser og behandlinger. Interventionskataloget kunne oprettes både på kommunalt og nationalt niveau.

En informant fortalte at alle interventioner blev skrevet i fritekst. Et interventionskatalog kunne mindske mængden af fritekst, ved prædefineret forklaring på en øvelse eller datafelter til udfyldelse af antal sæt, gentagelser og intensitet. Der vil lokalt kunne laves "pakker" af interventioner, der ofte udføres i sammenhæng.

Det vil derudover muliggøre kvalitetssikringen, ved at kende effekten af specifikke øvelser ift. tilstandsprogressioner. I dataindsamlingen fortalte en fysioterapeut, at ikke alle interventioner kan være standardiserede, da borgere kan have forskellige begrænsninger. Derfor blev der givet mulighed for at vælge kategorien "Ikke defineret intervention", som udfyldes i beskrivende fritekst.

Hver enkelt intervention tilknyttes en indsats. Tilknyttede interventioner overføres direkte til indsatsens handlingsanvisning og tilføjes en evt. træningsplan.

Indsatser og interventioner

☒ Tilføj indsats

Indsats 8 → ☐ Finding related to ability to walk
☐ tilstand 2
☐ tilstand 3

start dato: d d - m m - i i i i opfølgingsdato: d d - m m - i i i i

Indsats 1 → tilstand 2

☒ Tilføj interventioner

Ben ☐ Benpres

Benpres ☐ gentagelser ☐ vægt Beskrivelse

→ ☐ indsats 8
☐ indsats 1

• Intervention 2 10 gentagelser 5 kg.
Beskrivelse: Udført på gummi underlag

• Intervention 3 15 gentagelser 2 kg.

• Intervention 4

Fagligt mål:

Figur 13: I skabelonen Registrering af data input ses indsatser, samt mulighed for at tilknytte indsatsen til flere tilstande. Efterfølgende vælges hvilke interventioner indsatsen skal indeholde.

4.6 Opsummering

Gennem design af skabelonen "Borgeroverblik", blev det forsøgt at imødekomme fysioterapeuternes forskellige informationsbehov, som blev vist i dataindsamlingen. Det blev eksemplificeret hvordan det modificerede navigationshierarki kunne anvendes til en filterfunktion, hvor fysioterapeuten præsenteres for afgrænsede, tværfaglige informationer om borgeren. Borgeroverblikket havde forskellige detaljeringsgrader ved yderligere udfoldning af informationer, for at understøtte fysioterapeuternes forskellige behov for detaljeringsgrad af informationen.

Gennem design af skabelonen "Registrering af input data" blev det forsøgt at imødekomme både FSIII krav til dokumentation og fysioterapeuternes dokumentationspraksis.

Input skabelonen er struktureret efter de ligheder, som blev set i dataindsamlingen f.eks. ift. at anvende ICF, anamnese og dokumentere undersøgelser/tests og øvelser. På samme tid blev det forsøgt at balancere behovet for fleksibilitet, da der ved dataindsamlingen blev set forskellig praksis ift. dokumentation f.eks. papir/tablet, løbende og efterfølgende dokumentation.

Gennem designfasen af begge skabeloner var der flere forhold, som skulle balanceres for at imødekomme fysioterapeuternes informationsbehov, dokumentationspraksis og FSIII krav.

I nedenstående afsnit præsenteres de forhold, som ifølge projektets fund, bør overvejes, når det kommunale træningsområde skal integreres i FSIII i et EOJ-system.

4.6.1 Forholdet mellem fysioterapeuters dokumentationsbehov og obligatorisk dokumentation til FSIII

Det ses at fysioterapeuterne i nogle tilfælde har et behov for at kunne dokumentere i højere detaljegrade, end de informationer, som er obligatoriske at dokumentere ift. FSIII. Det skulle derfor balanceres, hvordan fysioterapeuterne kunne få stillet deres monofaglige behov for dokumentation, samtidigt med at skabelonen overholdt obligatorisk dokumentation til FSIII.

F.eks. bestod dokumentation ved tilstande og indsatser både af obligatorisk FSIII dokumentation og informationer, som blev fundet relevante i dataindsamlingen.

Det blev desuden valgt at anvende anamnese, som ikke er en del af FSIII, men et redskab som fysioterapeuterne anvender i praksis. Endvidere er *Generelle oplysninger* inkorporeret i skabelonen, fordi der i dataindsamlingen blev identificeret klinisk relevans af disse informationer. Det vil betyde at fysioterapeuterne ikke skal lede efter informationen og ikke behøver at dokumentere informationen igen.

4.6.2 Forholdet mellem ustruktureret og struktureret monofaglig dokumentation

Der ses i dataindsamlingen, at fysioterapeuterne arbejder struktureret, mens deres dokumentation var mere ustruktureret. Dokumentationen var struktureret med overskrifter efter ICF enten i EOJ-systemet eller af fysioterapeuten selv, men blev derudover dokumenteret i fritekst.

I input skabelonen blev det f.eks. foreslået at undersøgelser og interventioner kan struktureres i prædefinerede kataloger og derefter knyttes til enten tilstande eller indsatser. Dette betød dog, at fysioterapeuterne både skulle dokumentere egne undersøgelser, resultater af undersøgelser og derefter dokumentere tilstande med en tilstandspræcisering, som var svarende til endnu en dokumentering af undersøgelsesresultater.

Det vil give mulighed for at anvende informationer til kvalitetsudvikling samt dokumentation af den fysioterapeutiske effekt i kommunalt træningsområde, der vil dog være en udfordring pga. de forskelle, som der er inden for fysioterapiens områder.

4.6.3 Forholdet mellem tilpasning af EOJ-systemet lokalt og nationalt

I afdækningen af den fysioterapeutiske praksis, fremstod der kontraster mellem fysioterapeuternes arbejdsgange. Da projektgruppen skulle tage valg ift. design af EOJ-system, skulle der medtænkes fleksibilitet af de funktioner der skulle understøtte fysioterapeuterne. Derimod skulle der ikke være mere fleksibilitet end at informationen ikke længere kunne sammenlignes og fordele ved genbrug opnås.

I dataindsamlingen var der forskel på, i hvilken grad fysioterapeuterne havde behov for informationer dokumenteret af andre faggrupper, ift. hvilken type borgere de så i deres praksis.

F.eks. kunne indholdet i filterfunktionen tilpasses af træningscentret eller fysioterapeuten. En af informanterne arbejdede indenfor specialområde med udviklingshæmmede borgere, hvor fysioterapeuten altid var interesseret i at få oplysninger om mentale udfordringer. Der vil dog være risiko for, at uhensigtsmæssig brug af filtre oprettet af fysioterapeuten selv kunne medføre at relevant tværfaglig information ikke blev vist.

Der kunne være lokal tilpasning af EOJ-systemerne ift. forskellen mellem løbende dokumentation på tablet eller løbende notering på papir med senere dokumentation på PC. Der er forskellige forudsætninger for hvilke designvalg der er fordelagtige i forhold til mediet der dokumenteres på. F.eks. skærmstørrelse og mængde af funktioner og informationer der er plads til uden brug af scroll funktion eller mistet overskuelighed.

4.6.4 Forholdet mellem monofaglighed og tværfaglighed ift. tværfaglig deling af information

Den monofaglige detaljegrad af informationer delt på tværs af faggrupper skulle balanceres. Informationer, der deles tværfagligt bør være i et forståeligt sprog og på et detaljeniveau, der er relevant på tværs af faggrupper. F.eks. er det valgt at redigering af de *Generelle oplysninger* i anamnesen skal være en aktiv handling, da det kræver at fysioterapeuterne formulerer informationen i et sprog, så det får tværfaglig generel værdi. *Generelle oplysninger* skrives i fritekst og der vil være et fælles ansvar på tværs af faggrupper om kun at skrive kortfattet og kun informationer om borgeren, der har tværfaglig generel værdi. Ellers risikeres det at fysioterapeuterne skal forholde til for store mængder irrelevant information i deres dokumentationsproces. Genbrug af *Generelle oplysninger* kan begrænse mængden af dobbeltdokumentation af allerede kendte information omkring borgeren, men det risikeres, at fysioterapeuten i anamnese præsenteres for informationer der ikke nødvendigvis er relevante.

Det bør også vurderes hvilke informationer, der har værdi på tværs af faggrupper og hvilke der kun er relevante monofagligt. Ift. indsatser og tilstande i overbliksskabelonen, bliver det mere monofagligt, jo flere lag, der foldes ud. Mens udgangspunktet er det tværfaglige overblik over tilstandene og indsatserne.

4.6.5 Forholdet mellem ændring af dokumentation og ændring af klinisk praksis

Ved udvikling af skabeloner blev det identificeret at ændring af dokumentation til FSIII og muligheden for tværfaglig deling af information i flere situationer gav anledning til spørgsmål som vedrører klinisk praksis.

Når ny information markeres i EOJ-systemet er det relevant at overveje om fysioterapeuterne er forpligtede til at læse den nye information eller om det er et fagligt valg.

Med tværfaglig deling af informationer som gjort i *Generelle oplysninger*

, hvor de på tværs af faggrupper dokumenterer i delte tekstfelter er det relevant at overveje en situation, hvor to forskellige sundhedsprofessionelle er uenige i dokumenterede oplysninger, er det så den sidste der redigere i Generelle Oplysninger, som bestemmer hvad der dokumenteres.

Det kan ligeledes overvejes om de sundhedsprofessionelle kan se og knytte observationer til de andre faggruppers tilstande og indsatser, og dermed muliggøre samarbejde på tværs af faggrupper. Det betyder derimod også at der kan opstå konflikter ved at andre faggrupper bevæger sig på hinandens faglighed.

Selvom FSIII er en ændring af dokumentationen, så vil flere valg føre til ændringer af klinisk praksis, hvorfor organisatoriske beslutninger bør overvejes og indtænkes i designet af EOJ-systemet.

5. Diskussion

I dette afsnit diskuteres udvalgte resultater om forhold ift. designløsninger af et EOJ-system, der understøtter fysioterapeuternes dokumentationspraksis og informationsbehov, tværfaglig deling af informationer og nationale dataudtræk. Disse forhold vil blive diskuteret op mod videnskabelig litteratur og projektets metodiske begrænsninger.

Forholdet mellem nationale og lokalt udviklet EOJ-systemer kan sammenlignes med Greenhaulgh et. als fund i et meta-narrative review. De fandt, at lokalt udviklede EPJ-systemer ofte er mere effektive end nationale strategier for sundheds-IT, da de bibeholder de lokale og kontekstuelle detaljer(42). FSIII standardiserer indholdet af dokumentation, men overlader designløsninger af brugergrænseflader ift. EOJ-systemet til den enkelte kommune(7). Brugergrænsefladens indbyggede funktionaliteter og design, har betydning for hvor effektivt sundhedsprofessionelle kan dokumentere(8) og indhente oplysninger i sundheds-IT systemer(9), da det er dette yderste lag som klinikerne skal interagere med. Dataindsamlingen viste forskel på både informanternes informationsbehov og dokumentationspraksis på tværs af de fire kommuner. Ved at de enkelte kommuner selv skal stille krav til EOJ-leverandører, giver det mulighed for at tilpasse EOJ-systemet til den lokale kontekst, såfremt de rette krav bliver stillet. Den tidligere implementering af FSIII til hjemmeplejen og sygeplejen viste frustrationer over brugergrænseflader, som var svære at dokumentere i og navigere rundt i(6). I dette projekt blev der identificeret forhold som kommunerne kan overveje ift. at opnå designløsninger, som både understøtter fysioterapeuternes praksis og dokumentation efter FSIII. Der er dog brug for yderligere afdækning af fysioterapeuters praksis, både i den enkelte kommune og ift. forskelle mellem kommunerne for at verificere de fundne forhold eller for at afdække yderligere forhold. Ved anvendelse af projektets designløsninger, skal der derfor tages forbehold for, at afdækningen af fysioterapeuternes dokumentationspraksis ikke kan generaliseres på basis af projektets dataindsamling. Dataindsamling har fundet sted i fire forskellige kommuner og der er kun interviewet én fysioterapeut i hver kommune, hvorfor de enkelte fysioterapeuters udsagn ikke er repræsentative for hele kommunen. De fundne forskelle på dokumentationspraksis kan derfor muligvis skyldes organisatoriske forskelle på kommunerne, og ikke nødvendigvis at de enkelte fysioterapeuter i samme kommune har forskelligartet dokumentationspraksis. For at kunne finde den rigtige balance af fleksibilitet af dokumentation, skal fysioterapeuternes dokumentationspraksis yderligere undersøges i den enkelte kommune, end det har været tilfældet i dette projekt.

Projektets fund af forskelle på informanternes dokumentationspraksis ift. dokumentationsmetode, kan holdes op imod Beuscart-Zephir et. al, der i en undersøgelse af anæstesilæger fandt, at

der var forskel på, hvordan lægerne noterede løbende under patientkonsultationer(43). De havde på samme vis behov for at indtænke fleksibilitet af dokumentationsmetoden i deres design af brugergrænseflade til en anæstesijournal(43). Lignende kontrast blev fundet af Van Engen-Verheul et. al om dokumentationspraksis hos pædiatriske onkologer, med anbefaling af fleksibilitet i brugergrænsefladen til dokumentation(8), hvorimod Kuziemy et. al's. løsning på forskelligartet dokumentation i palliative teams, var at standardisere den tværfaglige dokumentation, i et forsøg på at opnå højere grad af proces interoperabilitet mellem sundhedsprofessionelle(44). Forskelligartet dokumentationspraksis ses altså på tværs af flere undersøgelser i forskellige kliniske kontekster, med forskellige tilgange til løsningsforslag i forhold til design af brugergrænseflader. Hvor Beuscart-Zépher et. al og Van Engen-Verheul et. al fokuserer på højere grad af fleksibilitet og monofaglighed(8,43), har Kuziemy et al. fokus på interoperabilitet og dermed en højere grad af tværfaglighed(44).

I lighed med dette projekts fund vedr. balance mellem monofaglighed og tværfaglig relevans i den information, som deles tværfagligt, har Ash et al. fundet, at sundhedsprofessionelle har brug for hurtig adgang til data, som er relevant for den opgave, de skal løse(9). I et studie om fejl opstået pga. informationssystemer, baseret på litteratur og kvalitative studier fra USA, Holland og Australien, fandt Ash et al., at de sundhedsprofessionelle har behov for at kunne dokumentere informationen effektivt på en måde, der er anvendeligt for andre sundhedsprofessionelle(9). Dette stemmer overens med projektets fund om, at de informationer, der deles tværfagligt, skal være forståelige og på et relevant detaljeniveau.

Projektet har taget udgangspunkt i en enkelt faggruppe og dennes relationer til øvrige faggrupper i en tværfaglig sammenhæng. Det er en metodisk begrænsning i forhold til det tværfaglige fokus, at der mangler belysning fra de faggrupper, som allerede anvender FSII; hjemmesygepleje og hjemmepleje. Dette kunne have givet relevant indsigt i, hvilke informationer, der har værdi på tværs af faggrupper.

Projektets resultat om, at forholdet mellem monofaglighed og tværfaglighed skal balanceres i tværfaglig deling af information og de tilhørende løsningsforslag, skal derfor læses med forbehold for, at det kun er belyst med en monofaglig vinkel.

Ved at integrere FSIII i det kommunale træningsområde, vil det påvirke den kliniske praksis, som det integreres i. De kommunale fysioterapeuter skal gå fra en ustruktureret dokumentationspraksis, til at standardisere den gennem FSIII, hvilket sandsynligvis vil kræve en ændring i dokumentationspraksissen som den er kendt i dag. At arbejdsgange bør indtænkes i IT-systemet, anbefales af Kaufmann et al. i et studie om overlevering af patienter mellem faggrupper på en kvindefdeling(39). Den kliniske kontekst spiller en rolle for anvendelsen af sundheds IT-systemer, ikke

mindst i forhold til de arbejdsgange som IT-systemet skal passe ind i. I et review af Kuziemsy et al. om evaluering af sundheds IT-systemer, er det netop arbejdsgange, samt de organisatoriske, kulturelle og kontekstuelle aspekter, som bliver overset når sundheds-IT systemer efterfølgende bliver evalueret. Dette sker, selvom disse aspekter har stor betydning for klinikerne som anvender systemerne(45). Det kan skyldes tilgangen til organisationens rolle ift. implementeringen af sundheds IT-systemer. Greenhaulgh et al. finder, at organisationen enten ses som en helhed sammen med sundheds-IT systemerne, eller som noget, der skaber confounders(42). Ved at erkende, at organisationens kulturelle og kontekstuelle aspekter påvirker integrationen af et nyt IT-system, vil der kunne tages højde for disse aspekter i implementeringen af systemet. Skabelonerne der er udviklet i projektet er ikke evalueret i forhold til en klinisk kontekst og ville få større validitet ved at blive evalueret af kommunale fysioterapeuter. En evaluering vil bidrage med viden om, hvilke funktioner der understøtter klinisk praksis, og hvilke der ville give udfordringer. Hvordan de enkelte kommuner er organiseret, påvirker den rolle som integrationen med FSIII får. Da det engelske sundhedsvæsen skulle gå fra papir til elektronisk journal, anbefalede Huston, at der kom klare retningslinjer for, hvordan, hvornår og hvem der dokumentere i journalen (46). Ligeledes giver projektets fund anledning til at der skal være klare retningslinjer for dokumentationspraksissen med FSIII. Specielt ift. den tværfaglige dokumentation, vises det at være en fordel for kommunerne at udarbejde klare retningslinjer for dokumentation på tværs af fagområder, samt hvornår og hvordan tværfaglige informationer deles.

6. Konklusion

I dette speciale blev der ved hjælp af interviews og observationer af kommunale fysioterapeuter identificeret en række ligheder i forhold til fysioterapeuternes praksis, som var præget af standardiserede undersøgelser og tests. Der blev ligeledes identificeret en række forskelle i dokumentationspraksis og informationsbehov, som f.eks. hvor meget fysioterapeuterne læste fra andre faggruppers journaler og anvendte herfra, samt om de dokumenterede på tablet eller papir. Der blev identificeret et behov for mere tværfaglig information, end fysioterapeuterne kan få gennem de obligatoriske data fra FSIII, f.eks. på specialområdet.

Dette speciale bidrager med en metode til integration af nye tilstande i FSIII gennem mapning til SNOMED CT og det eksisterende navigationshierarki. Denne metode vil kunne anvendes, når træningsområdet og evt. næste faggruppe skal tilføjes til FSIII. Ved at anvende mapning var det muligt at identificere tilstandsområder, der vises at være mere oplagt til tværfaglig deling af information end andre tilstandsområder, som fokuserer på monofagligt informationsbehov.

Der blev derefter udviklet en skabelon til et tværfagligt borgeroverblik, som demonstrerede hvordan anvendelse af SNOMED CT som referenceterminologi og navigationshierarkiet kunne muliggøre filterfunktioner. Der blev udviklet en skabelon til monofaglig dokumentation af det første møde med borgeren, som eksemplificerede brug af tværfaglige oplysninger i den monofaglige dokumentation samtidig med overholdelse af obligatoriske data til nationale udtræk. På baggrund af de udviklede skabeloner blev der identificeret hvilke forhold, der ifølge projektets fund, var afgørende for at fysioterapeuters informationsbehov og dokumentationspraksis kan integreres i et EOJ-system, der understøtter FSIII og tværfaglig deling af informationer.

Specialet bidrog derfor med identifikation af fem forhold, som kan være anvendelige i fremtidig udvikling af dokumentationsmodellen, EOJ-systemer og når kommunerne skal stille krav til udvikling af systemer.

- Forholdet mellem fysioterapeuters dokumentationsbehov og obligatorisk dokumentation til FSIII
- Forholdet mellem ustruktureret og struktureret monofaglig dokumentation
- Forholdet mellem tilpasning af EOJ-systemet lokalt og nationalt
- Forholdet mellem monofaglighed og tværfaglighed ift. tværfaglig deling af information
- Forholdet mellem ændring af dokumentation og ændring af klinisk praksis

De kommende udfordringer ved integration af nye faggrupper kan derigennem imødekommes med større viden om hvilke forhold der balanceres mellem.

7. Referencer

1. Kommunernes Landsforening. Fælles Sprog III Metodehåndbog [Internet]. 2019 [cited 2019 Feb 5]. Available from: <http://www.fs3.nu/filer/Dokumenter/Metode/FSIII-Metodehåndbog.pdf?t=1549281434>
2. Kommunernes Landsforening. Præsentation af resultaterne af projekt "Den fælles plan, Fælles sprog II, version 2 (Fælles Sprog III) [Internet]. København; 2011 [cited 2019 Apr 10]. Available from: https://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_48740/cf_202/Pr-sentation_af_F-lles_Sprog_III.PDF/
3. Kommunernes Landsforening. Videreudvikling [Internet]. Fælles Sprog III. [cited 2019 Jun 4]. Available from: <http://www.fs3.nu/dokumenter/videreudvikling>
4. Sundheds- og Ældreministeriet. Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner. sundhedsloven [Internet]. 2014 [cited 2019 Jun 4];Vej nr 975(08/10/2014):1–41. Available from: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=202373>
5. Sundheds- og Ældreministeriet. Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner. sundhedsloven. 2014;Vej nr 975(08/10/2014):1–41.
6. PA Consulting på vegne af KL. Business case-opfølgning -Opfølgning på KL's business case for implementering. 2019.
7. Kommunernes Landsforening. FSIII evalueringskriterier version 1.31 [Internet]. 2016 [cited 2019 Mar 14]. Available from: <http://fs3.nu/filer/Dokumenter/Metode/FSIII-Evalueringskriterier.pdf?t=1491389799>
8. Van Engen-Verheul MM, Peute LWP, de Keizer NF, Peek N, Jaspers MWM. Optimizing the user interface of a data entry module for an electronic patient record for cardiac rehabilitation: A mixed method usability approach. Int J Med Inform [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2019 Feb 28];87:15–26. Available from: [https://www.sciencedirect-com.zorac.aub.aau.dk/science/article/pii/S1386505615300757](https://www.sciencedirect.com.zorac.aub.aau.dk/science/article/pii/S1386505615300757)
9. Ash JS, Berg M, Coiera E. Some Unintended Consequences of Information Technology in Health Care: The Nature of Patient Care Information System-related Errors. J Am Med Informatics Assoc [Internet]. 2003 Nov 21 [cited 2019 May 30];11(2):104–12. Available from: <https://academic.oup.com/jamia/article-lookup/doi/10.1197/jamia.M1471>
10. Ross J, Stevenson F, Lau R, Murray E. Factors that influence the implementation of e-health: a systematic review of systematic reviews (an update). Implement Sci [Internet]. 2016 Dec 26 [cited 2019 Feb 8];11(1):146. Available from: <http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-016-0510-7>

11. Berg M, Goorman E. The contextual nature of medical information. *Int J Med Inform* [Internet]. 1999 Dec 1 [cited 2019 Feb 19];56(1-3):51-60. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386505699000416>
12. Sundheds- og ældreministeriet. Autorisationsloven - Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed [Internet]. Sundheds- og ældreministeriet. 2018 [cited 2019 Mar 18]. Available from: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=192522#ide217c1ea-9f68-412d-9751-7a9f97c73d2f>
13. Styrelsen for Patientsikkerhed. Præcisering af reglerne for fysioterapeuternes journalføring [Internet]. København; 2016 [cited 2019 Feb 17]. Available from: https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/rettigheder-og-pligter/journalfoering/~/_media/90D44760FF6D4DF19DE57C23FA6A3305.ashx
14. Hjælp til journalføring [Internet]. Danske fysioterapeuter. [cited 2019 Feb 5]. Available from: <https://www.fysio.dk/radgivning-regler/sundhedsjura/journalforing/hjalp-til-journalforing>
15. Vreeman DJ, Richoz C. Possibilities and Implications of Using the ICF and Other Vocabulary Standards in Electronic Health Records. *Physiother Res Int* [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2019 Apr 29];20(4):210-9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/pri.1559>
16. WCPT. WCPT guideline for physical therapy records management: record keeping, storage, retrieval and disposal. *World Confed Phys Ther* [Internet]. 2011 [cited 2019 Feb 5]; Available from: https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/Guideline_records_management_complete.pdf
17. Falmår J, Marlet F, Tornow C, Fleischer C, Poulsen DB, Jensen K. Rapport om Journalføring i Fysioterapeutuddannelsen [Internet]. 2012 [cited 2019 Mar 22]. Available from: https://www.ucviden.dk/portal/files/45447497/Journalf_ring_i_Fysioterapi.pdf
18. Melchiorson H, Østergaard H, Vinther Nielsen C. ICF og ICF-CY -en dansk vejledning til brug i praksis [Internet]. 2011 [cited 2019 Jun 4]. Available from: http://www.marselisborgcentret.dk/siteassets/icf/icf_og_icf-cy_-_en_dansk_vejledning_til_brug_i_praksis.pdf
19. Melchiorson H, Østergaard H, Vinther Nielsen C. ICF og ICF-CY -en dansk vejledning til brug i praksis. 2011.
20. Danske Fysioterapeuter. Publicerede kliniske retningslinjer [Internet]. [cited 2019 Jun 4]. Available from: <https://www.fysio.dk/fafo/faglige-anbefalinger/kliniske-retningslinjer/publicerede-kliniske-retningslinjer>

21. IEEE Standard Computer Dictionary: A Compilation of IEEE Standard Computer Glossaries. IEEE; 1991. 1-217 p.
22. Benson T, Grieve G. Principles of Health Interoperability [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2016 [cited 2019 Jan 5]. (Health Information Technology Standards). Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-30370-3>
23. MedCom. Fælles Sprog III - MedCom [Internet]. 2019 [cited 2019 Jun 4]. Available from: <https://www.medcom.dk/projekter/faelles-sprog-iii>
24. Zeinali N, Asosheh A, Setareh S. The conceptual model to solve the problem of interoperability in health information systems. In: 2016 8th International Symposium on Telecommunications (IST) [Internet]. IEEE; 2016 [cited 2019 Apr 29]. p. 684–9. Available from: <http://ieeexplore.ieee.org/document/7881909/>
25. Rosenbeck Gøeg K, Chen R, Randorff Højen A, Elberg P. SNOMED CT as Reference Terminology in the Danish National Home Care Documentation Standard. Stud Health Technol Inform [Internet]. 2017;235:461–5. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L621744243>
26. International Health Terminology Standards Development Organisation. SNOMED CT Starter Guide - SNOMED CT Starter Guide - SNOMED Confluence. 2017 [cited 2019 Jan 2]; Available from: https://confluence.ihtsdotools.org/display/DOCSTART?preview=/28742871/47677485/doc_StarterGuide_Current-en-US_INT_20170728.pdf
27. Elkin PL, Trusko BE, Koppel R, Speroff T, Mohrer D, Sakji S, et al. Secondary use of clinical data. Stud Health Technol Inform. 2010;155:14–29.
28. Kristensen FB, Sigmund H. 2007 Metodehåndbog for Medicinsk teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen [Internet]. 2007 Dec [cited 2018 Nov 6]; Available from: <http://www.sst.dk/~media/1319CCE8BEC34952AD7746390DD8BDD5.ashx>
29. Kvale S, Brinkmann S. Introduktion til et håndværk 2. udgave. 2009.
30. Bryman 1947- A. Social research methods. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2004. xiv, 592 s., illustreret.
31. Szulevicz T. Deltagerobservation. In: Brinkmann S, Tanggaard L, editors. Kvalitative metoder - En grundbog. 2. udgave,. København: Hans Reitzels Forlag; 2015. p. 634.
32. Kommunernes Landsforening. FSIII kobling på tværs af fagområder v. 1.6 Referencebegreber og navigationshierarki [Internet]. [cited 2019 Jun 4]. Available from: <http://fs3.nu/filer/Dokumenter/Klassifikation/FSIII-Illustration-af-referencebegreber-og-navigationshieraki.pdf?t=1559676064>
33. Kommunernes Landsforening. FSIII kobling på tværs af fagområder v. 1.6

Referencebegreber og navigationshierarki.

34. SNOMED CT - Home [Internet]. [cited 2019 May 20]. Available from: <https://browser.ihtsdotools.org/>
35. Højen AR, Rosenbeck Gøeg ; K, Højen AR. SNOMED CT Implementation Mapping Guidelines Facilitating Reuse of Data. *Methods Inf Med* [Internet]. 2012 [cited 2019 May 15];51:529–38. Available from: <https://www-thieme-connect-de.zorac.aub.aau.dk/products/ejournals/pdf/10.3414/ME11-02-0023.pdf>
36. Højen AR, Sundvall ; E, Gøeg ; K R, Højen AR. Methods and applications for visualization of SNOMED CT concept sets. *Appl Clin Inf* [Internet]. 2014 [cited 2019 Feb 2];5:127–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.4338/ACI-2013-09-RA-0071>
37. Faelles Sprog III Minimumsdatsaet [Internet]. [cited 2019 Mar 14]. Available from: <http://fs3.nu/dokumenter/fsiii->
38. Rizvi RF, Harder KA, Hultman GM, Adam TJ, Kim M, Pakhomov SVS, et al. A comparative observational study of inpatient clinical note-entry and reading/retrieval styles adopted by physicians. *Int J Med Inform* [Internet]. 2016 [cited 2019 Mar 14];90:1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.02.011>
39. Kaufmann D, Parry D, Carlsen V, Carter P, Parry E, Westbrook L. Opportunistically discovering usability requirements for a clinical handover system. *Stud Health Technol Inform*. 2013;192(1–2):157–61.
40. Guilbeault P, Momtahan K, Hudson J. Building an Electronic Handover Tool for Physicians Using a Collaborative Approach between Clinicians and the Development Team. *Stud Health Technol Inform*. 2015;208:153–9.
41. Flanagan ME, Saleem JJ, Millitello LG, Russ AL, Doebbeling BN. Paper- and computer-based workarounds to electronic health record use at three benchmark institutions. *J Am Med Informatics Assoc* [Internet]. 2013 Jun 1 [cited 2019 Mar 14];20(e1):e59–66. Available from: <https://academic.oup.com/jamia/article-lookup/doi/10.1136/amiajnl-2012-000982>
42. Greenhalgh T, Potts HWW, Wong G, Bark P, Swinglehurst D. Tensions and Paradoxes in Electronic Patient Record Research: A Systematic Literature Review Using the Meta-narrative Method. *Milbank Q*. 2009;87(4):729–88.
43. Beuscart-Zéphir MC, Anceaux F, Crinquette V, Renard JM. Integrating users' activity modeling in the design and assessment of hospital electronic patient records: the example of anesthesia. *Int J Med Inform* [Internet]. 2001 Dec 1 [cited 2018 Sep 3];64(2–3):157–71. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386505601002106>
44. Kuziemytsky C, Jewers H, Appleby B, Foshay N, MacCaull W, Miller K, et al. Information

- technology and hospice palliative care: Social, cultural, ethical and technical implications in a rural setting. *Informatics Heal Soc Care* [Internet]. 2012 [cited 2019 Mar 14];37(1):37–50. Available from:
<https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=imif20>
45. Kuziemyky CE, Peyton L. A framework for understanding process interoperability and health information technology. *Heal Policy Technol* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2019 Feb 6];5(2):196–203. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211883716000150>
46. Huston JL. The need for mandatory clinical recording standards. 2004 [cited 2019 Mar 26]; Available from: www.nhs.uk/dataquality/pages/accreditation/