Masterprojekt

2. årgang

2012

-Informationsflow mellem sektorer med understøttelse af e-sundhedssystemer

http://www.blogbogstaver.dk/ordkloeveren/2010/02/r%C3%B

Gunnvá Guttesen og Hervør Eyðinsdóttir

Master of Information Technologi med specialisering I Sundhedsinformatik

Vejleder: Louise Pape Haugaard

2012

Indhold

1.0 Forord 4
2.0 Resumé 5
3.0 Indledning 7
4.0 Problemanalyse 8
4.1 Digitalisering 8
4.2 Historisk baggrund Færøerne 10
4.3 Ét system i forhold til flere systemer. 12
4.4 Sammenhæng mellem sektorer 12
4.5 Monofaglig dokumentation 13
4.7 Hvordan tilkendegives problemet på Færøerne? 14
4.7.1 Præsentation af forundersøgelsen 14
5.0 Problemafgrænsning 17
6.0 Problemformulering 20
6.1 Begrebsforklaringer 20
7.0 Metode 20
7.1 Overvejelser om metodik 21
7.2 Hvad er et Case-studie. 23
7.3 Forforståelse 24
7.4 Beskrivelse af interview. 24
7.5 Interview-bearbejdning 26
7.5.1 Udvalg af informanter 27
7.5.2 Tematisering og design 28
7.5.3 Afholdelse af interview 28
7.5.4 Transkription 29
7.5.5 Analyse 29
7.5.6 Verifikation 30
7.5.7 Rapportering 31
7.6 Beskrivelse af journalaudit som metode 32
7.6.1 Journalaudit 33
7.7 Triangulering 35

8.0 Teoretiske perspektiver 36
8.1 Teknologibegrebet 37
8.1.1 Teknologibegrebet i forhold til undersøgelsesfeltet 38
8.2 Social Carriers of Technique 39
8.3 Enrico Coiera 40
9.0 Præsentation af undersøgelsesfelt 41
9.1 Præsentation af aktører 42
9.2 Implementering af sundhedssystemet Cosmic 43
10.0 Resultat af journalaudit 45
11. Analyse af interviews 47
11.1 Viden 48
11.2 Organisation 53
11.3 Teknik 60
11.4 Produkt 63
12 Diskussion 66
12.4 Anbefalinger 69
12.1 Refleksion af metode 71
12.3 Generaliserbarhed, Validitet og Reliabilitet 73
13. Konklusion 73
14. Design/perspektivering 75
Design med udgangspunkt i teknologibegrebet. 76
15. Perspektivering 76
16. Abstract 78
17. Referenceliste 80
18. Bilagsfortegnelse 82
18.1 Bilag 1 – Sygeplejerapport 82
18.2 Bilag 2- Landssygehusets udskrivelsinstruks 83
18.3 Bilag 3 - Slides Bilag II – strategi POS 2003-11-24) 92
18.4 Bilag 4 - Interessentanalyse interview med PGH 93
18.5 Bilag 5 - Resumé af interviewene 94
18.6 Bilag 6 – Tidsplan for implementering 94
18.8 Bilag 8 – Mail correspondance med afdelingsledelse + skriv til informanter 98

18.9 Bilag 9 - LS strategi 100
18.10 Bilag 10 - Cosmic modul + integrationer 103
18.11 Bilag 11 - Journal-audit udarbejdelsen 104
18.12 Bilag 12 – Tilladelse til interview og journalaudit på sygehuset 105

1.0 Forord

Dette projekt er et 2.års masterprojekt udarbejdet i forbindelse med studiet Master of Information Technologi med specialisering i Sundhedsinformatik ved Aalborg Universitet. Temaet for projektet er som beskrevet i studieordningen: *Sundhedsinformatik i et design-/implementeringsperspektiv*"

Forfatterne til projektet er henholdsvis sygeplejerske og fysioterapeut, som begge i de seneste 4 år har arbejdet med implementering af e-sundhedssystemet Cosmic på hele Færøerne både i primær og sekundær sektor.

Vi håber at vi ved hjælp af projektet kan bidrage til at give læseren et større indblik i, hvad der er betydningsfuldt, når en arbejdsændring skal gennemføres. I dette tilfælde optimere informationsflowet mellem 2 sektorer i sundhedsvæsenet.

Vi vil rette en stor tak til alle vores informanter for at give sig tid til at fortælle om deres oplevelse af hvordan formidlingen mellem sektorerne er i dag.

En stor tak til vores arbejdsplads, som har vist velvilje og skabt rammer, således at vi har haft mulighed for gennemførelse af projektskrivningen.

Til sidst en stor tak til Louise Pape-Haugaard, vejleder, som virkelig har kunnet opfylde vores behov for vejledning og givet os konstruktiv kritik, som har flyttet os gennem skriveprocessen.

2.0 Resumé

Internationalt ses der mange problemstillinger vedrørende tværsektoriel formidling i sundhedssektoren.

Udgangspunktet for projektet er en undren over, hvordan informationsflowet mellem to forskellige sektorer er i dag, og hvordan et e-sundhedssystem kan støtte omkring denne proces.

I projektet undersøges hvordan informationen mellem sektorer foregår og hvilke faktorer kan have indflydelse på informationsflowet. Undersøgelsesfeltet er "Nærverkið", - hjemmeplejen - i primær sektor og Landssygehuset på Færøerne.

Projektets design er casestudie, hvor der er anvendt både kvalitative og kvantitative metoder for at opnå viden om undersøgelsesfeltet. Der er udført interviews af personer fra ledelsen i begge sektorer og af sygeplejersker, som arbejder med udskrivelse/modtagelse til dagligt. Journal-audit som betegner en kvantitativ metode, er anvendt på basis af interviewene på sygehuset, i forhold til dokumentation i udvalgte notatskabeloner og blanketter. Som teoretisk referenceramme er Teknologibegrebet af Jens Müller blevet brugt.

Analyse af interview og resultat af journalaudit viser, at der i processen omkring formidling af information er uklarheder. Dette gælder både med hensyn til den dokumentation, der bliver formidlet og selve udskrivelsesprocessen. Der er vedrørende samme emne ikke konsistens mellem udtalelser i begge sektorer. Desuden ses et ønske i begge sektorer om større fokus på formidlingen for at få et bedre sammenhængende patientforløb. I forhold til udskrivelse af patienter er arbejdsgangen den samme som før indførelsen af e-sundhedssystemet på sygehuset og den dokumentation som formidles imellem sektorerne har ikke ændret karakter. Der ses en "gråzone" hvilket betegner overgangen mellem sektorerne, hvor ansvarsfordelingen ikke er identificeret.

Ifølge digitaliseringsstrategien på Færøerne skal sundhedsvæsenet være samarbejdende, med én hukommelse – et e-sundhedssystem.

Anbefalingerne til hvordan informationsflowet kan optimeres, er en implementering af e-sundhedssystemet i primær sektor hvor der sættes særligt fokus på "gråzonen" Dette gøres ved at inddrage fagpersoner fra begge sektorer i implementeringsprocessen.

3.0 Indledning

Set ud fra et sundhedsinformatisk perspektiv ser vi mange problemstillinger som vedrører den tværsektorielle formidling.

Udgangspunktet for vores projekt stammer fra vores undren over, hvordan informationsflowet mellem to forskellige sektorer er i dag, selv om vi skriver 2012, hvor den elektroniske verden er i stor udvikling. *Hvordan det er muligt at optimere informationsflowet med et E-sundhedssystem som støtte?*

Internationalt viser det sig at elektronisk kommunikation spiller en stigende rolle i sundhedssektoren. Det sker tit, at der bliver lavet nye tekniske løsninger, som bliver udbredt, men desværre er det også sådan, at aktørerne som skal anvende teknikken og strukturen samt opgaverne der følger eller ændres tit ikke får så meget fokus under den nye integration. (Coiera 2007)

Informationer mellem primær og sekundær sektor er mest i form af epikrise fra lægen til den praktiserende læge.
Det viser sig også at informationen ikke kommer frem hurtigt nok, tit har patienten selv kontaktet sin praktiserende læge og er nødt til at fortælle sygehistorien i sine egne ord, i andre undersøgelser viser det sig at patienten selv har fået brev med fra hospitalet som så selv skal aflevere det til praktiserende læge eller andre i sundhedstjenesten der har brug for informationen. Dette er et bevis på at patientsikkerheden ikke er optimal og der er en kløft i kommunikationen mellem primær og sekundær sektor. (Kripalani et al. 2007)
En amerikansk artikel, som er skrevet af flere forskere, viser at der er foretaget mange undersøgelser, som støtter op omkring, at der er behov for at få en bedre kommunikation mellem primær og sekundær sektor, således at patientsikkerheden og kontinuiteten forbedres.(Guthrie et al. 2008)

Disse problematikker er også velkendte på Færøerne, hvor vi har erfaring for, at patienterne selv er nødt til at rykke for svar både vedrørende bl.prøver, patologi samt epikrise fra indlæggelse eller tid til undersøgelser/konsultationer, selv om vi har et e-sundhedssystem. Gennem vores arbejde som koordinatorer har vi haft samtaler med plejepersonale på sengeafdelingerne og til dels med terapeuterne, hvor vi tit har hørt dem sige, at kommunikationen mellem sygehus og primær sektor ikke er tilfredsstillende. De beskriver, at følgerne af den utilfredsstillende kommunikation er, at patienterne ikke får den optimale behandling rettidigt og andre gange at sygehusets anvisninger ikke bliver fulgt.
Dette har vakt en interesse hos os for at undersøge, hvilke årsager der kan ligge til grund for disse udtalelser. Som det første skridt i vores undersøgelse, har vi valgt at tage udgangspunkt i en gruppe patienter, der ofte kommer i kontakt med primær sektor efter udskrivelse fra sygehus, nemlig apopleksipatienter. Desuden har medicinsk center velvilligt givet os indblik i Landssygehusets udskrivelsesmetode. *(Bilag 1)*

4.0 Problemanalyse

Ved hjælp af problemanalysen vil vi belyse hvordan overlevering af data sker omkring patienter der bliver udskrevet fra sygehus og modtages i primær sektor.

Vi ønsker at undersøge hvordan informationsudvekslingen mellem sygehuse og primær sektor foregår i dag, samt identificere hvilke faktorer der har indvirkning på den. Vi stiller desuden spørgsmål om hvorvidt et e-sundhedssystem kan støtte op omkring informationsudvekslingen.

4.1 Digitalisering

Internationalt er der strategier for digitalisering som overordnet har det samme formål.

I den Nationale strategi for digitalisering af det danske sundhedsvæsenet er den overordnede vision – *Et sundhedsvæsen præget af høj kvalitet og produktivitet. God service og stor inddragelse af patienter og borgere samt samarbejde og sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenets mange aktører.* (side 9 i SDSD 2008-2012)
Et overordnet mål som skal understøtte visionen er: *"Sammenhæng ved hjælp af sikker kommunikation"* – (s.10)

Danmark fik den første digitalingsstrategi i år 2001. Internationale undersøgelser som er lavet viser, at Danmark har en veludbygget digitalisering i den offentlige sektor, sammenlignet med andre lande. *(Den digitale vej til fremtidens velfærd s.8).* En strategi, som har overordnede mål og giver en fælles retning samt fælles initiativer.

Kigger vi på den Nationale strategi for digitalisering i sundhedsvæsenet (NSDS 2008-2012) er der sat mål vedrørende digitalisering, at brugeren skal have det som værktøj til at skabe produktivitet og kvalitet. Borgeren skal opleve et sammenhængende forløb. Gentagelser af oplysninger til de forskellige faggrupper skal kunne undgås.

- *Digitalisering der direkte understøtter medarbejdernes opgaver og funktioner, hvilket skaber grundlag for øget kvalitet og effektivitet.*
- *Digitalisering der målrettet forbedrer services i sundhedsvæsenet for borgere og patienter.*
- *Koordinering og prioritering af digitaliseringsindsatsen gennem mere forpligtende tværgående samarbejde på alle niveauer (Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark 2008 s 7).*

Til forskel fra Danmark og andre lande, findes der på Færøerne ikke en National strategi for digitalisering i sundhedsvæsenet.

4.2 Historisk baggrund Færøerne

Digitalisering indenfor det færøske sundhedsvæsen er forholdsvis nyt. I 2003 blev der etableret en strategi, hvor visionen var "Det samabejdende sundhedsvæsen. Der blev her sagt at:

- Færøernes sundhedsvæsen har i kraft af sin størrelse og struktur god mulighed for at realisere visionen om et samarbejdende sundhedsvæsen, hvor:
    - Patientforløb koordineres fra start til slut over faggrænser og organisatoriske skel
    - Patient og behandler oplever et sundhedsvæsen med én hukommelse
    - Opgaver løses, hvor det er bedst og billigst
- Systemarkitekturen støtter denne vision ved at:
    - Skabe kommunikationsveje – ikke barrierer
    - Minimere antallet af systemgrænseflader
    - Tilbyde en integreret klinisk arbejdsplads til hele sundhedsvæsenet
    - Etablere en fælles hukommelse for patientinformation

(Bilag 3)

Denne vision er sammenlignelig med SDSD, dog er den ikke udbygget yderligere på Færøerne.

Da projektet tager udgangspunkt fra Færøerne, er det nødvendigt at præsentere historien bag digitaliseringen af det færøske sundhedsvæsen.

I første fase af digitaliseringen på Færøerne, skulle der fokuseres på, at få sundhedssystemet konfigureret til de 3 sygehuse og samtlige praktiserende læger, og få undervist alle medarbejdere i at bruge det.

Processen tog dog længere tid end forventet, mere præcist så blev Cosmic implementeret på psykiatrisk center primo 2011, og dermed var målet nået med omkring 5 års forsinkelse.

Når et sundhedssystem skal implementeres i en kompleks organisation som sundhedsvæsenet er, er der mange faktorer der er gældende. I dette tilfælde viste det sig, at arkitekturen og standardsystemet var på plads, men det var langt fra nok til at overholde tidsplan m.m. Organisationen skulle i gang med en stor omvæltning, nye arbejdsgange skulle laves og andre skulle revideres. Der var risiko for at reorganisering på forskellige afdelinger, rolleforandringer – hvem skulle nu udføre hvilke opgaver m.m. Det kunne være spændende at kigge på, hvorfor implementeringen drog ud og hvilke faktorer der havde stor påvirkning, dette har vi dog fravalgt, da vores fokus er informationsudveksling mellem sektorer.

Næste fase i digitaliseringsprocessen, som er i gang nu, er en optimering af sundhedssystemet. Departementchefen for det færøske sundhedsministerium har forventninger til optimeringsrunden, at der nu sættes fokus på en forbedring af datakvaliteten.
(Bilag 4)

I ***"Betænkning om fremtidigt sygehusvæsen på Færøerne"*** fra 2007 står der i punkt 7.6 bl.a følgende, oversat til dansk:

Der skal af fagpersoner indenfor området defineres sammenhængende patientforløb, som konkret skildrer forløbet både inde på sygehusene og imellem sygehusene.
Der skal også være sammenhæng til systemer udenfor sygehusene, d.e. praktiserende læger, Nærverkið[1], apoteksværket, og Almannaverkið [2]

[1] *(som er både hjemmepleje, distriktterapi, støttepersonsordning osv.)*
[2] *(Plejehjem, beskyttede boliger, bofællesskaber osv.)*

Meningen med denne betænkning er at sikre sig, at den service patienten får, opleves som et sammenhængende hele.
De systemmæssige kvalitetsmål på sygehusene skal genfindes i det planlagte patientforløb.
En optimal anvendelse af et digitalt sundhedssystem kan understøtte, at et sammenhængende patientforløb kommer til at fungere i det daglige arbejde indenfor sundhedsvæsnet.
(Hansen et al. 2007)

4.3 Ét system i forhold til flere systemer.

I andre lande er udfordringen, at der er flere kliniske systemer i samme organisation. Udfordringen er, at få systemerne integreret. På Færørerne er der ikke den udfordring, da der kun er et e-sundhedssystem, dermed ikke sagt at det har løst alle problemer. I takt med indførelsen af ny teknologi indenfor sundhedsvæsenet er det i stigende grad blevet tydeligt, at teknik alene ikke løser tekniske problemer. En mere brugbar tilgang, er at se den kliniske arbejdsplads som et komplext system, hvor mennesker, teknologi og den organisatoriske struktur er i dynamisk interaktion. Teknikken er ikke noget i sig selv, de organisatoriske udfordringerne er de samme hvadenten organisationen har et eller flere systemer. Der er de samme udfordringer med hensyn til struktur, ændring af arbejdsgange og arbejdsopgaver især i forhold til den pragmatiske arbejdsdeling der er i sundhedsvæsenet. (Wears, Berg 2005)

4.4 Sammenhæng mellem sektorer

Politisk er der et stort ønske om et bedre sammenhæng i det enkelte patient forløb, men vidt forskellige organisationsformer, kulturer og kassetænkning, forhindrer tit udviklingen. Vejen fra ideerne i den praktiske hverdag til forandring er tit lang. Når man fordyber sig i det, er der mange tanker på medarbejder niveau om forbedringer og i

virkeligheden et stort ønske om ændringer, som gør arbejdsdagen mere tilfredsstillende, mere meningsfyldt og som forbedrer den samlede faglige indsats (Berg 1999)

Betegnelsen patientforløb dækker over en række overlappende koncepter, der fokuserer på at definere processen i behandling og pleje. Formålet er altid at opnå eller fastholde kvalitet i et bredt perspektiv. Patientforløb er således overbegreb eller samlebegreb for forskellige koncepter. Det er vigtigt at skelne imellem patientforløb og kliniske beskrivelse. Patientforløb besvarer spørgsmålet om, hvem der gør hvad, hvornår og i hvilken rækkefølge, mens kliniske retningslinjer er beslutningsstøttende retningslinjer i forhold til, hvad der er passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke situationer.

Det er således ikke til at komme udenom at et sammenhængende patientforløb mellem sektorer også kan have en påvirknig af optimering af forløbet. Hvor samspillet mellem sektorerne har en væsentlig betydning.

Sundhedsprofessionelle fokuserer ofte kun på den del af forløbet, som de er direkte involveret i. Godt koordinerede patientforløb kan øge den patientoplevede kvalitet, bl.a når behandlingsansvaret overgår fra sygehus til primær sektor. Godt koordinerede patientforløb er desuden ressourcebesparende for sundhedsvæsenet, både i form af kortere indlæggelsestid og færre ambulante besøg. Bliver kliniske retningslinjer anvendt som en integreret del af patientforløbet vil planlagte patientforløb dermed også sikre kvaliteten af de sundhedsfaglige ydelser. (Kjærgaard 2001)

4.5 Monofaglig dokumentation

Fælles for alle behandlergrupper er, at der er tænkt monofagligt hvilket vil sige, at der dokumenteres i en struktur og i en terminologi der er velkendt indenfor samme fag, men kan være svær at forholde sig til, hvis man tilhører en anden faggruppe.

Langt hen ad vejen har denne dokumenteringsform fungeret og fungerer stadig. Med indførelsen af elektroniske patientjournal systemer ses denne dokumenteringsform mere og mere uhensigtsmæssig, idet der både nationalt og internationalt bliver lagt op til, at de elektroniske systemer skal skabe sammenhæng i patientforløbet. Dette har hidtil vist sig at være svært gennemførligt. (Rector 1999)
Da alle faggrupper har en faglig stolthed og en gammel kultur, er det svært at finde et "fælles sprog" mht. dokumentation. Dette skaber i mange tilfælde overflow af dokumentation, idet den enkelte fagperson tit synes, at der lige skal laves tilføjelser til noget der allerede er dokumenteret, fordi det ikke dækker helt efter vedkommendes synspunkt. Dette kan være medvirkende til at det bliver svært at formidle data på tværs af sektorer og imellem faggrupper.

4.7 Hvordan tilkendegives problemet på Færøerne?

For at kunne identificere om der er et reelt problem med kommunikationen mellem primær og sekundær sektor, har vi valgt at lave en forundersøgelse der er baseret på nogle samtaler med ledelsen på primær sektor og afdelingsledelse på sekundær sektor. Ved hjælp af forundersøgelsen ønsker vi at få en bredere viden om hvordan samarbejdet mellem sektorerne er i dag, hvordan kommunikationen sker mellem sektorerne. Udvælgelsen af informanter er sket på baggrund af at afdelingsledelsen er repræsentant for sygeplejerskegruppen. Vi forventer at få en overordnet vurdering af situationen, som den ser ud i dag, samt omfanget af det eventuelle problem. (Bilag 5)

4.7.1 Præsentation af forundersøgelsen

Det fremkommer helt tydeligt at det er et problem vedrørende kommunikationen mellem sektorer. Sektorerne fremstiller hver sit

behov for formidlingen af dokumentation. Forundersøgelsen viser forskelligheder i hvor stort problemet er og hvad problemet er. Overordnet set, så udtaler infomanterne inde på sygehusene, at de har en formular/standard, som de udfylder og det bliver gjort. De har stor gavn af at genfinde, genbruge data i Cosmic, når formularen skal udfyldes og sendes til primær sektor (Nærverkið). Det er nogle begreber (nøgleord), som er fastsat hvor de skriver en hel del fritekst i (bilag 1). Medicin oplysninger genbruges og printes ud, bliver sendt sammen med formularen eller patienten får det i hånden ved udskrivelsen.

I primær sektor danner de sig et billede af brugeren når han kommer i eget hjem. De gør det sjældent ved hjælp af den formular/standard der sendes fra sygehuset. Tilbagemeldingen ifølge ledelsen i primær sektor, er at de sjældent får den formular i tide og oftest kommer den aldrig frem til de relevante personer. Dog kommer der også en bemærkning om, at når de får formularen står der nogle relevante ting i den.
I udskrivelsesprocessen inde på sygehuset, har primær sektor (lederen for området) telefonisk kontakt med sygehuset, det kan være op til flere gange. Denne kommunikation er meget ustruktureret og personsbetinget. Der findes i øjeblikket ikke en formular, som primær sektor anvender, de har ikke stillet nogle krav om, hvilke oplysninger de som minimum skal have.
Dette viser et tegn på, at kommunikationen mellem primær og sekundær sektor er tilfældig, personbetinget og der findes ikke nogle standarder.

Der er tegn på en stor kløft mellem sekundær og primær sektor, og vores undren går på, hvor stor betydning det har for patientfoløbet?

Forundersøgelsen beviser at der foregår et "patientforløb" på sygehuset og primær sektor opretter et "nyt patientforløb", da patienten bliver en

bruger i deres regi. Der er altså ikke noget entydigt bindeled mellem primær og sekundær sektor i nuværende situation.

Hvad skal der til for at bindeleddet mellem primær og sekundær sektor forbedres og evt. resulterer i, at der bliver tale om ét patientforløb, hvor begge sektorer få gavn af evt. fælles standarder som udføres i et sundhedssysem. Hvordan kan dette gøres, hvad skal der til?

Ud fra forundersøgelsen ses, at der er ikke overensstemmelse med vision 2015 om et patientforløb og IT-system skal støtte op omkring at gøre det muligt.

Forundersøgelsen viser manglende overensstemmelse mellem det som sker i virkeligheden sat op imod det der udtrykkes i betænkningen om fremtidigt sygehusvæsen på Færøerne (Hansen et al. 2007)

De interviewede udtrykker samtidig et andet stort dilemma omkring apopleksipatienter, at brugeren/patienten ikke får den optimale behandling i den nuværende organisering. Der er mangel på sundhedscentre, som de har i andre nordiske lande. Det tilbud eksisterer ikke på Færøerne. Behandlingen efter udskrivelse er meget personbetinget, der er ikke afsat resourcer til det i primær sektor. Der er en terapeut til et område som skal nå til alle brugere i kommunen, hvilket er en uopnåelig opgave.

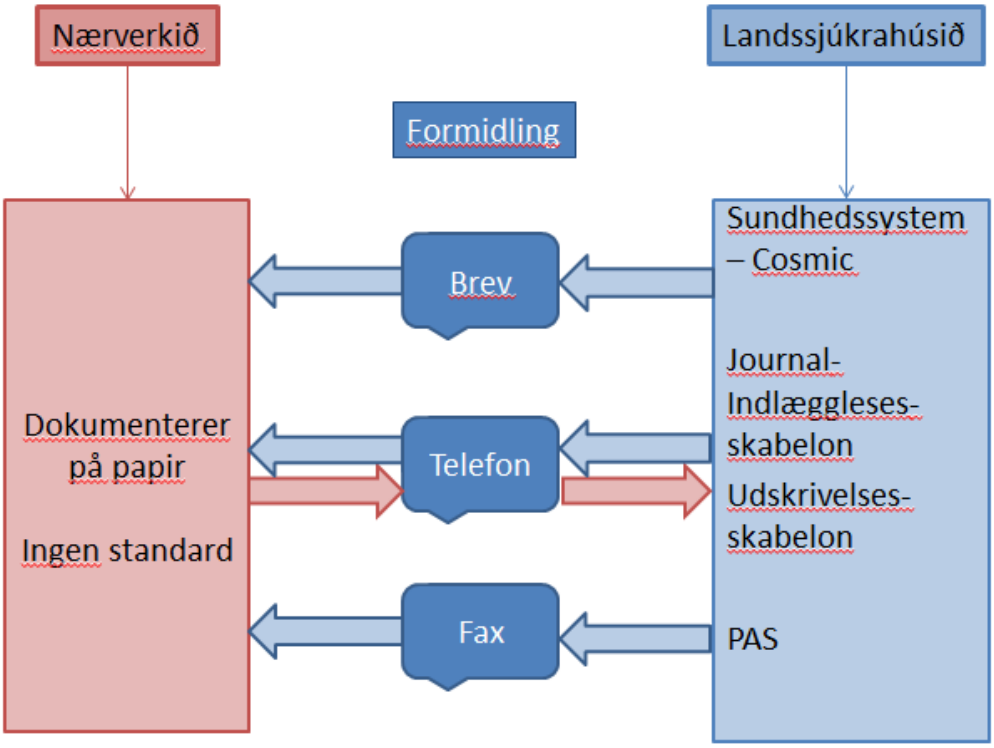
Politisk og organisatorisk er der ikke vilje/ressourcer til at nå denne patientkategori, for at dække brugerens behov, det er også med til at skabe en stor frustration både for brugeren og personalet. Lederen inden for primær sektor siger således:

> *Jeg havde tabt modet, hvis det var mig der var patient. Jeg havde været bange for, hvad der blev stillet mig i udsigt når jeg var blevet udskrevet. Så stor er kløften mellem sygehus og primær sektor på Færøerne.*

Dette i sig selv er et meget stort emne på politisk plan, med hensyn til organisering og struktur af sundhedssystemet på Færøerne. Vi har fravalgt at fokusere på denne vinkel af problemet, velvidende at denne problematik har stor betydning for optimering af patientforløbet, specielt til denne patientkategori Apopleksi, hvor plejen er træning.

5.0 Problemafgrænsning

Ud fra problemanalysen ses mange udfordringer som kan relateres til formidlingen mellem sektorer. Som eksempel ses, at dokumentationen foregår monofagligt, lægen dokumenterer i sin skabelon, imens sygeplejersken dokumenterer i sin pleje-skabelon og terapeuterne dokumenterer deres hjemmebesøg. Når en patient skal udskrives er informationsudvekslingen mellem sygeplejersker på sygehuset til sygeplejerske i primær sektor med sygeplejerapporten og via telefon. Ergo- og fysioterapeuterne udveksler også informationer ved telefonisk kontakt til primær sektor.(Figur 1) Det er tvivlsomt, hvor meget primær sektor anvender den dokumentation, som bliver sendt til primær sektor eller som patienten får med når han bliver udskrevet.



Figur 1

En oversigt over hvordan formidlingen sker mellem sektorerne og hvilke typer dokumenter de anvender i sektorerne.

Interviewene i forundersøgelsen bekræfter, at overleveringen af data foregår meget tilfældigt og er meget personbetinget. Det er et interessant paradigme som vi vil fokusere på.

Hvad er det der gør at dokumentationen ikke bliver genbrugt? Vi ved at muligheden er der, selv om primær sektor ikke har et e-sundhedssystem.

På international plan er der mange udfordringer, som vedrører informationsudvekslingen mellem sektorer og hvordan den kan optimeres ved hjælp af et e-sundhedssystem. Strategi og vision gør ikke alene det at patientforløb bliver optimeret ved hjælp af digitalisering. Marc Berg beskriver blandt andet i sin artikel i Waiting for Godot, at ved indførelse af e-sundhedssystemer/digitalisering opstår

der tit mange nye problemer/udfordringer (Wears, Berg 2005) da sundhedsektoren er en kompleks organisation.

I vores projekt vil vi fokusere på overleveringen af oplysninger i forbindelse med udskrivelsen mellem primær og sekundær sektor. Den faggruppe vi fokuserer på er sygeplejersker. Ifølge vores forundersøgelse er sygeplejerskerne i begge sektorer den eneste faggruppe, som har en formel kommunikation omkring udskrivelse af patienter.

Primær sektor kører stadig med papir, men skal indenfor kort tid anvende IT-systemet Cosmic. Derfor mener vi det har stor relevans at også involvere personer i primær sektor. *Hvordan kan e-sundhedssystemet, som bruges på sygehuset understøtte arbejdsgangen mht den videre behandling og pleje af patienter*

Den store udfordring på sygehuset nu er, at alle medarbejedere anvender samme system (Cosmic), og en stor del af dokumentationen er ikke ændret mere end, at der er "sat strøm til papir". Det hedder sig, at de enkelte faggrupper er gået fra at dokumentere i deres respektive fagjournaler til at dokumentere i én og samme patientjournal, men dokumentationsmåden er den samme som førhen.
Da alle faggrupper har en faglig stolthed og en gammel kultur, er det svært at finde et "fælles sprog" mht dokumentation. Dette skaber i mange tilfælde overflow af dokumentation, idet den enkelte fagperson tit synes, at der lige skal laves tilføjelser til noget der allerede er dokumenteret, fordi det ikke dækker helt efter vedkommendes synspunkt. Denne spændende vinkel har vi fravalgt at fokusere på.

6.0 Problemformulering

Hvordan kan informationsflowet mellem sygehus og primær sektor understøttes via et E-sundhedssystem?

Vi tager udgangspunkt i E-sundhedssystemet Cosmic, som bruges på Færøerne og stiller følgende underspørgsmål:

- **Hvordan dækker oplysningerne behovet i Nærverkið til opfølgende behandling?**

- **Hvordan påvirker organisationsstrukturen arbejdsgangene og formidlingen?**

6.1 Begrebsforklaringer

Informationsflowet – Omfatter den information som bliver formidlet mellem sygehuset og Nærverkið af sygeplejersker i begge sektorer.

Sygehuset – Her fokuseres på Landssygehuset som er det største af de 3 sygehuse som er på Færøerne

Primær sektor – med fokus på hjemmesygeplejersker og deres udveksling af informationer.

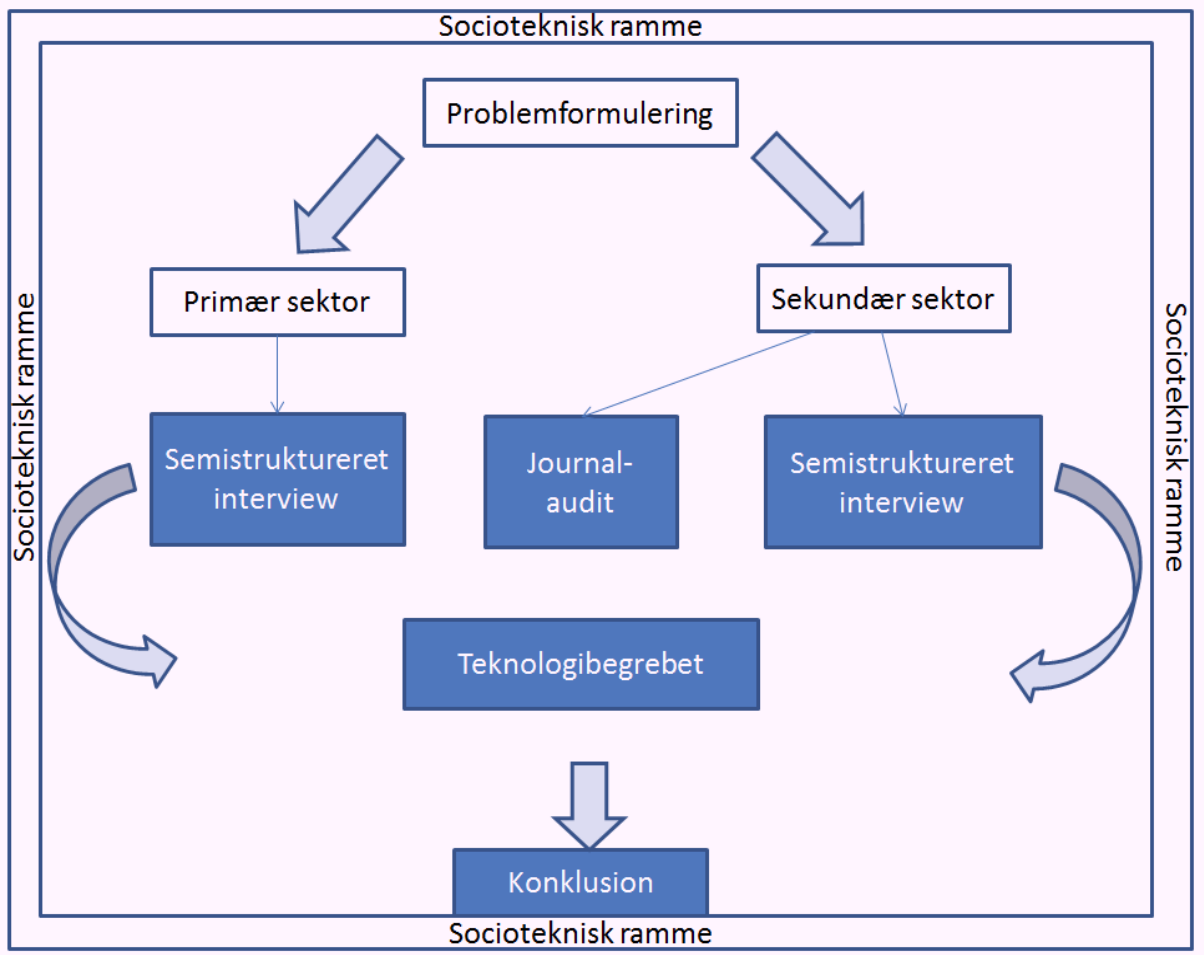
E-sundhedssystem – vælger vi at definere som: system til medicinsk informatik, hvor klinisk information, dokumentation af pleje og behandling og andre patientrelaterede ydelser samles i et sted.

Cosmic – Et standard system, udviklet af Cambio i Sverige

Nærverkið – Er den del af primær sektor som hjemmesygeplejerskerne tilhører.

7.0 Metode

I dette afsnit beskrives først overvejelser omkring metodik, dernæst beskrives de anvendte metoder i projektet, interview og journalaudit.



Figur 2

Oversigten viser hele processen i rapporten, hvilken forståelsesramme, metoder og teori vi anvender.

Denne figur belyser vores underersøgelsesfelt, primær og sekundær sektor og de metoder vi har valgt at anvende, semistrukturerede interviews og journal-audit. Sidenhen analyserer og fortolker vi interviewene og anvender resultaterne, som vi får ved hjælp af journalaudit og fortolker sammen med teknologibegrebet af J. Müller. Projektet bliver beskrevet i den sociotekniske ramme.

7.1 Overvejelser om metodik

Ved hjælp af vores problemanalyse, hvor forundersøgelsen viser, at der er store udfordringer ved informationen mellem sekundær og primær

sektor, så som at genbruge, genfinde data, manglende struktur og standarder i Nærverkið, er der belæg for vores problemstilling. Vi ser problemstillingen ud fra et socioteknisk perspektiv, hvor der er fokus på interaktioner mellem menneske og teknik.

Metodevalg indbefatter:

- **Videnskabsteoretiske** overvejelser op projektets forudsætninger og grundlag
- **Strategiske** overvejelser om design
- **Praktisk-tekniske** overvejelser om metodik

(Riis 2005)

Forskningsfeltet i undersøgelsen baserer på et STST, et studie af arbejdslivet for sygeplejersker på sygehus og i Nærverkið, hvordan handlingen udføres ved overlevering af oplysninger til Nærverkið i forhold til udskrivelse af patienter og omvendt hvordan de modtager oplysningerne.

Ved en socioteknisk tilgang er der fokus på hvordan mennesker og systemer i praksis interagerer med hinanden. Marc Berg, som er en af de mest fremtrædende forskere inden for den sociotekniske tilgang karakteriserer feltet i 3 hovedpunkter:

Praksis i sundhedsarbejde som heterogene netværk
Praksis - bliver opfattet som et netværk af mennesker, værktøjer, arbejdsrutiner (arbejdsgange), dokumenter m.m.
Et flow af forskellige faktorer der påvirker hinanden og er i samspil med hinanden. Alt som indbefatter selve processen i arbejdet (læger og sygeplejersker), samt det tilbehør der "bruges" i processen, er afhængigt for hvordan processen udføres.
Sundhedsarbejdets karakter

Kerneaktiviteten i arbejdspraksis indenfor sundhedsvæsenet er at styre patienternes forløb. I næsten alle tilfælde er dette en kollektiv, samarbejdende proces. En fundamental karakteristik af dette arbejde er dens pragmatiske flydende karakter.

Empirisk orientering, med fokus på kvalitative metoder

Den sociotekniske tilgang understreger vigtigheden af stor empirisk indsigt i arbejdspraksis hvor it-sundhedssystemet skal bruges. (Berg 1999)

Set ud fra et socio-teknisk perspektiv, hvor det har en stor betydning, at alle aktører er i spil, er det vigtigt at have sygeplejersker fra begge sektorer med, og ikke mindst fordi det i forhold til patientforløbet Apopleksi, hvor den videre behandling bliver overleveret fra sekundær sektor til primær sektor.

Projektets design tager udgangspunkt i Case-studie, da vi er interesserede i at finde ud af, hvordan et e-sundhedssystem kan støtte op omkring formidlingen mellem to sektorer, med specielt fokus på overlevering af dokumentation mellem sygeplejersker fra sekundær og primær sektor.

Vi forventer, at få svar på dette, ved at høre personalets udtalelse om opgavens udførelse. Da det specielt er pleje-oplysninger vi har fokus på, har vi udvalgt nogle sygeplejersker til interviews. Vi ønsker, at få afklaret hvordan en udskrivelse foregår og omvendt i Nærverkið, hvordan de modtager patienten og hvilke oplysninger der følger med.

7.2 Hvad er et Case-studie.

Ifølge Yin er et casestudie en empirisk analyse, der undersøger et samtidigt eller historisk fænomen i en social kontekst, hvor fænomenet udfolder sig. For casestudieundersøgelser gælder ifølge Yin endvidere, at det ikke begrænser sig til en bestemt datakilde, og der skal således

ikke vælges mellem f.eks dokumenter, observationer, interviews, men der kan trækkes på samtlige eller udvalgte teknikker

Med udgangspunkt i de fire forskellige typer casestudier: *Ateoretiske* studier, *teorifortolkende* studier, *teorigenererende* studier og *teoritestende* studier tager vores studie udgangspunkt i *teorifortolkende* studier. Formålet er, at generere ny empirisk viden.

Et Case-studie er velegnet til brug af metodeudvikling, dens styrke ligger i at kunne besvare *Hvorfor* og *Hvordan.* Det er oplagt at bruge Case-studie som forskningsstrategi, når man skal lære af særlige personer. I dette projekt lære af sygeplejersker på en Apopleksi-afdeling og sygeplejersker i Nærverkið. Et Case-studie har til formål at finde sammenhængen i selve hændelsen. (Yin 2009)

7.3 Forforståelse

Forfatterne til dette projekt har en del forhåndsviden, idet begge har en fortid på det sygehus, hvor halvdelen af informanterne arbejder. Dette ser vi som en fordel, idet vi selv har oplevet de udfordringer der er i forbindelse med udskrivelse og har arbejdet med de arbejdsgange omkring udskrivelsen. Samtidig skal vi være utrolig opmærksomme på at den forforståelse vi har ikke udmønter sig i forudfattede meninger og konklusioner. Det er vanskeligt at studere ens egen arbejdsplads, fordi ens perspektiv er begrænset og fastlåst på grund af en lang, grundig og ofte skjult socialisering. Der er desuden risiko for bias. (Andersen 2005)

7.4 Beskrivelse af interview.

Ved at lave interview får vi en kvalitativ tilgang til projektet. Formålet med at udføre kvalitative interviews, er at komme så tæt på interviewpersonens oplevelser og i sidste ende at formulere et koherent og teoretisk 3. persons-perspektiv på deres livsverden. Der er flere kategorier af interview, som går fra ustrukturerede interviews med få planlagte spørgsmål til helt stramt strukturerede interview med mange

styrende spørgsmål. Den mest anvendte interviewform inden for moderne interviewforskning er det semistrukturerede interview. (Brinkmann, Tanggaard 2010) Der kan være tale om fænomenologisk tilgang, hvor de sociale fænomener beskrives, som de opleves af informanterne. Fænomenologien tager sit udgangspunkt indenfor filosofien og har sin nutidige betydning kort sagt "*Læren om det som viser sig for en bevidsthed".* (Kvale, Brinkmann 2009)

I vores tilfælde er der tale om en fænomenologisk tilgang. Vi undersøger hvordan information kan gå fra sygehuset til primær sektor med understøttelse af IT. Vores fokus er ikke på selve IT-systemet, men men omkring arbejdsgangene omkring overleveringen af informationer.

Da det er sygehusets information til primær sektor med IT-understøttelse der skal undersøges giver det mening at bruge en kvalitativ undersøgelse med inddragelse relevante personer, i dette tilfælde sygeplejersker der udskriver apopleksipatienter til primær sektor.

Et kvalitativt forskningsinterview giver os svar på, hvorfor informanten og evt. dens faggruppe gør som de gør og hvad informanten tænker, mener om det han/hun gør.

Der er 3 former for interviews.

- Ustruktureret interviews – åbne ustrukturerede kvalitative interviews, hvor hverken spørgsmål eller temaer er givet på forhånd.
- Semistruktureret – Overordnet formål med undersøgelsen er fastsat. Vejledende spørgsmål under relevante temaer. Mulighed for ændringer undervejs.

- Struktureret interviews – spørgsmålene er formulerede på forhånd og svarene indsættes i faste svarkategorier.

Steiner Kvale (1997) kalder det "det halvstrukturede livsverdensinterview". *"…et interview, der har til formål at indhente beskrivelser af den interviewedes livsverden med henblik på at fortolke betydningen af de beskrevne fænomener."* (Kvale, Brinkmann 2009)

Den semistrukturerede interview indeholder de elementer, som vi har brug for til vores undersøgelse. Derfor er det en metode vi har valgt at bruge med udgangspunkt i hans 7 faser i en interviewundersøgelse.

1. Tematisering
2. Design
3. Interview
4. Transskription
5. Analyse
6. Verifikation
7. Rapportering

7.5 Interview-bearbejdning

Vi har forberedt vores semistrukturerede interviews på baggrund af Steinar Kvale´s metode til en interviewundersøgelse, med udgangspunkt i de 7 faser. Disse 7 faser kan hjælpe intervieweren igennem interviewene og bidrage til at fastholde den oprindelige mening med undersøgelsen. (Kvale, Brinkmann 2009)

Vi har søgt adgang til vores undersøgelsesfelt (bilag 8) på Landssygehuset via mail til sygehuschefen og har underskrevet en kontrakt (bilag 12)

I Nærverkið søgte vi adgang via mail til lederen for Nærverkið og fik det bevilget dette i en mail (bilag 7)

Vores empiriske undersøgelse skal kunne støtte op omkring at give svar på vores problemformulering "*Hvordan kan et it-sundhedssystem støtte op omkring formidlingen mellem primær og sekundær sektor*".

7.5.1 Udvalg af informanter

Vi har valgt at informere både afdelingsleder og sygeplejersker der er i praksis og behandler patienter, da vi ønsker at få at vide, hvad de reelt gør når de henholdsvis udskriver og modtager en patient/bruger. Samt ledere fra begge sektorer, for at få en viden om hvordan den optimale udskrivelse skal foregå og deres udtalelse om det.

Afdelingslederen på sygehuset er valgt fordi hun er den eneste der er ansvarlig for Apopleksipatienter på Færøerne, hun har så valgt 2 sygeplejersker til at blive interviewet og vi har ikke stillet nogle krav i henhold til udvælgelsen.

Lederen for Nærverkið har udvalgt alle personerne i Nærverkið, som vi har talt med. En afdelingsleder, en visitator og en sygeplejerske.

Vi lægger ud med at informere informanten om samtykke, anonymisering i forbindelse med deres deltagelse, og siger samtidig at da det er et lille sygehus er det også svært at bevare anonymiteten. For at gøre det så optimalt som muligt vælger vi at vedlægge en CD-rom med transkriberingen og kondenceringen, som så skal afleveres til forfatterne igen efter eksamen og kan herefter udleveres på forespørgsel.

Vi sikrer os at deltageren er bekendtgjort med formålet med interviewet, som vi informerer om inden vi starter interviewet. Dette har vi også mailet til afdelingsledelsen, som bliver bedt om at udlevere det til dem som skal deltage i interviewene. (Bilag 8)

7.5.2 Tematisering og design

Vi ved fra forundersøgelsen som er nævnt i problemanalysen, at formidlingen mellem Nærverkið og sygehuset ikke er optimalt. Det er interessant for os at se på hvordan formidlingen er nu med henblik på, hvordan den evt. kan forbedres og hvad skal der være særligt fokus på for at denne formidling skal kunne blive bedre. Vi mener at denne viden kan opnås ved at vi tematiserer interviewguiden efter teknologibegreberne, for at se hvor fokus er hos informanterne.

Vi har valgt at fokusere inde på sygehuset at interviewe afdelingslederen, da vi mener at det er større validitet, ved at spørge afdelingsledere, som er repræsentativ for den gruppe der generaliseres til. Dvs. det bliver ikke i så stor grad personlige svar, men mere baseret på afdelingen.

Dog vælger vi at interviewe to sygeplejersker, der udskriver patienter til dagligt, som vi formoder kender arbejdsgangene og evt. mangel på samme.

Det samme har vi valgt at gøre ude i primær sektor. Her interviewer vi afdelingsleder, som er repræsentant for sit område, en visitator og ligeledes en sygeplejerske som kender arbejdsgangene og er vant til at bruge dem til dagligt.

7.5.3 Afholdelse af interview

Vi har været bevidste om at få møderne arrangeret således at det passer informanterne bedst og har tilbudt os at komme ud til dem så deres "dagligdag" bliver forstyrret mindst muligt. Afdelingslederen har fået til opgave at finde lokale til os, hvor vi kan sidde uforstyrrede.

Informanterne bliver orienteret om at interviewene varer 1 time, med opstart, interview og afrunding.

Rollefordelingen under alle interviewene har været ens fordelt. Gunnvá interviewer og Hervør sørger for at teknikken fungerer samt kommer med supplerende spørgsmål, hvis der er behov for det.

Vi er bevidste om at der er risiko for bias under interviewene på sygehuset, da vi begge to har været med til udarbejdelse af Cosmic og har arbejdet i klinikken for ca. 4 år siden. Derfor mener vi det er af større betydning at have en gennemarbejdet interviewguide, som vi skal teste inden vi interviewer de udvalgte.

7.5.4 Transkription

Interviewene bliver optaget på I-pad og foregår på færøsk, da alle som er involverede i interviewene er færinge og vi får alle udtryk med som informanten har behov for at sige/forklare. Transkriberingen foregår også på færøsk, denne opgave er blevet fordelt mellem forfatterne, for at sikre os en god arbejdsfordeling og ligelig indsigt i vores data.

Steinar Kvale nævner at hensigten med interviews er at foretage en "rejse" med informanterne, gennem deres livsverden. Dette har vi forsøgt at efterleve for at finde ud af, hvad vi kan komme frem til med deres viden og oplevelser. Vi er dog bevidste om, som tidligere nævnt at vi har begge to arbejdet på sygehuset som klinikere og har implementeret Cosmic på sygehuset, at der kan være risiko for bias idet vi kan have svært ved at se systemet udefra, som vi egentlig selv er en del af. Vi har været med til at lave arbejdsgange mhp Cosmic og konfigureret de forskellige opsætninger som vi evt. kommer ind på under interviewet.

7.5.5 Analyse

Empirien vil først blive tematiseret med udsagnene i fuld længde, derefter vil de yderligere grupperes til mindre/kortere udsagn, hvor tænkepauser, og andre udtryk bliver fjernet. Først skrevet på færøsk, siden hen oversat til dansk, hvor pauser, samt øøøh bliver sorteret fra,

så her starter vores meningskondensering. Allerede her kan vi se betydningen af, at de udtaler sig på færøsk og nogle af udtalelserne er sværere end andre at få lige så meningsfulde på dansk som på færøsk. Dette stemmer overens med Steinar Kvale med meningsfuldt kondensering.

Vi vil analysere interviewene med fokus på meningen, meningskondensering. Opstartsfasen med analysen er at vi får lavet et excel-ark (figur 3) hvor navn udtalelses.nr, spørgsmål og svar blev skrevet ind.

	A	B	C	D	E
1	**Informant**	**Udttalelse nr.**	**Spørgsmål**	**Svar**	**Hovedtema**
	Primær sygeplejerske	Primær sygeplejerske_115	Det som i får skriftlig, nu vender jeg tilbage til sygeplejerapporten. Det er fra sygeplejerske til	Visitator er nogen gange inde i billedet, hvis det er et kompleks forbløb og man vurderer at der er noget vi skal snakke om. Eller ligger der ofte ku et papir, nogen gange har visitator også beskrevet	Organisation

Figur 3 Udskrift fra excel ark med kondensering af interviews

Visitator | Primærsygeplejerske | Sygeplejerske 1 | Primær leder | Afdelingsleder | Sygeplejerske 2 | **Alle informanter**

Figur 4 Opdeling af interviews

Steinar Kvale nævner at kodning er når man knytter et tekstafsnit (en udtalelse9 til et nøglebegreb. De nøglebegreber vi har valgt at kode efter er, er elementer i teknologibegrebet viden, organisation, teknik og produkt ud fra det sociotekniske perpektiv. Steinar Kvale nævner også at kodnings værktøjet stammer fra bl.a. den hermaneutiske filosofiske vinkel, som er i god tråd med vores sociotekniske perspektiv i prorjektet. (Kvale, Brinkmann 2009)

7.5.6 Verifikation

Verifikation er en del af hele undersøgelsesprocessen og skal være til stede under hele processen. Den er ikke kun en ”evaluering” der kommer som afslutning. Verifikation er udtryk for generaliserbarheden, reliabiliteten og validiteten i projektet.

Den form for generaliserbarhed, som vi vil bruge i projektet er den form, som bliver anvendt til case-studier, kvalitativ generalisering. Intervieweren bruger tid på stedet, hvor interviewet foregår, samt reflekterer og reviderer meningerne som foregår.

Ifølge Steinar Kvale er der 3 former for generaliserbarhed:

Naturalistisk – Hvor tavs viden forvandles til eksplicit viden, den erfaring man har som kommer til udtryk i tavs viden.

Statistisk – Denne form er formel og direkte og kan bruges når interviewpersonerne er tilfældig udvalgte fra en masse. Når der er mulighed for at kvantificere resultaterne og personerne er tilfældig udvalgte er der mulighed for at lave en statistisk generalisering.

Analytisk – Det er vigtigt at forfatteren kommer med tilstrækkelig dokumentation for at kunne foretage analytiske generaliseringer. Generaliserbar analyse bliver baseret på sammenlignelighed mellem forskerens, læseren eller interveiwerens kendetegn.

Reliabiliteten, er et udtryk for hvor konsistente resultaterne er, og kan bruges ved hjælp af spørgeteknikker, samt tematiseringer af interviewene.

Validiteten giver udtryk for, ifølge Steinar Kvale, om undersøgelsen undersøger det, som vi har skrevet vi skal undersøge. Validiteten besvarer problemformuleringen og dens underspørgsmål og evt. den undren der kommer til udtryk i problemanalysen.

7.5.7 Rapportering

Rapportering af interviewundersøgelsen omfatter en præsentation af interviewene samt bearbejdelsen af interviewene som sættes op imod en teori og forskerens synspunkter. Alene dette er ikke en rapportering, yderligere krav der stilles er at forfatteren beskriver den sociale

konstruktion hos interviewpersonen, som er blevet lavet i denne ”rapport” ved at informere interviewpersonerne omkring samtykke og fortrolighed. At vise empati og forståelse under interviewet, som tidligere beskrevet.

7.6 Beskrivelse af journalaudit som metode

Journalaudit er en metode som bruges i kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Ved kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet forstås ifølge Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren: *”De samlede aktiviteter og metoder, der har til formål systematisk og målrettet at forbedre kvaliteten af sundhedsvæsenets indsats indenfor de eksisterende rammer.*

Kvalitetsudvikling indebærer en proces hvori der er indeholdt 4 trin, 1. fastsættelse af kvalitetsmål, 2. indsamling af data for at lave kvalitetsmåling, 3. vurdering af kvalitet, 4. kvalitetsforbedring.

I sundhedsvæsenet defineres audit som:

> *Fagpersoners systematiske vurdering af patientforløb for at afdække tilfredsstillende eller ikke tilfredsstillende forhold, vurderet i forhold til vedtagne eksplicitte og implicitte kvalitetsmål(Kjærgaard 2001)*

Der kan udføres både kvalitative og kvantitative audit. En kvalitativ audit er en retrospektiv casebaseret analyse af kliniske arbejde på grundlag af explicitte eller implicitte kriterier, mens kvantitativ audit gøres på grundlag af kvantitative data.

En kvantitativ audit kan også gøres på basis af hypoteser med udgangspunkt i en kvalitativ undersøgelse om samme kvalitetsmål.

Audit kan anvendes til at afdække ikke-erkendte kvalitetsproblemer hvor der ideelt set udvælges et statistisk representativt antal journaler.

(Kjærgaard 2001)

7.6.1 Journalaudit

I dette projekt udføres *kvantitativ audit.* Det materiale som bruges, er som udgangspunkt en rapport fra CI, der omfatter samtlige patienter udskrevet fra Landssygehuset fra 01.01.2010 til 31.12.2010 med diagnosen apopleksia cerebri.

I vores interview undersøgelse søger vi at afdække hvorvidt de kvalitetskrav der stilles ifølge udskrivelses instruksen (bilag nr ?) bliver fulgt. Her har vi valgt at fokusere på, at der står skrevet at der senest en uge før udskrivelse af patienten skal foreligge en udskrivelsessamtele. Dette får vi også bekræftet i vores interviewundersøgelse hvor både afdelingssygeplejerske og sygeplejerske 1 udtaler, at udskrivelsessamtalen er et godt redskab, og sygeplejerske 1 siger, at de gør det. Der bliver af samtlige informanter sagt, at der altid findes en sygeplejerapport, og hvis den i nogle tilfælde ikke kommer frem rettidigt, så bliver den efterspurgt fra Nærverkið. Sygeplejerapporten indeholder nogle punkter, som ifølge informaterne på sygehuset er defineret af Sygehuset som værende noget der er vigtigt at vide i forbindelse med udskrivelse af patienten. Med udgangspunkt i disse data undersøger vi følgende i Cosmic:

<u>Kvalitetsmål</u>

Sættes udfra parametre med udgangspunkt i interviewene. I interviewsvarene på Sygehuset fremgår, at der findes en journalskabelon i Cosmic, der hedder udskrivelsessamtale. Den indeholder ifølge informanterne relevante oplysninger når patienten skal udskrives.

Desuden fremgår der fra interviewsvarene, at der altid skrives sygeplejerapport. Denne findes som blanket i Cosmic.

Sygeplejerapporten indeholder punkter som er vigtige for Nærverkið at vide når de skal overtage patienten til opfølgende behandling og pleje.

Kvalitetsmålene er som følger:

1. Er der skrevet på notatskabelonen udskrivelsessamtale ja/nej
2. Er der skrevet på blanketten sygeplejerapport ja/nej
3. Er der skrevet på følgende felter i sygeplejerapporten:
    a) Diagnose ja/nej
    b) Kost ja/nej
    c) Vandladning ja/nej
    d) Afføring ja/nej
    e) Sygeplejerapport ja/nej
    f) Pårørende ja/nej
    g) Cave ja/nej

Der findes nogle felter i sygeplejerapporten med autoteks, som vi har valgt at se bort fra. Autoteksten findes i felterne medicin, blodprøver og urinprøver hvor der f.eks står "se medsendte medicinliste". (bilag 13) Det er ikke muligt at undersøge i Cosmic om der er blevet medsendt medicinliste. Dvs vi laver audit på felter som bliver udfyldt manuelt.

Inklusionskriterier

Da vores undersøgelse går på informationsflowet mellem sygehus og primær sektor, er vores inklusionskriterier alle patienter med diagnosen apopleksi, der udskrives til primær sektor.

Eksklusionskriterier

Patienter der enten udskrives til eget hjem og ikke har behov for kontakt med primær sektor, samt patienter der udskrives til plejehjem bliver sorteret fra. Desuden bliver patienter der afgår ved døden under indlæggelsen også sorteret fra.

Indsamling af data for at lave kvalitetsmåling

Vedrørende 2. Trin i processen er der dataudtræk fra Cosmic og omfatter det samlede antal patienter udskrevet fra Landssygehuset i 2011 med diagnosen apoplexia cerebri, eller ICD10 diagnoserneDI60 – DI69

Vurdering af kvalitet

Vedrørende 3. trin i processen vil vi bruge et excel ark hvor vi opstiller de besluttede kvalitetsmål og registrerer med ja/nej. Dernæst vil vi lave statistik på resultaterne

Kvalitetsforbedring

Kvalitetsforbedring omfatter metoder der anvendes for at få forbedringer i overensstemmelse med fastlagte kvalitetsmål. Dette trin har i praksis vist sig som det vanskeligste at gennemføre. I denne undersøgelse er der ikke som udgangspunkt sat noget mål for kvalitetsforbedringer, idet kvalitetsmålene er sat i forhold til at be- eller afkræfte validiteten i interviewsvarene.

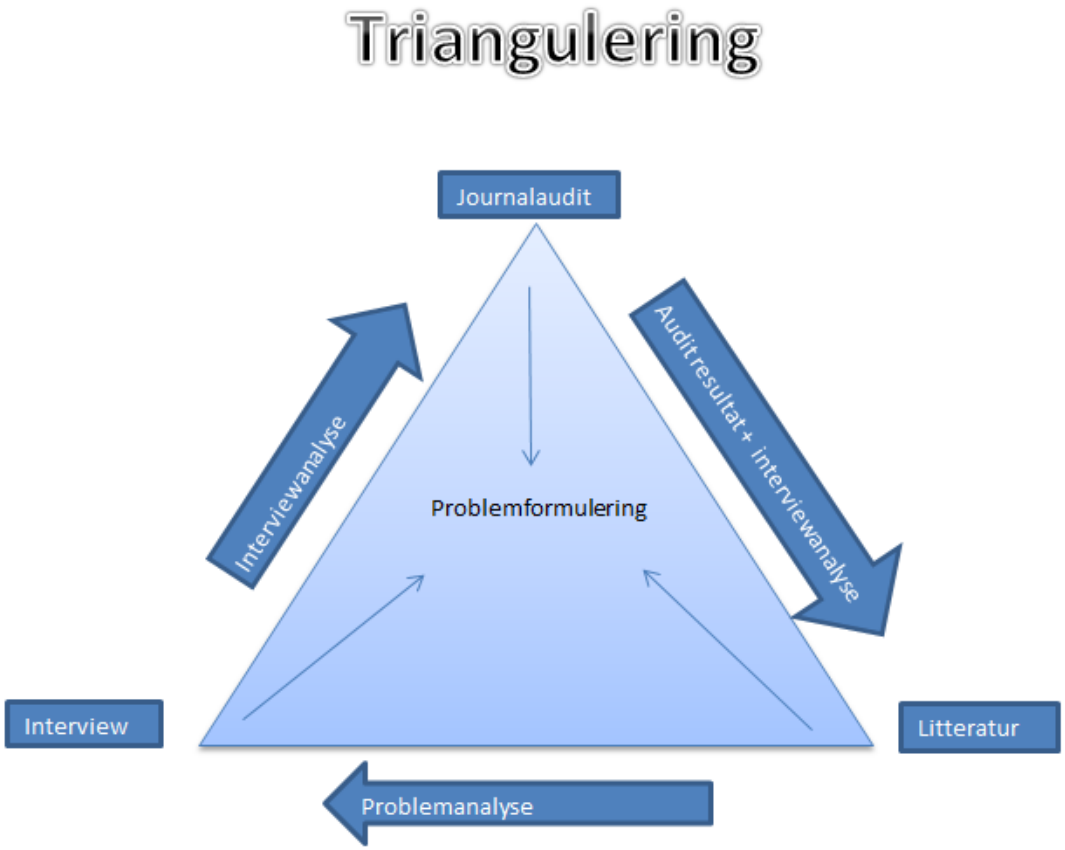
Tilladelse

Vi har før undersøgelsen fået tilladelse fra Sundhedsministeriet til at få udleveret rapporten i CI, og dernæst har vi søgt om tilladelse fra Landssygehuset til at søge efter ovennævnte parametre.

7.7 Triangulering

Der er tale om metodetriangulering (Figur 5) da metoderne kvalitative semistrukturerede interviews og journalaudit anvendes på sygehuset. Fordelen ved at vælge flere dataindsamlingsteknikker er, at resultaterne kan supplere hinanden og derved stå stærkere. (Andersen 2005)Metodetriangulering er et begreb der benyttes som en kombination af metodologier ved studier af samme fænomen. Oftest er de benyttet ved at man supplerer sin kvalitative undersøgelse med en

kvantitativ, eller omvendt, for at se om det giver kongruens eller divergens i resultaterne. (Lunde, Ramhøj 2003)



Figur 5 Metodetriangulering I forhold til dette projekt

Præsentation af figuren:Trianguleringen er, at empirien (interviewene) er det styrende ben i trekanten, journalauditene, som er udtræk fra cosmic i sygehussektoren, bliver lavet ud fra de udtalelser interviewpersonerne kommer med og bliver anvendt i analysen, som be- eller afkræftelse af hvad interviewpersonerne udtaler, gøres i praksis. Under hele processen bliver teorier anvendt.

8.0 Teoretiske perspektiver

I forbindelse med de semistrukturerede interview, har vi tematiseret interview-guiden efter teknologi-begrebet hos J. Müller. Inteviewene bliver sidenhen analyseret på elemenerne i teknologibegrebet.

8.1 Teknologibegrebet

(Müller, Kjær-Rasmussen & Nøhr 1998) viser teknologibegrebet tegnet som et 4 brikker i et puslespil. Illustrationen demonstrerer, at ændringer i et af elementerne uafvendeligt vil medføre ændringer i de andre elementer.

Figur 6 Teknologibegrebet J. Müller

Definitionen på de 4 elementer er:

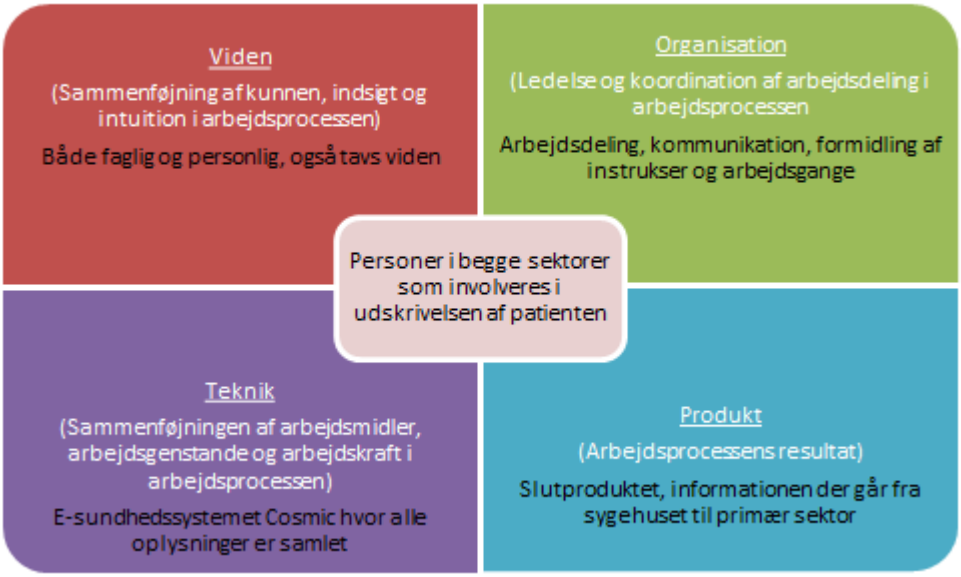
- Teknik**:** Sammenføjningen af arbejdsmidler, arbejdsgenstande og arbejdskraft i arbejdsprocessen.
- Viden: Sammenføjningen af kunnen, indsigt og intuition i arbejdsprocessen
- Organisation: Ledelse og koordination af arbejdsdelingen i arbejdsprocessen
- Produkt: Arbejdsprocessens resultat og brugsværdi

Ved analyse af en teknologi, må alle 4 elementer og deres indbyrdes sammehæng inddrages.

(Müller, Kjær-Rasmussen & Nøhr 1998) har tilføjet et femte element, de personer der anvender teknologien. Det 5. element er tilføjet for at illustrere aktørperspektivet; der indgår menneskelig handling for, at noget sker inden for de 4 elementer.

8.1.1 Teknologibegrebet i forhold til undersøgelsesfeltet

Nedenstående figur viser hvordan teknologibegrebet anvendes i dette projekt



Figur 7 Teknologibegrebet set I forhold til vores undersøgelsesfelt.

Teknik

I forhold til undersøgelsesfeltet i dette projekt (figur 7), er teknikken på sygehuset sundhedssystemet Cosmic. Der er desuden både tale om telefon og fax.

I Nærverkið bruges ikke et it-sundhedssystem endnu. Der er teknikken telefon og fax, samt et administrativt system som de kalder vvv.

Organisation

I denne sammenhæng vælger vi at se brikken "organisation" som den arbejdsdeling som foregår internt både på sygehuset og i Nærverkið i forbindelse med udskrivelse af apopleksipatienter, og også den gråzone organisation som befinder sig i selve informationsudvekslingen.

Desuden ser vi her alle instrukser og arbejdsgange i begge sektorer der er udarbejdet til brug ved hhv udskrivelse og modtagelse af patienter.

Produkt

Med slutproduktet ser vi på arbejdsprocessens resultater. De informationer der bliver udvekslet mellem sektorerne.

Viden

Viden forstår vi på flere niveauer. Der er den rent fagspecifikke viden, den rent personlige viden som hver enkelt har, og så den tavse viden som både kan ses som personlig og afdelingsspecifik.

Indenfor hvert af de fire elementer er aktørerne i spil.

Det "femte" element

De aktører som først og fremmest er de aktive brugere af systemet, dvs de medarbejdere der har en aktie i udskrivelsen af apopleksipatienten. Omdrejningspunktet er dog patienten, eller informationen om patienten.

8.2 Social Carriers of Technique

I forhold til primær sektor vil vi udfra Edquist & Edquists belyse begrebet, sociale bærere af teknologi, som arbejder udfra teorien om at en teknologibærer, er en aktørgruppe/social enhed som vælger og implementerer en teknologi.
Følgende 6 forudsætninger skal være opfyldt for at en social enhed kan defineres som social bærer af teknologi:

1. Interesse
2. Magt
3. Organisation

- til at foretage teknologiske valg og ændringer.

Bæreren må desuden besidde mulighederne for at skaffe sig:

1. Information om
2. Adgang til
3. Viden om brug af

- teknologien, for at et aktuelt valg kan realiseres.

Sociale bærere af teknologi er i følge Edquist & Edquist en forudsætning for implementering af teknologi(Edquist, Edqvist 1979)

8.3 Enrico Coiera

Det sociotekniske system forskning (STS) er opstået som en respons på de udfordringer, der er i forbindelse med komplekse tekniske systemer, som er indlejret i den menneskelige verden. Nogle gange medfører uventede konsekvenser noget positivt, men ofte er de uforudsete konsekvenser et problem. Uventede fejl, systemfejl, uforudsete omkostninger og nedbrud er alle eksempler som kan forekomme ved brug eller misbrug af et system som ligger ud over de betingelser, der ligger bag systemdesignet.

Det socio-tekniske synspunkt forsøger at forstå hvad fænomener fra det sociale menneskelige niveau bidrager med i forhold til de tekniske systemer. Den socio-tekniske analyse har bidraget med en stærk ramme til at analysere årsagerne til ringe accept m.m. Måske er det fordi den sundhedsfaglige arbejdspraksis er så kompleks, at den virker særlig velegnet til STS analyse.

It er ikke længere en ekstra mulighed – i stedet er it blevet en nødvendighed i forhold til samfundsudviklingen, set i lyset af effektivisering m.m. It skal indeholde elementer der kan hjælpe med at automatisere processer og fremme interaktion og kommunikation mellem de sundhedsfaglige personer.

Meget af STS litteraturen fokuserer på det fænomenologiske niveau i forhold til at identificere de typer af socio-teknologiske interaktioner der forekommer, når mennesker bruger it i sundhedsvæsenet. STS analyser er langsomt ved at synliggøre, hvorfor it-design som er udviklet med gode intentioner, ender med at blive forkastet af brugere eller mislykkes i praksis. Ofte bruges STS forskning til at synliggøre de

begrænsninger den teknologi-fokuserede tankegang medfører når teknologien møder den komplekse praksis.

STS kan i sin mest ekstreme form blive en form for ”socio-ludditism” (en anti-teknologisk tro på at teknologi er dårlig fordi teknologien ikke understøtter praksis eller fungerer uhensigtsmæssigt, når det tages i brug af mennesker).

Engang blev brugerne beskyldt for ikke at bruge systemerne som de var designet til at blive brugt – og nu virker det til at teknologer bliver beskyldt for ikke at designe systemer til alle de måder et system kan blive misbrugt på.

Socio-teknisk system tænkning skal være langt mere end blot en kritik af den nuværende praksis og it-systemer – det er nødvendigt at STS bidrager til den proces som udvikler sikre og effektive it-systemer. Det, der derfor er brug for, er en måde at beskrive begivenheder på det socio-tekniske niveau og forbinde det med system adfærd og artefakt design.

Specifikt er der brug for at udvikle et formaliseret design sprog som kan ”oversætte” den indsigt der findes om arbejdets socio-tekniske natur til kravspecifikationer, som resulterer i bedre interventioner i praksis.

Vi er nødt til at blive ”tekniske” ift. hvad vi mener og ønsker af et design – og det er nødvendigt at arbejde tæt sammen med teknologer mhp. at forme teknologien – lige som processer, organisationer og kulturer, hvor teknologien skal integreres i. (Coiera 2007)

9.0 Præsentation af undersøgelsesfelt

I dette afsnit gennemgås de elementer som indgår i undersøgelsefeltet, formidlingen som sker mellem sygehuset og Nærverkið, i forbindelse med en udskrivelse til eget hjem.

På Landssygehuset, som er det største af de 3 sygehuse, er der meget fokus på "det gode patientforløb", som bl.a også står i sygehusets stratigimål. (bilag 9)
EPJ-koordinatorerne har i den forbindelse oplevet udfordringer i, at få anvendt IT-systemet optimalt for at opnå det gode patientforløb.
Vi vil derfor kigge på, hvordan patientforløbet, Apopleksi, håndteres når patienten udskrives og sidenhen modtages ude i primærsektoren.

Vi har valgt at fokusere på Apopleksipatienter, da vi ved at det er en patientgruppe der stort set altid har brug for at blive tilknyttet Nærverkið efter en indlæggelse på sygehus. Vores undersøgelsesfelt kan derfor specifiseres til et afsnit som har denne patientgruppe.

I forbindelse med udskrivelse bliver der skrevet sygeplejerapport som bliver faxet, der udveksles telefonisk fra sygehuset til Nærverkið, hvor patienten bliver anmeldt som udskrevet. Udskrivelsessamtale, foregår på sygehuset, hvor visitator fra Nærverkið er til stede og anmeldelsesblanket bliver udfyldt af Nærverkið.

Nærverkið er en del af primær sektor som omfatter "Heimatænastan", (Hjemmetjenesten) hvor,hjemmehjælpere, sundheds- og sygeplejersker, ældreboliger, plejehjem, dagtilbud og distriktsterapi er organiseret. "Heimatænastan" er delt op i 6 områder, og i forhold til vores undersøgelsesfelt er der fokus på område 1, hvilket er det område med flest indbyggere.

9.1 Præsentation af aktører

Aktørerne i projektet er sygeplejersker der har funktioner som ledere, visitatorer og sygeplejersker som i dagligdagen er i kontakt med patienten/brugeren i Landssygehuset og i Nærverkið. Her kommer en kort præsentation af aktørerne og deres rolle.

9.2 Implementering af sundhedssystemet Cosmic

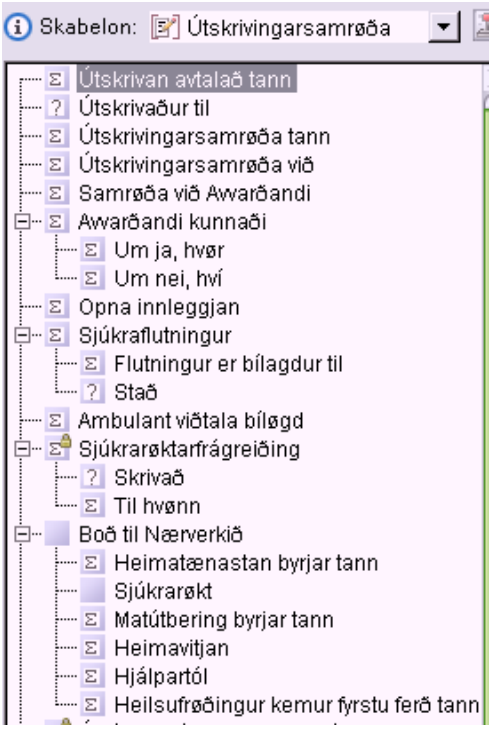
I november 2004 blev der underskrevet kontrakt med det svenske firma Cambio om sundhedssystemet "Cosmic", som skulle implementeres i hele det færøske sundhedsvæsen.

Der var på det tidspunkt planer om, at Cosmic i løbet af udgangen af 2006 skulle være implementeret på de tre sygehuse og hos samtlige praktiserende læger.(Bilag 6)

For at få et bedre indblik i hvordan sundhedssystemet bliver brugt på Færøerne vil vi belyse funktionaliteterne i Cosmic.

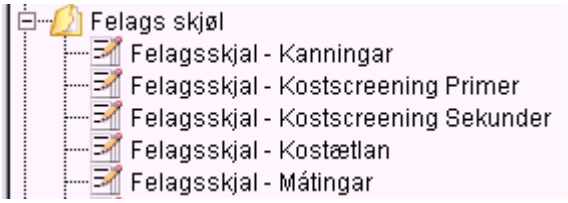
Sundhedssystemet Cosmic er et standardsystem, som Cambio i Sverige har udviklet. Systemet bliver anvendt i Sverige, Danmark og England,og det omfatter modulerne patientadministration, booking, rekvisition og svar, journal og medicin. Systemet har andre intergrationer bl. andet laboratorie, røntgen m.fl. (Bilag 10)

Da Færøerne er et lille land og alle kender alle, har det været en stor udfordring i, at samme system skulle implementeres i hele sundhedsvæsenet. Der var stort fokus på, hvem der skulle se hvad i hvilke moduler for at patienten/brugeren skulle føle sig så tryg som muligt. Derfor blev opsætningen i systemet således, at der er "skotter" imellem arbejdsenheder i forhold til patientadministration, booking og journalmodulet, mens rekvisition og svar, mht blodprøver og røntgensvar, samt medicinmodulet er tværgående over arbejdsenheder I opbygningen af notater i journalmodulet er der oprettet skabeloner til de forskellige fagroller. Skabelonen, der er opbygget af nøgleord sammensættes til forskellige formål og behov, hvilket betyder, at det samme nøgleord kan indgå i flere skabeloner. Der er oprettet en række standardskabeloner i systemet. Her er et eksempel på en skabelon for værdier, hvor værdierne bliver beskrevet ud for de forskellige nøgleord:



Figur 8 Notatskabelon i Cosmic

Der er lavet forskellige visninger bl.a. i form af typer af notater, ydermere er der lavet fællesdokumenter, som er uddrag fra forskellige skabeloner som kan ses i en visning.



Figur 9 Fællesdokument i Cosmic

I modsætning af journalmodulet så er medicinmodulet, som det er blevet sagt tidligere, åbent mellem journalenheder og kan ses på tværs af alle enheder. Dermed kan siges at en patient/bruger har en medicinliste uanset, hvor han/hun befinder sig.

Det samme er gældende for blodprøve- og røntgensvar. Det er også muligt for alle brugere af systemet, uanset arbejdsenhed at se patientens planlagte og bookede kontroler/indlæggelser/konsultationer. Dette skulle være med til at skabe et godt udgangspunkt for mere optimeret patientforløb.

Cosmic har desuden et rapporteringsværktøj, CI (Cosmic Intelligence) Med dette værktøj kan der defineres diverse rapporter til alle niveauer i ledelsen i forbindelse med f.eks statistik, og der udvikles også rapporter til klinikere f.eks i forbindelse med forskning.

10.0 Resultat af journalaudit

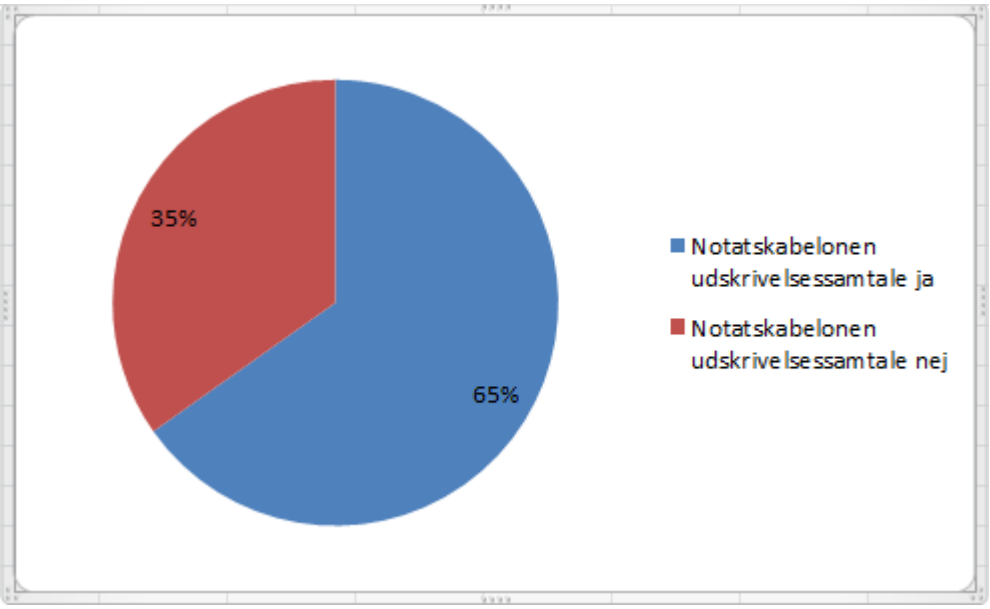
I dette afsnit vil beskrive resultaterne af vores journalaudit, samt præsentere dem i figurer.

Der blev udskrevet 149 patienter fra Landssygehuset med diagnosen apopleksia cerebri. 23 patienter opfylder kriterierne, så vores auditmateriale tæller 23 journaler. (bilag 11)

Kvalitetsmål 1:

Er der skrevet på notatskabelonen udskrivelsessamtale ja/nej

Her viser vores audit, at der i 15 tilfælde er skrevet på journalskabelonen udskrivelsessamtale, hvilket svarer til 65%

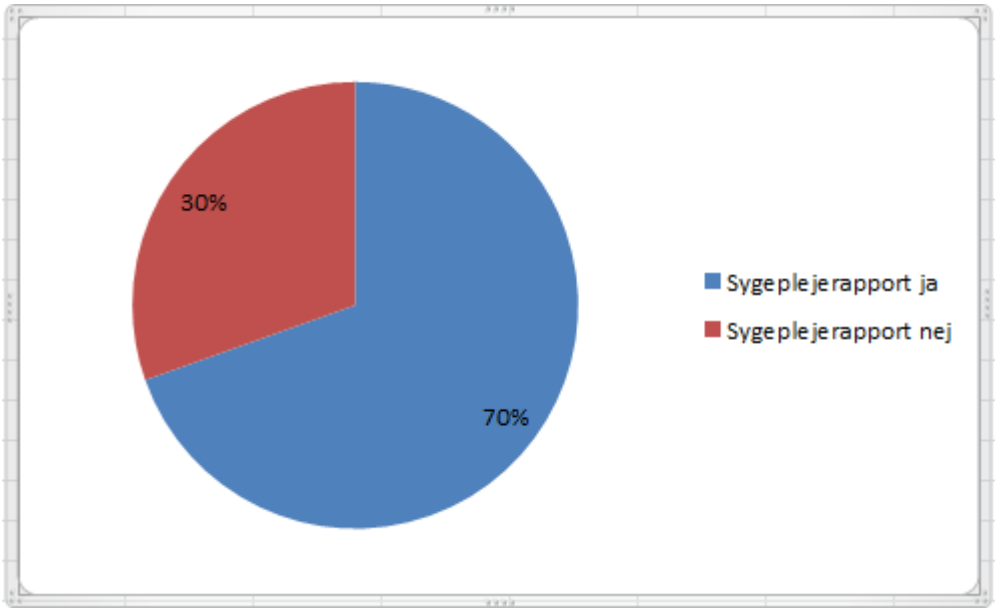


Figur 10 Udskrivelsessamtale

Kvalitetsmål 2:

Er der skrevet på blanketten sygeplejerapport ja/nej

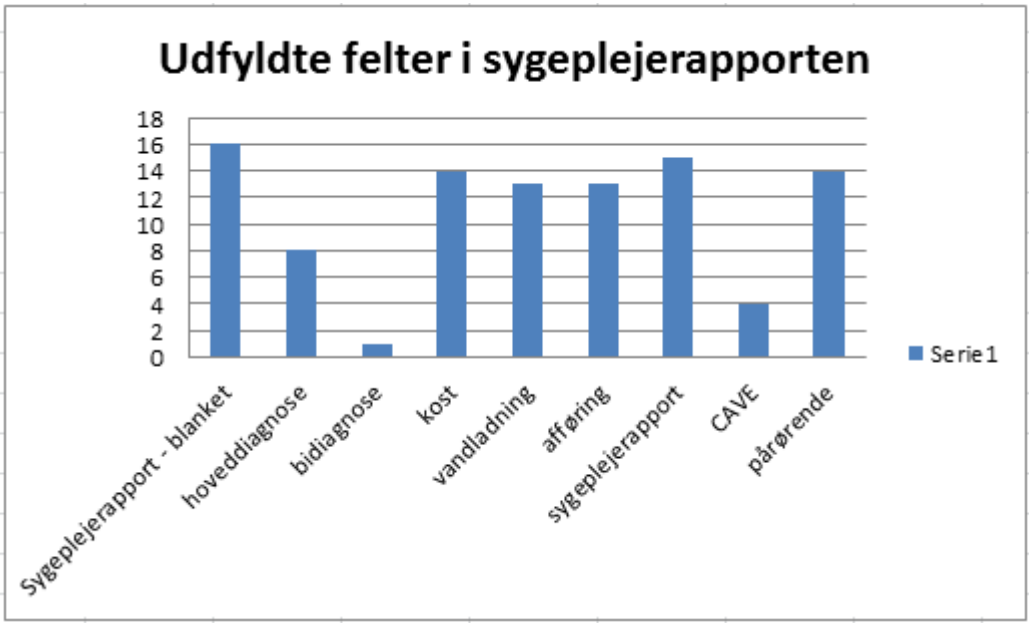
Her viser vores audit, at blenketten sygeplejerapport er udfyldt i 16 tilfælde, hvilket svaret til 70%



Figur 11 Sygeplejerapport

Kvalitetsmål 3:

Er der skrevet på felterne hoveddiagnose, bidiagnose, kost, vandladning, afføring, sygeplejerapport, CAVE og pårørende.
Vores audit viser, at der gennemgående bliver skrevet i næsten alle felter, bortset fra hoved- og bidiagnose, og CAVE.

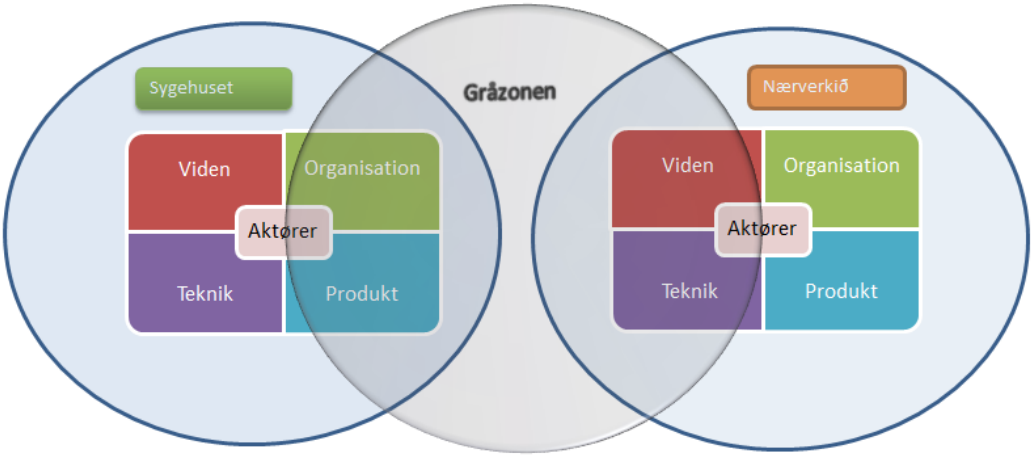


Figur 12 Udfyldte felter I sygeplejerapporten

11. Analyse af interviews

Vi har valgt at analysere interviewene ud fra samme kategorier som interviewguiden er bygget op efter. I interviewguiden blev forskningsspørgsmålene tematiseret efter teknologibegrebet, viden, organisation, teknik og produkt. Vi formoder at disse begreber kan være en hjælp til at få svar på problemformuleringen, samtidig vil vi bruge vores udtræk af journal-audit (sygehuset) i analysen for at be- eller afkræfte de udtalelser som interviewpersonerne kommer med. I forhold til den tekniske del vi undersøger, er det kun inde på sygehuset, da det kun er dem som anvender et e-sundhedssystem.

Analyse og diskusion er delt op i de 4 teknologibegreber, hvor vi først analyserer eks. Nærverkið´s organisation, sidenhen sygehusets organisation og til sidst gråzonen mellem sektorerne.



Figur 13 Illustration af begge sektorer samt gråzonen

Gråzonen er defineret ud fra de handlinger, som dækker over begge sektorer inden for alle fire begreber (figur 13). Denne opdeling gør vi for at kunne beskrive og anlysere teknologiens indre struktur og processer. (Müller, Kjær-Rasmussen & Nøhr 1998)Til sidst bliver der lavet en sammenfatning som holdes op imod teorier og journal-audit

11.1 Viden

Viden = Sammenføjninge af kunnen, indsigt og intuition i arbejdsprocessen. Både faglig og personlig, også tavs viden.

På sygehuset

Sygehusets informanter har en fælles holdning til, at arbejdsgangene kunne være bedre fulgt, både leder og sygeplejersker. Instruksen er ikke kendt af alle og bliver derfor heller ikke anvendt.

Inde på sygehuset udtaler sygeplejerske 1, at når planlægningen starter i god tid inde på sygehuset foregår udskrivelsen på en god måde, sygeplejerapporten bliver udfyldt og afsendt til Nærverkið. Når patienten skal i eget hjem er der ikke nogen beskrivelse fra fys og ergo med.

Sygeplejerske 2 udtaler, at arbejdsgangen starter ved en konference. Patienten kommer tit på orlov, således at det er en udslusning til eget hjem og patienten kan vænne sig til tanken om at skulle i eget hjem. Sygeplejerske 1 og 2 udtaler begge, at der bliver lavet en sygeplejerapport og de tror nok at den information, som bliver oplyst er god nok. Sygeplejerske 2 fortæller også om en udskrivelsesskabelon, som findes i Cosmic, som hun tilfældigvis er blevet opmærksom på efter at have taget vagt på et andet afsnit hvor den bliver brugt til dagligt. Syegplejerske 2 udtaler, at hun desuden har kendskab til lidt arbejde der var igang omkring en instruks for mange år siden

> "..*den oprindelige er fra E3 og det var to sygeplejersker som lavede den, og jeg tror denne som nu bliver brugt har den gamle som forbillede."* (Sygeplejerske 2_37)

Instruksen bliver ikke fulgt godt nok udtaler Afdelingsleder, som er velvidende om, at den eksisterer og bliver revideret jævnligt, samt at den findes i en proceduremappe på afsnittet. (Afdelingsleder_25)

> *"de som er fortrolige med at bruge den, de som har arbejdet på E3(det tidligere apopleksiafsnit som nu er nedlukket), nogle af dem i hvert fald, de har den ligesom inde i deres bevidsthed, de bruger den uden at fremtage instruksen, mens andre måske ikke bruger den i samme omfang"* (Afdelingsleder_24)

Afdelingsleder udtaler sig om de muligheder, der er ved at anvende andre oplysninger, som er i Cosmic, eks. Hjemmebesøgsrapporten, som er lavet af terapeuterne til at udfylde sygeplejerapporten med. Hun udtaler også, at hun er uvidende om, hvad terapeuterne sender eller om de sender noget i det hele taget.

I primær sektor

Primærleder udtaler sig om, at oplysningerne de får fra sygehuset bliver tastet ind i et anmodningsdokument og overført til et elektronisk

administrativt system, samt at oplysninger som er relevante for plejen bliver skrevet ned i et cardex. Dette er primært til hjemmehjælperne.

Gråzonen (Mellem sektorer)

Sygeplejerske 1 udtaler at hun ikke er bekendt med nogen tværsektoriel instruks som er lavet. Er dog bevidst om, at der findes en mappe hvor alle instrukser ligger i som afdelingssygeplejersken og 1.assistenten vist nok ajourfører. Sygeplejerske 1 udtaler, at den første kontakt med primær sektor er da de ringer til kontoret i primær sektor og fortæller at de vil udskrive en patient til hjemmet. Derefter er der en forhandling om hvor mange ressourcer denne patient/bruger kræver, og der tages stilling til om hvornår primær sektor kan modtage patienten. Tit siger de i primær sektor, at det må vente fordi der ikke er nok ressourcer.

Visitator udtaler, at den første kontakt primær sektor har med sygehuset er (udskrivelses)mødet med afsnittet, hvor visitator fra primær sektor er tilstede. Visitatorer dokumenterer altid de oplysninger de får som omhandler den "nye" bruger. Det er en helhedsvurdering, som er i papirform og de tager den med til mødet.

Primær sektor efterlyser en beskrivelse fra hjemmebesøgene, som laves af terapeuterne på sygehuset. Visitator udtaler sig om, at de savner en standard for dette. (Visitator_84)

Primærsygeplejersken udtaler, at det har konsekvenser for primær sektor, når udskrivelsesarbejdsgangen ikke bliver fulgt, og det sker tit. Dette medfører merabejde for primær sektor. Samtidig udtrykker hun en frustration over, at patienter bliver udskrevet til primær sektor på nogle uhensigtsmæssige tidspunkter. Primærsygeplejerske udtaler, at hun er godt bekendt med instruksen som er lavet tværsektorielt, hvor forskellige fagpersoner fra begge sektorer var involverede. (Primærsygeplejerske_12)

Når der bliver spurgt ind til om sygeplejerapporten er fyldestgørende, udtaler primærsygeplejerske, at der alt for tit mangler en diagnose på patienten,

> *"...De kan godt være indlagt med en diagnose samtidig med at de kan have flere andre diagnoser. Det bliver vi næsten altid nødt til at tage op i vores 1.besøg hos brugeren". (primærsygeplejerske_64)*

det er meget sjælden den er totalt fyldestgørende, det sker dog når det er en sygeplejestuderende og er ellers personbetinget
En fyldestgørende rapport gør, at primær sektor har de relevante oplysninger om patienten/brugeren. (primærsygeplejerske_34)

> *"..tit så skriver de også, at vi er velkomne til at ringe på det og det tidspunkt. Så har man en kommunikation og det er dem der har plejet denne patient og ved alt". (primærsygeplejerske_34)*

Sygeplejerapporten følger stort set altid med komplekse patienter, hvilket Apopleksipatienterne er, udtaler primærleder. (primærleder_40)

Primærleder nævner også vigtigheden af at få sygeplejerapport med de relevante oplysninger med alle patienter og ikke kun de komplekse, som har tilknytning med primær sektor.

> *"...hvad der er konstateret og hvad ikke er konstateret, fordi de bliver jo indlagt på grund af et eller andet. Der går måske en uge eller to, så er samme problem om igen, hvad blev så konstateret sidste gang? så har man det også som et argument for, at der skal iværksættes en eller anden)behandling". (Primær leder_42)*

Sammenfatning Viden

Under ovenstående kapitel ses tydeligt at personalet (aktørerne) fra begge sektorer ikke har tydeligt indblik i arbejdsgange og instrukser som derfor ikke bliver fulgt. Der er ikke overensstemmelse om hvad de på sygehuset siger, at de sender og hvad de i primær sektor siger, at de modtager af oplysninger. Udsagnene giver udtryk for, at formidlingen mellem sygehuset og primær sektor er tilfældig og afstemningen mellem sektorerne er ikke synlig.

Udtalelserne fra primær sektor giver udtryk for, at sygeplejerapporterne mangler eller i mange tilfælde ikke er optimalt udfyldt. Informanterne på sygehuset siger, at de altid sender en sygeplejerapport med hver udskrivelse. Det viser tegn på manglende indsigt i hinandens organisation og hvilke behov modtageren har til formidlingen. Sygehuspersonalets intuition er, at når de ikke hører nogen tilbagemelding fra Nærverkið, betragter de det som en accept, og handler derfor også ud fra det. Dette viser manglende overensstemmelse imellem hvad informanterne på sygehuset siger bliver udfyldt og sendt og hvad informanterne i Nærverkið modtager, når vi spørger til det i Nærverkið.

Ser vi på journalaudit, viser resultatet en afsendelse af sygeplejerapporten i 70% af tilfældene. (figur 11) Resultatet fra journalaudit viser også, at der er mangler i de afsendte sygeplejerapporter. (figur 10)

Vores undersøgelse viser, at samarbejdet med at få implementeret arbejdsgangen omkring formidlingen mellem sygehus og Nærverkið ikke er indarbejdet godt nok. Vi kan se ud fra udsagnene, at der er flere af informanterne der kender til instruksen. På sygehuset var det primært afdelingslederen, der vidste helt tydeligt, at der fandtes en instruks, og var både bevidst om hvad den indeholdt, og at den skulle følges.

Hildebrandt nævner, at en forandring kan ikke ske uden at inddrage hele organisationen og dermed også medarbejderne. Hvis forandringen alligevel planlægges, styres og gennemføres bliver opnåelsen af fuld gennemførelse ikke effektiveseret. Personalet bliver tit underlagt at have modstand mod forandring, derimod er problemet tit, at planlægningen i forhold til organiseringen af forandringen er mangelfuld. Yderligere beskrives, at arbejde med forandring, som i dette tilfælde er at få indført en tværsektoriel instruks kræver, at ledelsen involverer medarbejderne i beslutningsprocessen. Han siger, at mennesker ikke ønsker at forandres passivt, og i det hele taget ønsker at være aktivt medvirkende i forandringen. (Petersen, Lund 2000)(Hildebrandt)

11.2 Organisation

Organisation = Ledelse og koordination af arbejdsdeling i arbejdsprocessen. Som vist på figur 7 hører arbejdsdeling, kommunikation, formidling af instrukser og arbejdsgange under denne del af teknologibegrebet.

På sygehuset

Afdelingslederen udtrykker, at der fra personalets side savnes en struktur i forhold til undervisning. Der er ikke fælles holdning på afsnittet for, hvad der skal være gjort før en udskrivesle. Der er dog sat personer til at have ansvar for forskellige opgaver på afdelingen, og det meget afhængigt af hvor meget "go" de har i sig, til at få dem udført.

Afdelingslederen udtaler, at hun er bevidst om, at arbejdsfordelingen tit er tilfældig på afsnittet, og at det hører til sjældenthederne at aftaler om hvem gør hvad er valgt inden udførelse af en opgave. Hun udtrykker,at hun er bevidst om, at der er for få i personalegruppen som bruger instruksen og kan udføre den i praksis.

> *"...det er næsten altid sygeplejerskerne som skriver, men det er vel fordi man ikke har fordelt sig, eller fordi man ikke har snakket om fordeling...."* (Afdelingsleder_44)

Personalemøder bliver afholdt jævnligt og det er tit oppe at vende, at der skal være forbedringer i det og det, men det sker ikke, udtaler afdelingslederen.

I primær sektor

Instruksen er ikke formidlet godt nok ud og er ikke brugbar udtaler Visitator. Den er kun vejledende og den endelige vurdering af patienten/brugeren bliver først udført, når de har været i hjemmet i omkring 4 dage. (Visitator_47 + 51)

Primærleder udtaler også, at det var ønskeligt at alt var elektronisk, samtidig med at hun siger, at der skal en forberedelsestid for at ændre indstilling og tankegang hos personalet. Forandring tager tid, og som det er nu foregår meget af formidlingen over sektorer pr. telefon. (Primærleder_46)

Gråzonen (mellem sektorer)

Det tværsektorielle samarbejde kunne godt have været bedre, afdelingsleder udtaler sig om, at det er ualmindelig svært at få fat på primær sektor, der er ingen tydelig afklaring i hvor der skal ringes hen, der er mange telefonnumre og når der er kontakt, er det tit den som sidder og tager imod besked, ikke ved noget og du bliver sendt videre til et andet nummer.

Instruksen er blevet lavet tværsektorielt, af ledere i begge sektorer. Dette kan være en årsag til at brugerne ikke føler ejerskab for den, og at de derfor ikke er så gode til at bruge instruksen, selv om den ligner rigtig meget Apopleksi-instruksen, udtaler afdelingslederen. (Afdelingsleder_41)

Samarbejdet/kommunikationen med primær sektor har mest omfattet de komplicerede patienter og har ikke handlet om samarbejde.

Sygeplejerske 1 udtaler, at samarbejdet er blevet lidt bedre efter at visitatorerne er kommet ind i billedet, der er flere tværsektorielle møder på afsnittet, dog savnes at personalet på sygehuset er mere inde i billedet, eks. når der er tale om "optagelsesmøder". Det er dem der kender patienten/brugeren bedst. (Sygeplejerske 1_107)

Sygeplejerske 2 udtaler, at samarbejdet med primær sektor er meget sparsomt og tilfældigt. Kommunikationen er mest pr telefon, når der er behov for yderligere oplysninger omkring en patient.

Dette citat udtrykker meget godt det som generelt bliver sagt fra alle informanterne på sygehuset:

> *"Jeg synes det er meget langt mellem primær sektor og sygehuset, især på dette område...."* (Sygeplejerske 1_77)

Visitator udtaler, at i forhold til udskrivelsessamtalen som foregår inde på sygehuset, er der et godt samarbejde mellem sygehuset og primær sektor, selv om det ikke er optimalt. Der er stadig mangler i de oplysninger som bliver leveret og en endelig vurdering kan ikke tages ved første samtale udtaler Visitator. Det er blevet sagt flere gange til ledelsen inde på sygehuset, hvilke mangler der er i dokumentationen, så som ADL-vurdering. Det viser sig dog at det slår ikke igennem, udtaler Visitator (Visitator_39+42)

Visitator udtrykker at samarbejdet er blevet meget bedre og sygehuset føler sig mere som medspillere nu. Da vi spurgte nærmere ind til hvad man har gjort for at det skulle blive bedre udtaler Visitator:

> *"...Kontinuerlige møder hvor vi snakker sammen. Diskusioner om hvilke instrukser der skal foreligge, hvordan kan det gøres bedre. Visitatorerne og ledelsen på afsnittene fik snakket sammen. Vi*

havde alle mange ting vi havde behov for at få sagt..." (Visitator_59)

Primærleder udtrykker at samarbejdet foregår tit via telefon og så bliver der noteret ned hvad der bliver sagt, nogle gange bliver der glemt nogle oplysninger. Den meste kommunikation foregår via telefon.

Primærsygeplejerskens udtalelser viser tegn på mange tilfældigheder og mangel på samarbejde. Det være sig både ved manglende hjemmebesøg og akutte opringninger omkring en udskrivelse. Primær sektor har meget kort tid til at forberede modtagelse af patienter pga. manglende samarbejde.

Der er stor afstand mellem hjemmesygeplejerskerne og sygehuset. Visitatorerne har mere fokus på hvilken hjemmehjælp patienten/brugeren skal have og terapeutisk behandling. Derfor bliver det sygeplejefaglige tit en kastebold. Visitatorerne er dog gode til at uddelegere de sygeplejefaglige opgaver enten pr.telefon, eller de kommer hen til sygeplejerskerne og snakker om det.

Afdelingsleder udtaler, at de tit savner information fra primær sektor, når en patient bliver indlagt, som i forvejen har tæt tilknytning til primær sektor.

"Det kommer utrolig lidt information ind med patienten, så der skal man altid søge den selv, eller der er også nogle som er flittige til at ringe ind og informere". (Afdelingsleder_52)

Sygeplejerapporten, som er skrevet af sygeplejersker på sygehuset, bliver altid anvendt i primær sektor udtaler visitator, dog kan den være lidt mangelfuldt. Det som har betydning er diagnoserne.

"....den omhandler mest plejen, hvad en hjemmehjælp skal lave".(Visitator_46)

I forhold til det tværsektorielle samarbejde er meget fokus på, hvordan formidlingen foregår fra sygehus til Nærverkið. Primærleder udtaler, at de kræver altid sygeplejerapport efter en udskrivelse fra sygehuset, men der foregår ingen formidling den anden vej, når en bruger bliver indlagt på sygehuset. Så formidlingen går ikke begge veje, det kunne være meget bedre. (Primærleder_21)

Formidlingen foregår igennem en visitator, som har været på sygehuset til en udskrivelsessamtale og det terapeutiske bliver dirigeret videre uden om hjemmesygeplejerskerne. Det som hjemmesygeplejerskerne får formidlet er sygeplejerapporten og den bliver faxet til primær sektor. Tit er det nødvendigt med telefonsamtaler med personalet fra sygehusafdelingen, udtaler primærsygeplejerske.

Fomidlingen sker meget tilfældigt og man forholder sig ikke til den instruks som findes i Nærverkið om at

> *"...altså at sygehuset skal sige fra 5 dage inden udskrivelse foruden weekenden. Vi oplever desværre tit, at det ikke bliver praktiseret, desværre".*(Primærsygeplejerske_18)

Sammenfatning Organisation

På afsnittet på sygehuset viser udsagnene et generelt udtryk for manglende struktur i egen organisation. Det er svært at holde fast i aftaler omkring arbejdsgange og overholde dem.

Informanter fra begge sektorer udtrykker et ønske om at kommunikationen skulle være bedre begge veje.

Forandringer starter med tanker og holdninger, der bevæger sig over mod den fysiske og sociale virkelighed, men samtidig kommer en forandringsproces aldrig længere end det enkelte menneske er parat til at gå eller kan følge med (Johnsen 2005) Ovenstående udtalelse viser, at medarbejdernes tanker og holdninger bevæger sig mod den sociale virkelighed ved at være bevidste om et behov som ikke er

eksisterende, og kan siges at have en parathed til at følge en forandringsproces i forhold til formidlingen mellem sektorerne.

Hildebrandt beskriver at der er forskellige måder at arbejde med forandring. Han nævner, at fællesskaber blandt medarbejdere i organisationen eksisterer i viden, tanker, begreber og forestillinger. Fællesskab er en forudsætning for at arbejde med forandring. Hildebrandt nævner 3 former for fællesskab; praksisfællesskab, hvor organisationen arbejder og udvikler bevidst fælles erfaringer. Refleksionsfællesskab hvor der er mindre fokus på diskussioner, men baseret på nogle fælles refleksioner for de erfaringer de har tilegnet sig. Viljefællesskab, hvor der er tale om en fælles vilje frem for noget formål som er sat. Udtalelserne viser tegn på en viljefællesskab. (Petersen, Lund 2000)

Den instruks som bliver fulgt er, at visitator er med til udskrivelsessamtalen, som foregår inde på sygehuset, dog udtaler sygehuspersonalet at det langt fra altid bliver gjort. Arbejdsdelingen bliver ikke fastholdt af nogen struktur, men er mere lagt op til tilfældighederne.

Alle informanterne giver udtryk for en efterlysning af en bedre og mere tydelig struktur i arbejdsdeling. De ønsker at kunne forholde sig til instrukser som er anvendelige.

Hildebrandt siger, at en organisation er summen af de mennesker der arbejder i organisationen. De har til opgave at opnå et bestemt mål. Tit findes der en mere eller mindre formel arbejdsdeling og tit er der blandt andet regler for samarbejde. Det er en ledelses opgave at finde ud af om en struktur bliver anvendt rigtigt eller om der er tid til at ændre på strukturen, som i dette tilfælde kunne være at se på hvordan ser strukturen ud i arbejdsdelingen mhp. instruksen. Hildebrandt nævner at det er svært at ændre en struktur hvor medarbejderne har

indarbejdet nogle mønstre og vaner, men en leder er nødt til at gå ind og se på om den eksisterende arbejdsdeling, struktur, er den mest hensigtsmæssige at bruge. Det kunne i dette tilfælde tyde på, at medarbejderne ikke synes at det giver mening, således som arbejdsdelingen er nu. (Petersen, Lund 2000)

Primær sektor har flere tilføjelser til formidlingen end sygehuset har, og kan det have flere forklaringer. Udtalelsen fra sygehuset om, at de aldrig får respons på det de afleverer kunne være en forklaring. Udtalelserne fra primær sektor viser, at den rapport de får ikke er fyldestgørende. Instruksen for hvornår og hvilke ugedage udskrivelsen skal foregå bliver ikke overholdt. Det er bemærkelseværdigt, at der ikke er nogen fra sygehuset der har informeret om at der findes en instruks angående det. Vi kan undre os over, hvor meget den instruks er formidlet til sygehuset og hvordan denne formidling er foregået.

Både afdelingslederen og primærlederen nævner, at formidlingen kun foregår den ene vej, nemlig fra sygehuset, i forbindelse med at patienten skal udskrives til eget hjem, men det er lige så relevant at få oplysninger om patienten, når han bliver indlagt. Her foretages der igen mange telefonopkald hvilket giver meget resourcespild for begge sektorer.

Primærsygeplejersken udtaler sine frustrationer om mangel på oplysninger i forhold til sygeplejerapporten. Det kunne være interessant at vide hvad der er som går galt ved ark nummer 2 eller om det overhovedet findes i Cosmic.

Formidlingen foregår stadig via fax og pr.telefon, fordi oplysningerne ikke er fyldesgørende nok og vi kan formode at der er meget ressurcespild af denne årsag.

Det ses tydelig mangel på arbejdsdeling både over sektorer og inde i begge sektorer. Hildebrandt nævner, at arbejdsdeling handler

hovedsagelig om kommunikation, eller som i dette tilfælde mangel på samme. Han nævner, at en af ledelsesopgaverne handler om at skabe energi i organisationen. Ledelsens største opgave er nok at koordinere og sikre aktiviteter i organisationen. (Johnsen 2005)

11.3 Teknik

Teknik = Sammenføjningen af arbejdsmidler, arbejdsgenstande og arbejdskraft i arbejdsprocessen. E-sundhedssystemet Cosmic, hvor alle oplysninger er samlet.

På sygehus

Når sygeplejerapport skal skrives,kan der i den forbindelse ses i Cosmic, hvilke konklusioner ergo og fys skriver og bruge dem i sygeplejerapporten, udtaler sygeplejerske 2, som dog ikke henter noget fra Cosmic, men skriver selv hele rapporten. Det tager lang tid at søge oplysninger frem i Cosmic, især hvis forløbet har været langt. Sygeplejerske 2 ser ikke nogen fordel med Cosmic i forhold til udskrivelse og synes at der var større overskuelighed før sygehuset fik Cosmic.

Sygeplejerske 1 udtaler, at for at kunne lave en sygeplejerapport finder hun oplysninger frem der er skrevet i Cosmic, og der findes en skabelon i Cosmic som støtter op omkring udskrivelsen. Den er lidt besværlig at bruge, fordi hvis der er en som skriver i den, så er der ikke nogen anden der kan overtage notatet, der må laves et nyt.

Afdelingsleder udtaler, at hun ikke arbejder så meget i Cosmic selv, så hun ved ikke helt hvordan oplysninger bliver hentet ud i Cosmic. Afdelingsleder udtaler også, at hun ikke ved om systemet er smidigt,men hun gætter på, at det er det ikke. Der skal filtreres og søges, og hvis der er skrevet meget på patienten er det svært at finde

det specifikke i et notat. Analyser og sådan noget det er let at finde frem, udtaler afdelingsleder.

I primær sektor

I primær sektor er der ikke den store ændring i forhold til at sygehuset har et sundhedssystem, udtaler primær leder. Desuden ønsker primær sektor at bruge Cosmic.

Gråzonen (mellem sektorer)

Vedrørende Cosmic kunne det være en forbedring, hvis det var hurtigere at få et overblik over nogle oplysninger og hvis det var lettere at filtrere i oplysningerne, udtaler afdelingsleder. Det som der er mulighed for nu, er at lave sammendrag henad vejen, og det bliver ikke altid gjort, udtaler afdelingsleder. Oplysninger bliver ikke overleveret til primær sektor gennem Cosmic, den mulighed findes ikke, så overlevering af oplysninger er på samme måde som før sygehuset fik Cosmic. Den eneste forskel er, at sygeplejerapporten nu ligger som en blanket i Cosmic. Det som før måske blev skrevet i hånden bliver nu skrevet på tastaturet og siden printet ud og sendt til primær sektor, udtaler afdelingsleder.

Tit er problemet med sygeplejerapporten, at den kun er udfyldt på den ene side. Den næste side som er mere udredning er tit tom.

> *"...Rapporten er på 2 ark. Det 1 ark står p-tal, bopæl og pårørende. Så står der om patienten har eks. diabetes og han har brug for det og det. Lidt længere nede er der et tomt plads, hvor der er mulighed for at skrive lidt uddybende. Det bliver tit ikke udfyldt.*
> *Det næste ark står der patienten blev indlagt den dato, pga det og det, hvad der er blevet gjort (behandling og pleje). Hvordan han har ændret sig og hvordan situationen er nu. Dette ark følger tit ikke med brugeren."* (Primærsygeplejerske_30)

En optimering af patientforløbet kunne være, at der fandtes en "udskrivelsespakke" i Cosmic, udtaler sygeplejerske 1.

Det sker, at informationer fra sygehuset bliver faxet til forkert nummer, og så kommer det ikke til rette vedkommende. Det er ikke godt med sikkerheden og fortroligheden, nogen gange ligger faxen oppe hos it-folkene og de er ikke på arbejde i weekenden. Det er ikke fordi der er så mange faxnumre at vælge imellem at det kommer forkert, udtaler primær sygeplejerske.

I primær sektor bemærkes der ikke nogen ændring efter at sygehuset har fået Cosmic, udtaler primær sygeplejerske.

> *"...Jeg ved ikke om der er så stor forskel. Fordi vi har jo ikke indsigt i det. Vi får det jo tilsendt med fax..."*.(Primær sygeplejerske_118)

Primær leder udtaler, at hvis overleveringen af informationer fra sygehuset skal forbedres skal primær sektor have Cosmic, alle ønsker mere it og i den forstand er primær sektor et hængeparti. Primær sektor mangler noget til at kommunikere med sygehuset med, udtaler primær leder.

Brugervenligheden i systemet kunne være bedre, det er ikke så enkelt at genbruge data i et andet dokument, udtaler afdelingsleder.

Afdelingsleder udtaler også, at formidlingen og kommunikationen er ikke forbedret/optimeret mellem sygehuse og primær sektor efter at sygehuset har fået Cosmic. Det ønskelige scenarie ville være, at det var muligt at klikke sig ind et sted og se al information om patienten.

Sammenfatning Teknik

Udtalelser fra personale på sygehuset giver udtryk for at brugervenligheden Cosmic er mangelfuld, som kan være en af årsagerne til at udnyttelsen af redskabet ikke bliver udnyttet fuldt ud.

Det ses også gennem udtalelserne at der ikke er skabt et forum på afsnittet til diskussion for anvendelsen af Cosmic. Udtalelserne bærer præg af utryghed af brugen af Cosmic og manglende viden.

At den ene organisation har fået et e-sundhedssystem har ikke ændret noget på arbejdsgangen omkring formidlingen viser udtalelser fra begge sektorer.

Gennem udtalelserne kan man se at der er et behov for en teknisk opsætning som giver mulighed at sektorerne kan formidle gennem samme system.

11.4 Produkt

Produkt = Arbejdsprocessens resultat. Slutproduktet, informationen der går fra sygehus til primær sektor

På sygehus

Sygeplejerske 2 udtaler, at den sygeplejerapport, som bruges i dag i Cosmic er nøjagtig den samme, som blev brugt før Cosmic. Den indeholder nogle helt konkrete ting, f.eks medicin og hvor mobil patienten er. Det som skal med i rapporten er brudstykker, ligesom diagnose, hvad viser ct-scanning, og hvis der er sket nogle ændringer imens patienten var indlagt, sukkersyge, blodtryk, derfor er det nemmere at skrive selv. Der er en god udskrivelsesskabelon i Cosmic og den bliver brugt.

Sygeplejerapporten bliver skrevet i Cosmic, udtaler sygeplejerske 1, det er en blanket med meget fritekst. Der er nogen der udfylder den i hånden, de bruger så den gamle sygeplejerapport som blev brugt før Cosmic.

Sygeplejerske 1 udtaler, at hvis der mangler plads at skrive på, bruger hun et worddokument til resten.

Der findes en skabelon i Cosmic som støtter op omkring udskrivelsen, udtaler sygeplejerske 1, den er ellers god, relevent og meget konkret.

Afdelingsleder udtaler, at udskrivelsessamtalen ikke fandtes før implementeringen af Cosmic. Den er kommet efter, at det gamle Cardex ikke bliver brugt mere, for at have et sted at skrive de oplysninger der ellers var i Cardex. Afdelingsleder udtaler, at der er et ønske på afdelingen om, at alle oplysninger kunne samles et sted.

Resultatet fra vores journalaudit viser, at skabelonen "udskrivelsessamtale" er blevet benyttet i 65% af tilfældene.

I primær sektor

Da primær sektor ikke har samme e-sundhedssystem som sygehuset, findes der ikke udtalelser på det her.

Gråzonen (mellem sektorer)

Primær leder udtaler, at medicinlisten er ulæselig efter at sygehuset har fået it-system. Sygeplejerapporten kommer med fax, eller med borgeren, og den er nogen gange håndskrevet, og nogen gange kommer den for sent. Primær sektor ønsker altid at få en rapport uanset indlæggelsens længde.

Primær sektor mangler noget til at kommunikere med sygehuset med, udtaler primær leder.

Efter at sygeplejerapporten er modtaget i primær sektor, bliver der ringet til sygeplejersken på sygehuset, der har skrevet den for yderligere oplysninger, udtaler primær sygeplejerske. Sygeplejerapporten er tit mangelfuld, der mangler tit diagnose og medicinliste, og beskrivelse af sygdomsforløb. Hvis alle oplysninger stod i rapporten ville det ikke være nødvendigt at ringe til sygehuset. Når sygeplejerapporten er fyldestgørende, er det tit studerende der har

udfærdiget den. Den fyldestgørende rapport er ofte delvis skrevet i hånden.

Medicinlisten som bliver modtageta i primær sektor nu, er sværere at læse end den var før sygehuset begyndte at bruge Cosmic, og så må der ringes til sygehuset for afklaring, udtaler primær sygeplejerske.

Det er mere besværligt nu at få tilsendt kopi af journalen fordi der bliver sagt fra sygehuset, at der skal indhentes tilladelse nu, og det skulle der ikke før i tiden. Hvis sygeplejerapporten er mangelfuld beder primær sektor nogen gange om print fra journalen, udtaler primær sygeplejerske.

Sammenfatning Produkt

Informanterne på sygehuset er uenige om hvorvidt e-sundhedssystemet underbygger udskrivelsesprocessen som skal formidles til primær sektor eller ej. Der kan være forskellige årsager til det. Blandt andet siger Marc Berg, at ved implementering af sundhedssystemer, er det vigtigt med god kendskab til arbejdspraksis, og at teknologien integreres i den kontekst den skal anvendes i.(Berg 1999)

Der er fokus på forkert overlevering pga. både i henhold til manglende dokumentation, dokumentation som ikke kommer til den rigtige adresse på det rigtige tidspunkt, hvor der i sidste ende går ud over patientforløbet, som bliver forlænget forårsaget af at der er for mange risici for fejl.

Ledelse som skal skabe forandring handler også om et sprogarbejde. Når man skal nå målet med en forandring er det vigtigt at skabe et fælles billede, for at kunne nå frem til det fælles fremtidsbillede. Det er vigtigt at italesætte processen. Hildebrandt nævner, at en kommunikations strategi skal være tilstede ved et forandringsprojekt. (Petersen, Lund 2000)

12 Diskussion

Vi vil i dette afsnit diskutere de interviews, journal-audit og de anvendte teorier i relation til vores problemformulering.

Viden

Aktørerene på sygehuset giver udtryk for at de er usikre overfor relevansen af deres formidling til Nærverkið, de får ingen feedback fra Nærverkið på sygeplejerapporten. Derfor går de ud fra at den dækker Nærverkið´s behov for information. De savner et samarbejde. Ser vi på, hvad Hildebrandt siger omkring medarbejdere og forandring, er det vigtigt at medarbejderen er med i udarbejdelsen af arbejdsgangen. Kommunikation og dialog er medvirkende til en succes af forandring.

At formidlingen er meget tilfældig og personbetinget er der belæg for i vores journal-audit. Interview-personerne fra sygehuset taler sandt når de siger, at de næsten altid skriver en sygeplejerapport. Problemet opstår først, når der er fokus på det indholdsmæssige, som primær sektor ikke er tilfredse med. Her er mulighed for forbedringer set ud fra design perspektiv i forhold til opsætning i Cosmic.

Udtalelser fra Nærverkið giver et indtryk af at indholdsmæssigt er rapporten personbetinget, hvilket medfører at kvaliteten i rapporten bliver en tilfældighed.

Organisation

Udtalelserne viser at aktørerne i begge organisationer efterlyser en struktur, hvilket resulterer i manglende fastholdelse af arbejdsgange og manglende loyalitet og respekt over for hinanden. Tilfældigheden bestemmer. Organisationerne viser tegn på manglende fællesskab, det som Hildebrandt deler op i 3 kategorier, viljefællesskab, reflektionsfællesskab og vidensfællesskab. Diskussioner og reflektioner for erfaringer i arbejdspraksis kunne være bedre i begge sektorer, hvilket er en forudsætning for at imødekomme en forandring. Det er

vigtigt at få processen i egen organisation at fungere, før alle er parate til at fokusere på gråzonen.

Udtalelserne fra medarbejderne vedrørende udskrivelses instruksen viser at medarbejderne har været passive i udarbejdelsesprocessen. Instruksen er udfærdiget af ledelsen og er ikke formidlet til medarbejderne og derfor føler de ikke ansvar for at bruge den. Den er fremmed og ikke indarbejdet i processen, medarbejderne føler sig ikke taget med, som Hildebrandt nævner værende et vigtigt point, for at en forandring lykkes.

Medarbejderne har indøvet sig rutiner, som giver mening for dem og har svært ved at ændre strukturen og arbejdsdelingen. Som eksempel kan nævnes, at ved oprettelse af en ny funktion, visitatorfunktionen, bliver opgaver flyttet fra en medarbejdergruppe til en anden, uden at medarbejderne er involveret i processen. Det oplevede resultat er yderligere en forsinkelse i overleveringen af information. Ledelsen er nødt til at se på strukturen, er den hensigtsmæssig og for hvem er den hensigtsmæssig.

Udtalelser fra lederne i begge sektorer viser et behov for gensidig tværesektoriel formidling. Dette kræver, at andre forudsætninger først er på plads, det være sig struktur og arbejdsdeling i egen organisation, evt. instruksen, som omhandler udskrivelse fra sygehus til Nærverkið.

Teknik

Udtalelser fra medarbejdere fra sygehuset, som bruger Cosmic viser, at systemet kunne være mere brugervenligt. Cosmic kan ikke levere de oplysninger som Nærverkið har brug for i værende situation. Skabelonerne i Cosmic bliver ikke anvendt af alle, der er behov for ændringer i opsætningen. E-sundhedssystemet, i dette tilfælde Cosmic, har muligheder for ændringer i skabelonen "udskrivelse", får tilføjet flere nøgleord, som Nærverkið oplyser at de mangler.

Udtalelser af informanter på sygehuset, viser tydelig mangel på undervisning i Cosmic, bedre design og lettere tilgængelighed til at genbruge data fra andre dokumenter skrevet af andre faggrupper. Det er i tråd med det, som Hildebrandt siger om fællesskab og kommunikation, at ledelsen og medarbejderne i organisationen har fælles viden og fælles mål. Det er helt tydeligt at medarbejderne viser interesse for involvering i processerne, og at de mangler retningslinjer for at komme igang. (Petersen, Lund 2000)

Medarbejdere i Nærverkið ser frem til at de bliver en del af e-sundhedssystemet, således at de kan få fat på oplysningerne ved behov.

Produkt

Udtalelser i begge sektorer viser behov for ændringer i arbejdsgange og arbejdsdeling, ved inførelsen af Cosmic og af overleveringen af informationen til Nærverkið. Arbejdspraksis er vigtig at kende før det lykkes at få en god kontekst i e-sundhedssystemet.

Det viser sig ved gennemarbejdelse af analysen, at organisationselementet betyder rigtig meget, når der sker en ændring, eksempelvis at indføre en ny teknologi. Instruksen for udskrivelse som er udarbejdet af ledere i begge sektorer, er ikke kendt af alle og

desuden er der divergerende meninger om instruksens brugbarhed i de to sektorer.

At indføre ét e-sundhedssystem i et samfund, er ikke mere enkelt set ud fra et socioteknisk perspektiv. Vi møder de samme frustrationer blandt medarbejdere og ledere, hvor det primært handler om at få kommunikeret ny viden – arbejdsteknik – arbejdsgange ud i organisationen.

Ønskescenariet er, at e-sundhedssystemet skal være bindeled mellem primær sektor og sygehus. Der forventes, at patientforløbene bliver mere effektive, samt at den faglige dokumentation højnes, således, at den kan genbruges både ved udskrivelse og indlæggelse af patienter. Set i et design-perspektiv, tyder udtalelser fra samtlige medarbejdere og ledere fra begge sektorer på, at behovet er der.

12.4 Anbefalinger

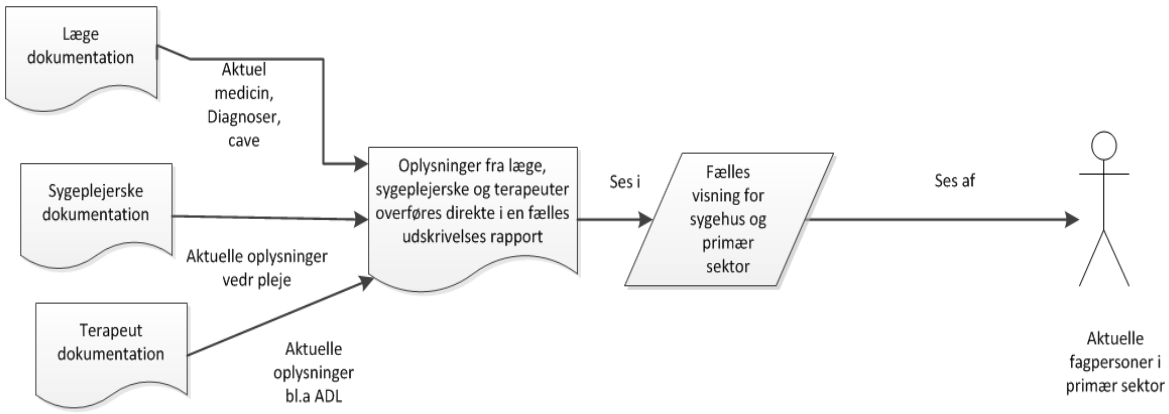
I forhold til en optimering af informationsflowet mellem sektorerne, er vores anbefaling, at begge sektorer får greb om respektive arbejdsgange i egen organisation. Desuden skal der klarlægges, hvor udførlig dokumentationen som overleveres skal være, hvad årsagen er til, at medarbejderne dokumenterer så forskelligt som de gør. Som Hildebrandt også siger, at få skabt en vision, som stemmer overens med den overordnede vision for sygehuset omkring patientforløb. Få diskuteret den på medarbejderniveau og formuleret den så medarbejderne kan tilegne sig den som deres egen.

Vores anbefaling er, at ledelsen i Nærverkið ser på arbejdsdelingen og strukturen i organisationen. Er den struktur hensigtsmæssig, også i forhold til selve modtagelsen af informationer fra sekundær sektor. Vil det være muligt at se på arbejdsdelingen i forhold til det arbejde der udføres allerede i modtagelsen. De medarbejdere, som skal udføre arbejdet og de medarbejdere som har behov for oplysningerne sammen

med ledelsen skal involveres. Ledelsen har til opgave at få struktur på arbejdsdelingen og få den til at fungere sammen med medarbejderne.

I forhold til sygeplejerapporten, er vores anbefaling, at notatskabelonen "udskrivelsessamtale" bliver tilrettet, så dens indhold svarer til det behov, som på nuværende tidspunkt er til sygeplejerapporten. Derefter kan blanketten "sygeplejerapport" udgå. Dette ville spare medarbejderne for en del dobbeltregistreringer.

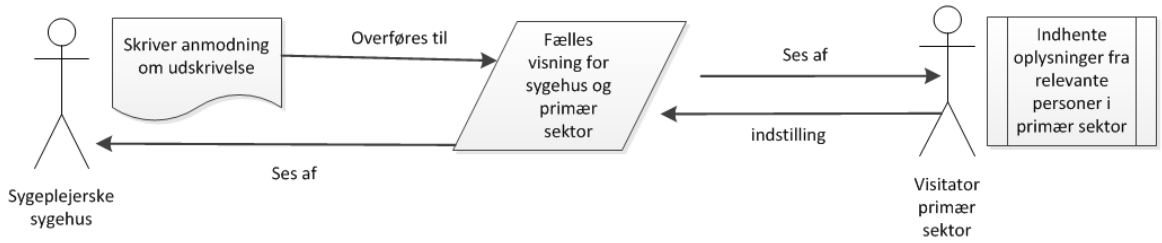
Forslag til opsætning i Cosmic i forhold til udskrivelse



Figur 14 Forslag til opsætning i Cosmic

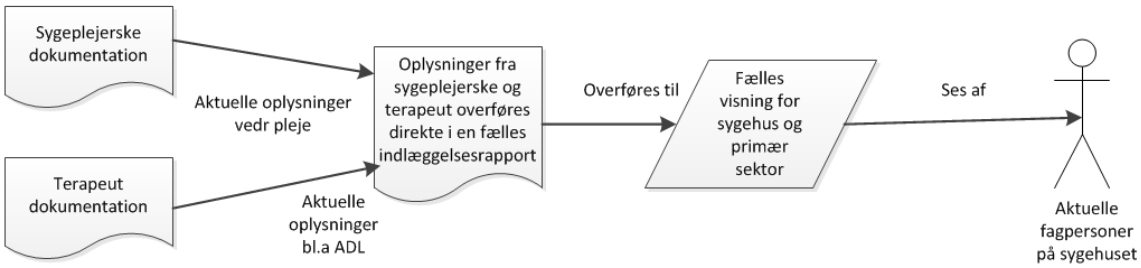
For at tilgodese situationen som den er idag, kan en foreløbig løsning være, at der bliver lavet en visning i Cosmic, hvor alle nødvendige oplysninger står; denne kan printes ud. På længere sigt kan der skabes et bindeled/fælles visning i Cosmic som understøtter patientforløbet mellem primær sektor og sygehus for derved at optimere informationsflowet. Dette er i tråd med betænkningen om fremtidigt sygehusvæsen på Færøerne. I den står der, at der skal arbejdes frem imod et sammenhængende patientforløb med understøttelse af et sundhedssystem.(Hansen et al. 2007)

Forslag til opsætning i Cosmic i forhold til udskrivelsesanmodning



Figur 15 Forslag til opsætning i Cosmic

Forslag til opsætning i Cosmic i forhold til indlæggelse



Figur 16 Forslag til opsætning I Cosmic

12.1 Refleksion af metode

Dette projekt i en socioteknisk ramme tager udgangspunkt i case studie. Dette valg er truffet, da vi undersøger formidlingsflowet mellem sektorer. Der er valgt semi-strukturerede interviews som dataindsamling samt journal-audit.

Valget af semi-struktureret interview er truffet for at få et nuanceret billede af den kontekst hvor undersøgelsen foregår. Det semi-strukturerede interview giver gode muligheder for at spørge uddybende og har givet os et godt indblik i informaternes dagligdag. Med den viden undersøgelsen har givet, kunne det være interessant at udføre et fokusgruppeinterview med udvalgte informanter fra begge sektorer, for

at få lagt op til et begyndende samarbejde og få sat ord på nogle fælles behov.

Interviewguide er afprøvet på en sygeplejerske med kendskab til proceduren omkring udskrivelse af en Apopleksipatient, hvilket har givet mulighed for at finjustere og præcisere forskningsspørgsmålene. Dett er gjort for at sikre at alle elementer er opfyldt også set i forhold til problemformuleringen.

Forskningsspørgsmålene, som var relateret til teknologi-begrebet har været en god og støttende hjælp med hensyn til at holde fast i det relevante tema. Fokus på sygeplejersker i begge sektorer er et bevidst valg, da problemstillingen er udskrivelsesprocessen hvor sygeplejersker i begge sektorer er involveret. Der kan diskuteres hvorvidt valget af ledere som informanter er et rigtigt valg, da de ikke er direkte involveret i udskrivelsesprocessen. Derimod kunne det være interessant at interviewe lederne i forhold til udarbejdelsen af udskrivelsesinstruksen.

Mange af de includerede bilag er skrevet på færøsk, der hvor der er relevant er de oversat til dansk.

Teknologibegrebet blev valgt fordi, det gav mulighed for at se på delelementerne, hvilket har stor betydning for at få indført et e-sundhedssystem. At anvende teknologibegrebet i analyseprocessen har vist sig at være en udfordring, specielt med fokus på kategoriseringen af udtalelserne.

Med hensyn til teori valg skal der gøres opmærksom på, at Steen Hildebrandt er sekundær kilde, idet han henviser til andre teoretikere i sine bøger og artikler. Da organisatorsiske elementer fylder meget i resultaterne af vores undersøgelse, har det givet mening at bruge Hildebrandt, idet hans litteratur fokuserer meget på forandring i organisationer.

12.3 Generaliserbarhed, Validitet og Reliabilitet

Vi har forsøgt at opnå en høj reliabiliteten gennem bearbejdelsesprocessen af alle interviewene, som eksempel kan nævnes, at vi har udført interviewene ens, dvs. den samme person stiller spørgsmål.

Vi har ikke selv udvalgt informanterne, men har fået ledelsen fra begge sektorer til at udpege informanterne. Med en fortid i organisationen, sygehuset, mener vi at ved ikke at være indblandet i udvælgelsen af informanter har skabt en højere validitet. Vi har valgt samme metode i Nærverkið for at ensarte udvælgelsen i begge sektorer.

For at øge interviewenes validitet valgte vi, at optage interviewene på bånd og transskribere interviewene i fuld længde, for at undgå fortolkning af udtalelser.

Det er ikke muligt at generalisere da vores datagrundlag er for tyndt, 3 informanter fra hver sektor. Derfor er det kun muligt for os at udtale os om de erfaringer informanterne har.

Det kan diskuteres om vi kan generalisere ud fra journal-audit. Vi har fuld statisik for alle Apopleksipatienter for år 2011 og antal af sygeplejerapporter der er skrevet. Vi kunne få mere kvalitet i journal-audits, hvis vi havde vurderet på tekstindholdet i felterne i sygeplejerapporten. (figur nr 12) Dette ville kræve andre kvalitetsmål.

13. Konklusion

Udgangspunktet for projektet var en initierende undren over, hvordan formidling sker mellem sektorer. Med undersøgelsen har vi forsøgt at få svar på problemformuleringen:

Hvordan kan informationsflowet mellem sygehus og primær sektor understøttes via et E-sundhedssystem?

Under problemformuleringen er der stillet 2 underspørgsmål, som skulle være støttende i forhold til hvilke faktorer der har betydning, når et E-sundhedssystem skal anvendes.

• Hvordan dækker oplysningerne behovet i Nærverkið til opfølgende behandling?

Konklusionen på første underspørgsmål er, at behovet for oplysninger til opfølgende behandling bliver ikke dækket. Det forklares ved at:

- Sygeplejerapporten er mangelfuld, ikke fyldestgørende, der mangler oplysninger omkring diagnosen, medicinen, indlæggelsesårsag og side 2 fra sygeplejrapporten (figur Journal-audit)
- Sygeplejerapporten modtages for sent og nogen gange modtages den ikke
- Informationerne fra sygehuset bliver ikke brugt, da Nærverkið opretter sin egen helhedsvurdering ud fra egen undersøgelse
- Sygehuset får ingen tilbagemelding om sygeplejerapportens kvalitet

• Hvordan påvirker organisationsstrukturen arbejdsgangene og formidlingen?

Organisationsstrukturen har stor påvirkning på arbejdsgange og formidling relateret til udskrivelsesprocessen. Det forklares ved at:

- Sygeplejerskerne i sygehuset er ikke klare over hvilken arbejdsgang skal følges i forbindelse med udskrivelse
- På sygehuset er det kun lederen der kender udskrivelsesinstruksen, til trods for at den er lavet i samarbejde mellem begge sektorer
- Sygeplejerskerne på sygehuset arbejder ikke ens i Cosmic i forhold til dokumentation

- I primær sektor er strukturen medvirkende til forsinkelse i forhold til modtagelse af informationer fra sygehuset

I forhold til selve problemformuleringen er svaret ikke så enkelt som, at e-sundhedssystemet skal implementeres i Nærverkið og så er problemet løst. Det er vigtigt, at alle forudsætningerne for en vellykket implementering er tilstede. I forhold til teknologibegrebet kan konkluderes, at hvis det skal lykkes, at få informationsflowet optimeret ved hjælp af et et e-sundhedssystem skal der tages hensyn til alle 4 elementerer.
Informationsflowet mellem sektorerne kan understøttes af Cosmic, dog kræves der nogle ændringer i opsætningen af Cosmic.

14. Design/perspektivering

I dette afsnit vil vi med udgangspunkt i problemformuleringen og på baggrund af analysen komme med nogle anbefalinger. Vi vælger at fokusere på det område som vi kalder "gråzonen". Gråzonen betegner det ingenmandsland som begge organisationer er afhængig af, men som ingen har ansvaret for. I begge organisationer bliver der givet udtryk for frustrationer. Vi vil i vores perspektivering forsøge at tilgodese begge sektorer.

Med et sundhedssystem er det ikke nødvendigt med en platform for at få "Shared Care". Vi ser muligheder med ét sundhedssystem med fælles visninger, for at få sammenhæng i patientforløbet, der går over sektorgrænser. Oversat til dansk betyder shared care "delt pleje" eller "delt omsorg"

En meget citeret definition stammer fra bogen Shared care – the future imperative?

> *Shared care applies when the responsibility for the health care of the patient is shared between individuals or teams who are part*

of separate organizations or where substantial organizational boundaries exist (Pritchard, Hughes & Trust 1995)

Design med udgangspunkt i teknologibegrebet.

Vores næste anbefaling tager udgangspunkt i teknologibegrebet viden, organisation, teknik og produkt for at følge op på analysen af vores undersøgelser.

I forhold til elementet Viden er det tydeligt, at manglende indsigt i den anden organisation, samt uklarhed omkring fælles instruks giver problemer.

I forhold til elementet Organisation ser vi, at der er mangler i forhold til kommunikationen. Begge organisationer har hver deres instrukser der omfatter den anden organisation, uden at de er vidende om dem.

Vedrørende Teknik, er den største mangel, at Nærverkið endnu ikke bruger sundhedssystemet.

Produktet giver også udfordringer i forhold til kvaliteten af de informationer der udveksles.

15. Perspektivering

I forhold til de problemstillinger som analysebearbejdningen har ledt frem til vil vi i dette afsnit reflektere over hvordan resultaterne vi er kommet frem til kan anvendes i henholdsvis sygehus og Nærverkið.

Det fremgår meget tydeligt, at sygeplejerskerne på sygehuset er i tvivl om hvilke instrukser og arbejdsgange der findes omkring udskrivelse og i så fald hvordan de skal følges. En af årsagerne til dette kan være, at afdelingen er ændret fra at være en almen medicinsk afdeling til at være apopleksiafdeling, og at personalet endnu ikke har fundet deres ståsted. En anden forklaring kan være, at halvdelen af personalet på afdelingen har en fortid på en forhenværende apopleksiafdeling, hvor

der fandtes instrukser og arbejdsgange, som de har taget med sig til den nye afdeling. Succeskriteriet for et fælles ståsted, er at ledelsen sammen med medarbejderne sætter nogle mål for afdelingen både med hensyn til tydelige arbejdsgange og struktur.

Med hensyn til udskrivelsesinstruksen, som ikke anvendes i det omfang den burde, kunne det være interessant at følge op på hvordan den er blevet implementeret. Der ligger et stort arbejde bag udarbejdelsen af den, og den er under kontinuerlig revision af ledere i begge sektorer. Det samme gælder notatskabelonen "udskrivelsessamtale", som tydeligvis ikke er blevet implementeret godt nok. Det kunne i den forbindelse være en idé at tilrette den

16. Abstract

Intersectoral communication in the health sector is facing challenges worldwide.

The point of departure of this study is to look at communication and information flow between two different sectors and how e-health can be of support in this process.

The study sets out to examine how information-sharing is carried out today and what factors might have an influence on the communication. The field of study is "Nærverkid", (the home care) in the primary health care and the Faroese National Hospital.

The study is based on cases applying both quantitative and qualitative methods to accumulate knowledge about the field of study. Management staffs from both sectors have been interviewed as well as nurses working in discharge/reception units. Record audit which is characterized as a quantitative method has been used based on the interviews in the hospital, and in terms of documentation in templates and forms. Jens Müller's concept of technology has been used as theoretical frame of reference.

Findings from interview analysis and record audit provide evidence that there in the communication and information-sharing process remain uncertainties. This is regarding documentation as well as in the discharge process. There are inconsistencies in the observations between the sectors regarding the same subject. The means of communication is different as there are no common guidelines. Moreover, both sectors want to focus on communication in order to enhance the continuity of care. When discharging patients from the hospital the same procedure from before the implementation of e-health is used and the documentation between the sectors has not

changed. A grey area emerges in the shift between sectors in which the division of responsibility is unclear.

According to Faroese digitization strategy the health service must be collaborative, with one memory - one e-health system.

Recommendations how to optimize the information flow:
Implementation of e-health system in the primary health care focusing on "the gray area". This can be achieved by involving professionals from both sectors in the implementation process.

17. Referenceliste

Andersen, I. 2005, "Den skinbarlige virkelighed", *Samfundslitteratur, København, seneste udgave,* .

Berg, M. 1999, "Patient care information systems and health care work: a sociotechnical approach", *International journal of medical informatics,* vol. 55, no. 2, pp. 87-101.

Brinkmann, S. & Tanggaard, L. 2010, "Kvalitative metoder: En grundbog", .

Coiera, E. 2007, "Putting the technical back into socio-technical systems research", *International journal of medical informatics,* vol. 76, pp. S98-S103.

Edquist, C. & Edqvist, O. 1979, "Social carriers of techniques for development", *Journal of Peace Research,* vol. 16, no. 4, pp. 313-331.

Guthrie, B., Saultz, J.W., Freeman, G.K. & Haggerty, J.L. 2008, "Continuity of care matters", *Bmj,* vol. 337.

Hansen, P., Arge, T., Skaalum, A., Ellingsgaard, H. & Midjord, R. (eds) 2007, *Álit um framtíðar sjúkrahúsverk í føroyum*, ISBN 978-99918-970-1-1 edn, Almanna- og Heilsumálaráðið.

Johnsen, E. 2005, "Hildebrandt om Ledelse", *Ledelse & Erhvervsøkonomi,* vol. 65, no. 1, pp. 59-60.

Kjærgaard, J. 2001, *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet: en lærebog,* 1. udgave edn, Munksgaard Danmark, Kbh.

Kripalani, S., LeFevre, F., Phillips, C.O., Williams, M.V., Basaviah, P. & Baker, D.W. 2007, "Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians", *JAMA: the journal of the American Medical Association,* vol. 297, no. 8, pp. 831.

Kvale, S. & Brinkmann, S. 2009, *Interview: introduktion til et håndværk,* 2. udgave edn, Hans Reitzel, Kbh.

Lunde, I.M. & Ramhøj, P. 2003, *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab: kvalitative metoder,* Akademisk Forlag.

Müller, J., Kjær-Rasmussen, J. & Nøhr, C. 1998, "EDB-teknologi i Sygehusvæsenet", .

Petersen, H. & Lund, A.K. 2000, "Den kommunikerende organisation", .

Pritchard, P.M.M., Hughes, J. & Trust, N.P.H. 1995, *Shared care: The future imperative?* Royal Society of Medicine Press.

Rector, A.L. 1999, "Clinical terminology: why is it so hard?", *Methods of information in medicine,* vol. 38, no. 4/5, pp. 239-252.

Riis, O. 2005, *Samfundsvidenskab i praksis: introduktion til anvendt metode,* 1. udgave edn, Hans Reitzel, Kbh.

Wears, R.L. & Berg, M. 2005, "Computer technology and clinical work", *JAMA: the journal of the American Medical Association,* vol. 293, no. 10, pp. 1261-1263.

Yin, R.K. 2009, *Case study research: Design and methods,* Sage publications, INC.

18. Bilagsfortegnelse

18.1 Bilag 1 – Sygeplejerapport

LANDSYGEHUSET *SYGEPLEJERAPPORT*

(ved flytning af patient) cave:

Navn:		**PÅRØRENDE**	
		Navn:	**Tel.:**
		Adresse:	
Tel.:		**Navn:**	**Tel.:**
		Adresse:	

Aktuel diagnose	
Andre diagnoser	
Kost	
Vandladning	
Afføring	
Medicin	Se vedlagte medicinoversigt
Blodprøver	Se vedlagte blodprøvesvar
Urinprøver	Se vedlagte urinprøvesvar

Sygeplejerapport:

Afdeling dato Underskrift

18.2 Bilag 2- Landssygehusets udskrivelsinstruks

Útskrivingargongdin hjá sjúklingum, sum hava broyttan ella øktan tørv á Heimatænastan aftaná útskriving

1. Sjúklingurin innlagdur

2. Sjúkraroktarfroðingur fær heimild frá sjúklingi ella avvarðandi til at lata og heinta upplýsingar millum stovnar

3. Lækni og sjúkraroktarfroðingur gera viðgerðarætlan, og fáa samband við Heimatænastuna < 3 dagar aftan - á innlegging.

4. Heimavitjan (ergo-, fysio-, og/ ella økisterapeutur) fyri at greina tørvin í egnum heimi, og sendir umsókntil HTM.

5. Sjúkraroktarfroðingur setir seg í samband við Heimatænastanina um útskrivingina

6. Útskriving

Útskrivingarmannagongd

Endamál:

At útskrivingargongdin verður fyrireikað skjótt aftaná innlegging, soleiðis at sjúklingurin sleppur undan óneyðugum eyka innleggingardøgum.
Við eini útskrivingarmannagongd tryggja vit tvørfakligt samstarv við Heimatænastanina og eina smidliga útskriving.
Uppgávubýtið millum fakbólkarnar er greinað.
Mannagongdin eigur at verða nýtt sum arbeiðsamboð til niðanfyrinevnda málbólk.
Hetta er mannagongd, sum eigur at vera partur av innleiðsluni av nýsettum starvsfólkum á Landssjúkrahúsinum. Starvsfólk eiga at verða undirvíst í at nýta ADL- Taxonomi vegleiðing. At fylgja mannagongdini hevur stóra týdning.

Málbólkur:

Sjúklingar sum eftir sjúku hava broyttan ella øktan tørv á Heimatænastan, hjálpartólum og húsabroytingum eftir útskriving

Útskrivingarmannagongdin er evnað av:

Marin Vang, Sjúkrarøktarstjóri
Ása Poulsen, Leiðandi sjúkrarøktarfrøðingur, Heiliráðdepilin
Cecilia Vestureið, Leiðandi sjúkrarøktarfrøðingur, Skurðdepilin
Bergit Weihe, Leiðandi sjúkrarøktarfrøðingur, Psykiatriskidepilin
Monica Brickman, Deildarleiðari, E3
Hergerð Mortensen, Varaleiðari, G4
Kirstin Ellingsgaard. Leiðandi ergoterapeutur
Marjun Poulsen, Yvirfysioterapeutur
Meta av Fløtum, Heimatænastan.

Endurskoðað mars 2009:

Ingun Gaardbo deildarleiðari B6
Anna Maria Joensen fys.
Turið Jacobsen ergo.
Herborg Dølum Heimatænastan
Marita Tórsheim økisterapeutur

Endurskoðað sept. 2010
Ingun Gaardbo, leiðandi sjúkrarøktarfrøðingur, heiliráðdepilin
Herborg Petursdóttir, visitator, heimatænastan

Mannagongdin er at finna á www.lsh.fo/heimabeitid.fo

Tvørfakligar samrøður við sjúkling og avvarandi:

Umráðandi er, at sjúklingur hevur játtað, at kunning verður latin millum stovnarnar.
Sjúkrarøktarfrøðingur skipar fyri, at viðkomandi persónar fáa boð um at koma til samrøðu, og umboð verða vald til at fara á fund.
Toymið hittist frammanundan fyri at tryggja eintýðuga kunning. Avtalað verður, hvør er fundarstjóri-, og hvør er skrivari. Arbeitt verður útfrá frágreiðing sjá síðu 4.
Uppgávan hjá skrivaranum er at fylla út á síðu 7-8-9, og leggja tað í røktarætlan hjá sjúklinginum.
Um tørvur er á tí, kann skipast fyri - samrøðu við lækna, har hann kunnar um støðu hjá sjúklingi, kanningar, úrslit av hesum, heilivág o.a.

Familju samrøða, seinast 2 vikur eftir innleggjan:

Endamál:

- ✓ At kunna sjúkling og avvarðandi um, hvussu arbeitt verður á deildini, um m.a. hvør hevur ábyrgd fyri hvørjum, og at starvsfólk verða kunnaði um nærumhvørvi hjá sjúklinginum
- ✓ Fundurin skal verða seinast 2 vikur aftan á innlegging.
- ✓ Sjúklingur og avvarandi greiða frá støðu áðrenn innlegging. Um familjuviðurskifti, socialar umstøður og arbeiði / frítíðartitriv.
- ✓ Umboð frá toyminum greiða frá ergoterapi, fysioterapi, røkt, logopædi, sálarfrøðingi, socialráðgeva, og hvussu viðgerðin er ætlað at fara fram
- ✓ Tosað verður um búðstaðarviðurskifti, við atliti til útskriving. Heimavitjan verður planløgd.
- ✓ Kunnað verður um, at sjúklingurin kann koma heim um vikuskiftið.

Familju samrøða miðskeiðis samrøða:

Endamál:

- ✓ Um tørvur er, kann tað verða týðandi at hava eina miðskeiðis samrøðu, har mál verða gjøgnumgingin, og møguligar broytingar viðgjørdar.
- ✓ Útgangsstøðið verður tikið úr síðu 7-8-9, sum áður er skrivað, og síða 10 verður dagford.
- ✓ Umboð frá toyminum eru á fundi.

Familju samrøða útskrivingar samrøða:

Endamál: At tryggja, at útskrivingin er fyrireikað soleiðis, at allir partar eru til klárir.

- ✓ Fundurin skal vera seinast 1 viku áðrenn útskrivan.
- ✓ Toymið hittist áðrenn - fyri at tryggja eintýðuga kunning. Avtalað verður, hvør er fundarstjóri-, og hvør er skrivari. Uppgávan hjá skrivaranum er at dagføra skjal 7-8-9 og senda avrit til Heimatænastuna. Umráðandi er, at visitator frá Heimatænastanini er við. Arbeitt verður útfrá hjálagda skjal síðu 4.
- ✓ Stutt kunning verður givin um innleggingar tíðina, um málini eru nádd, um ætlanir og møguliga eftirviðgerð.
- ✓ Útskrivingardagur verður avtalaður, flutningur, hvør er heima, tá sjúklingurin kemur heim
- ✓ Sjúkrarøktarfrøðingur tryggjar at røktarætlan, medicin kort og ambulantar tíðir eru dagfordar.

Mannagongd- frá innlegging til útskriving			
Evni	Tiltøk	Ábyrgd	Sign og dato
Heimatænastan verður kunnað um, at sjúklingur er innlagdur á Landssjúkrahúsið	Ringja til Heimatænastuna í økinum hjá sjúklinginum Seta seg í samband við Heimatænastuna, fáa hendur á samstarvsbók, fáa umráðandi kunning	Sjúkrarøktarfrøðingur, sum er um sjúklingin dag 1 ella 2	
Ergo/ fysioterapi verður ordinerað, tá sjúklingurin verður móttikin	Lækni ordinerar ergo og/ ella fysioterapi í journalina	Lækni, sum tekur ímóti sjúklinginum	
Játtan frá sjúklingi ella avvarðandi	Sjúkrarrøktarfrøðingur fær loyvi frá sjúklingi ella avvarandi at lata upplýsingar millum stovnar	Sjúkrarøktarfrøðingur, sum tekur ímóti sjúklinginum	
Um ivamál er viðvikjandi heilivági, viðgerð røkt, skamtan o.s.v.	Lækni setur seg í samband við kommunulækna og/ ella sjúkrarøktarfrøðingur setur seg í samband við Heimatænastuna	sjúkrarøktarfrøðingur	
Ergo/ fysioterapeutar meta um tørvin á hjálpartólum og heimavitjan	Ergo/fys. hjálpir sjúklinginum at søkja um hjálpartól, og setur seg í samband við økisterapeutirn og HTM. Heimavitjunar rapport veður send Heimatænastuni og HTM.	Kontakt terapeutur	
Heimatænastan verður kontaktað beinanveg - útskrivingin er planløgd	Ringja til Heimatænastanina , kunna um sjúklingin út frá skrivi frá Heimatænastuni	Sjúkrarøktarfrøðingur	
Samstarvsbók fylgir við sjúkling LS	Útfylla s.7-8-9. Faxast til Heimatænastuna aftaná útskrivingarsamrøðuna. Við deyða má bókin retur til Heimatænastuna	Sjúkrarøktarfrøðingur ergoterapeutur, fysioterapeutur, evt aðrir fakbólkar	
Hjálpartól	Tryggja, at hjálpartólini eru fingin tilvega	Kontakt terapeutur	

Samrøður			
Evni	Tiltøk	Ábyrgd	Sign og dato
Familjusamrøða	Kalla inn til samrøðu sí endamál við samrøðu	Sjúkraroktarfrøðingur	
Miðskeiðissamrøða	Kalla inn til samrøðu sí endamál við samrøðu	Sjúkraroktarfrøðingur	
Útskrivingarsamrøða	Kalla inn til samrøðu sí endamál við samrøðu	Sjúkraroktarfrøðingur	

Tvørfaklig niðurstøða		
1	Navn: P-tal: Innlagdur,dato: Bústaður: Tlf.nr: Egin lækni:	Heimatænastan: Avvarðandi Bústaður: Tlf
2	**Yrki:** **Familju viðurskifti:** **Kenningar:** **Bústaðarviðurskifti:**	
3	**Stutt lýsing av fysisku støðuni:** **Serlig fysisk viðurskifti:** **Flytingar/rørsla:** **Leguháttur:**	
4	**Samskifti:** **Talupædagogur:**	
5	**Kognitiv styrki og trupuleikar:** **Persónligheit, kensulig og sosial funktión:** **Psykolog:**	
6	**Samdøgursrytma/broytingar:**	
7	**Persónligt reinfori:**	
8	**At fara á vesi:**	
9	**At lata seg í:**	
10	**Føðsla/etistøða:**	

11	**At arbeiða í køki:**
12	**Reingerðing:** **At vaska klæðir:**
13	**Flutningur:** **At keypa:**
14	**Hjálpartól:**
15	**Áhugamál:** **Týdningarmiklar dagligar uppgávur:**
16	**Venjing og virkni meðan innlagdur:**
17	**Sjúkuavgerð/Sjúkugongd:**
18	**Sjúklingsins metan av egnari stoðu:**
19	**Frágreiðing til sjúkling/avvarðandi:**
20	**Aktuel sjúkrarokt:**

21	**Meting:**
22	**Rehabiliteringsætlan:**

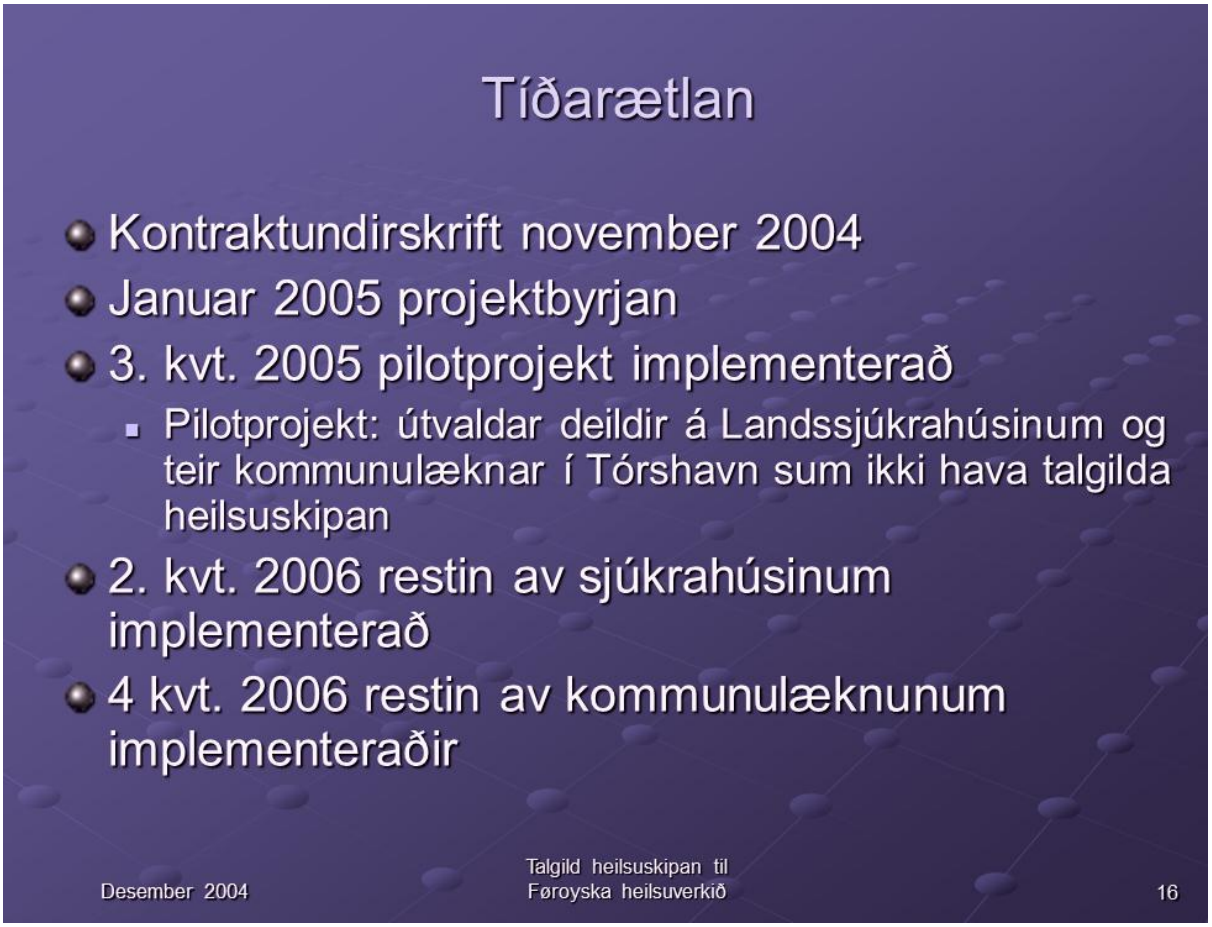
Heilivágur	kl.	kl.	kl.	kl.	kl.	Viðmerkingar

Innspræningar	
Amb.tíðir	
Blóðroyndir:	
Urinroyndir:	

Stað og dato:
Sent til :

Heimatænastan spyr hesar spurningar via tlf., í samband við útskrivan	
Borgari:	P-tal:
Bústaður:	Sosiala støðan:
Tlf.: ☐ ☐	Avp. Fp. Annað:
Lækni:	Gjaldandi brúkari:
Kendur brúkari ☐ ókendur ☐	(kostnaður smb. kunngerð)
Hvør ringir:	Móttikið hevur:
Deild:	Dato:
Avvarðandi:	Avvarðandi
Fam.:	Fam.:
Bústaður:	Bústaður:
Tlf.:	Tlf.:
Diagnosa/Sjúkrasøga:	
Heilivágur- skamtan ella ei:	
Viðgerð/Sjúkrarøkt:	
Persónlig røkt:	
Hjálp til máltíð:	
Rørsla:	
Umstøðan annars, sosialt/mentalt:	
Tørvur á heimarøkt:	Tørvur á sjúkrarøkt:
Heimavitjan: hin/kl.:	Revisitering:
Avtalur/Kontrol:	

18.3 Bilag 3 - Slides Bilag II – strategi POS 2003-11-24)



Oversat til dansk:

Tidsplan

Underskrift af kontrakt November 2004

Januar 2005 projektopstart

3.kvartal 2005 pilotprojekt implementeret.

> Pilotprojekt: Udvalgte afsnit på Landssygehuset og 2 praktiserende læger i Torshavn som ikke har nogen tidligere epj-journal

2.kvartal 2006 implementering af resterende afsnit og ambulatorier på Landssygehuset

4.kvartal de resterende praktiserende læger implementeres

18.4 Bilag 4 - Interessentanalyse interview med PGH

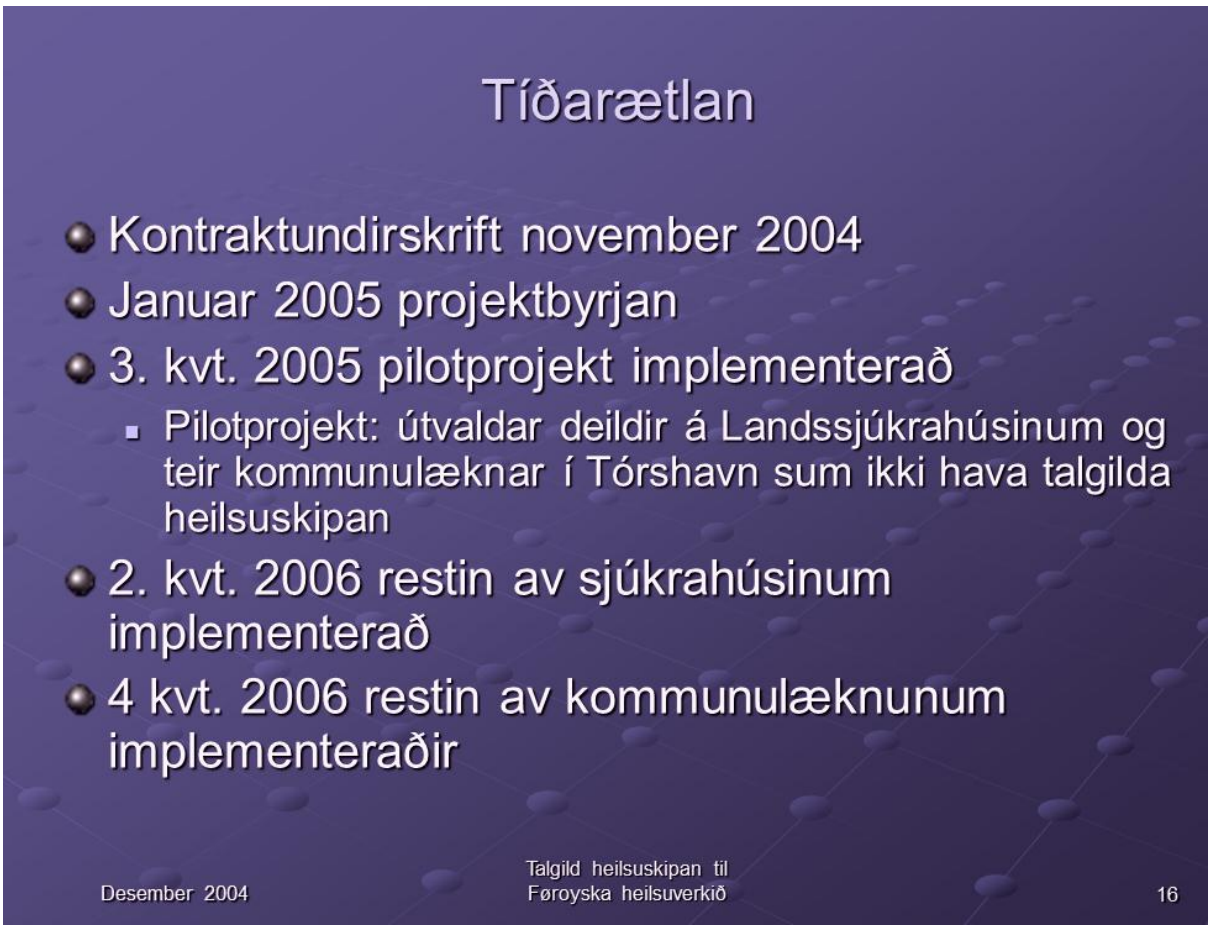
Fundur við Poul Gert Hansen 30-08-11

Interessentanalysa
PGH – ynskir at vit koma runt uppá ein skipaðan máta.
Gott at tað gangur ein rúm tíð, frá verkseting til 2. Rundu, so vit fáa rætta tað, sum tørvur er á at rætta. Ting, sum eiga at vera sett upp øðrvísi.
Trygdin – Ynskir at ein etablering av trygdarorganisatiónini, hetta skal koma uppá pláss í sama viðfangi, sum 2. runda. Td. hvussu hondterast trygdarbrot.
Dátakvalitetur – rudda upp í tí sum er sloppið at liggja síðan vit verksettu. THS brúkar høvið til at taka upp, hvat er ósignerað. Hvat er, sum ikki eigur at vera. Hvat er óheppi. Evt. at brúkarin fer í gongd við upprudding, áðrenn THS kemur oman á LS, soleiðis at fokus er á økinum. Møguliga byrja við einum fundi til brúkararnar.
Fáa nakrar fastar rutinir framatrættað. Soleiðis at tað ikki endar aftur í tí sama. THS hjálpir organisatiónini at halda rætning – dátadisciplin – Evt. nøkur fáa álagt at ruddað upp, krevur at onkur hevur efitrlit, sum eisnini er ein partur av trygdini.
Vanliga brúki er ikki serligt í fokus, men mest tað omanfyrinevnda.
Heilivágur eigur eisini at vera í fokus – spurningurin er mest, um tað ikki er mest organisatoriskt tað skal vera fokus á.
Meginreglur hvussu man skrásetur. Fællesindholdet í DK. Finst ikki í Føroyum, tvs. starvsfólk avgera her sjálvi hvussu tey skráseta. Er møguligt at vit (THS) leggja okkum upp at tí danska? Tað er eingin trupulleiki fyri PGH, tað sum er vigtugt, er at tað kann samanberast.
Gott um THS kann alierað seg við JEK og Jesper, soleiðis at tað sum kann gerast við rapporteringar kann flættast inn í 2. Rundu. Rapportinar skulu verða sjónligar hjá brúkararnum. Umráðandi at brúkarin fær atgongd til tær. Td. Fyrisitingarligt amboð. Brúkarin sjálvur fær møguleikan at involvera seg bæði viðv. planlegging av viku og annað.
Høst-projektið – hvussu forløb kunnu skrásetast, akrediterað eftir Den danske kvalitetsmodel. Hugsað um, hvussu THS skal innganga.
Tað pimera við 2.rundu
At tryggja eina rætta nýtslu av skipanini. THS loysur/tillagar uppsetingina í skipanini har tað er gjørligt. At fáa brúkararnar at brúka skipanina rætt. Tað kann aftur føra víðari til trygd og annað.
Hvussu viðvirkar tú (PGH) sjálvur í 2 rundu?
Eg vil gjarna viðvirka í stýrisbólkinum.
Gera ætlan fyri tað.
Binda leiðsluna uppá at tað skal raðfestast.
Rapportering – Við til at fastleggja míni ynskir á økinum.
Heysta nakrar fruktir av hesum.
Hvønn myndugleika hevur Kliniska fakliga ráði?
Um tað er kliniskur trupulleiki/avbjóðing, skal KFR taka sær av tí.
Er trupulleikin meira organisatoriskur, verður tað tikið upp í stýrisbólkinum.
Hvat er funktiónin hjá KFR er tað at gera tilmælið til stýrisbólkin? Ella er tað KFR, sum skal taka kliniskar avgerðir. Hvønn skulu tey gera tilmælið til?
Ella skal tað leggjast saman og eita eitt THS-ráð? Og ikki stýrisbólkur og KFR? Hetta skal diskuterast meira .....
Hvussu sær tú hinar interessentarnar í samband við 2. Rundu?
Sær tú nakrar vágar?
Í mun til KS, er tað umráðandi at fáa tey økir við, sum ikki eru blivin verksett.
Kann ikki góðtakast at heilivágurin á skurðdeildini ikki er við í skipanini. Tað skal inn, soleiðis at dygdin í data er í lagið.
Medisinmodulið má eisini vera trygt.
Den danske kvalitetsmodel og LEAN, er tað nakað sum er kent yvir øll sjúkrahús? Ja í KS, neyvan SS.
Økonomiskar avbjóðingar.
At øll luttaka í 2. Rundu, um deplarnir seta ressursir av til 2. Rundu.
HMR bjóðar THS fram og tað koma ikki fleiri pengar á borði, tað skal vera innan fyri verandi skipan. Skal leggjast til rættis saman við organisatiónini.
Menning av THS.
JGH krevur at vit gera interssentanalysu og hvørji krøv tað skal til v.m
Gott at tit fara so systematiskt til verka.

18.5 Bilag 5 - Resumé af interviewene

Findes i vedlagte CD

18.6 Bilag 6 – Tidsplan for implementering



Oversat til dansk:

Tidsplan

Underskrift af kontrakt November 2004

Januar 2005 projektopstart

3.kvartal 2005 pilotprojekt implementeret.

> Pilotprojekt: Udvalgte afsnit på Landssygehuset og 2 praktiserende læger i Torshavn som ikke har nogen tidligere epj-journal

2.kvartal 2006 implementering af resterende afsnit og ambulatorier på Landssygehuset

4.kvartal de resterende praktiserende læger implementeres

18.7 Bilag 7 – Mail correspondance med Nærverkið +anmodning om tilladelse til interview

Hey Gunnvá

Eg havi tosað við Cecilia Vestereið, tí tað er hennara øki og havi sagt henni frá, at eg og Petra J. Joensen hava onki ímóti at interview verður gjørt.

Tú kanst seta teg í samband við Ceciliu.

Vinarliga
Gunnleyg

Gunnleyg Durhuus
leiðari fyri eldraøkið

Nærverkið
Postsmoga 3037
110 Tórshavn
Tlf.:+298360000
Beinl.tlf.:+298360030
Fartlf.:+298761200
Fax:+298360001
www.naerverk.fo

NÆRVERKIÐ

Fra: Maigun Solmunde Othamar
Sendt: 9. mars 2012 14:28
Til: 'Gunnvá Guttesen'
Cc: Gunnleyg Durhuus
Emne: SV: Umsøkn um loyvið til interview

Hey Gunnvá,

Skili væl at tit vilja fáa hetta avklárað sum skjótast.

Stjórin er at hitta aftur fyrr enn komandi mikudag, men eg havi sent tín fyrispurning til leiðaran í Heimatænastuni, Gunnleyg Durhuus

Tú frættir aftur frá okkum innan leingi.

Gott vikuskifti

vinarliga / Best regards

Maigun S. Othamar

Fyrisitingarleiðari

Meginskrivstovan

Tlf.: +298 360011

NÆRVERKIÐ

Fra: Gunnvá Guttesen [mailto:gunnva.guttesen@hmr.fo]
Sendt: 9. mars 2012 14:15
Til: Maigun Solmunde Othamar
Cc: Hervør Eyðinsdóttir
Emne: Umsøkn um loyvið til interview

Hey Maigun

Eftir telefonsamrøðu við Marin í Nærverkinum í dag, eri eg biðin um at senda mína umbøn víðari til tín.

Undirritaða er Master-lesandi og skal skriva endaligt projekt saman við Hervør Eyðinsdóttir.

Fyri góðari viku síðan sendu vit eina umsókn til Petru Joensen, um vit kundu fáa loyvið at interviewa nøkur starvsfólk í heimatænastuni, sum hava við móttøku av brúkarum, sum hava verið innlagdir á sjúkrahúsi.

Vit hava tíverri einki hoyrt aftur, hóast vit hava rykt við telduposti og telefon.

Er nakar møguleiki fyri at eg kann tosa við teg ella Petru mánadagin hesum viðvíkjandi?

Tað er átroðkandi hjá okkum at koma í gongd við at interviewa. Projektið skal latast inn 03 mei 2012.

Mítt telefonnummar er 73 40 87

Vinaliga

Gunnvá Guttesen

THS-ráðgevi

Anmodning om tilladelse til interviews med personale i Øki 1, hjemmeplejen

Vi er to master studerende i Informationsteknologi med speciale i Sundhedsinformatik på Aalborg Universitet, og er i gang med at skrive Masterprojekt.

Hervør Eyðinsdóttir – EPJ-konsulent på Færeørne med fysioterapeut som klinisk baggrund.
Gunnvá Guttesen – EPJ-konsulent på Færeørne med sygeplejerske som klinisk baggrund.

Vi vil med hjælp fra jeres personale finde ud af, hvorfor overleveringen af oplysninger mellem primær og sekundær sektor er så problematisk/udfordrende? Vi vil her tage udgangspunkt i udskrivelse af apopleksipatienter, og den foreløbige problemformulering er:

> Hvordan kan et IT-system understøtte det gode patientforløb i forbindelse med udskrivelse til primær sektor?

Vi er interesseret i at lære af jeres erfaringer omkring overlevering af oplysninger, med den IT-støtte i anvender.

Vi kan tilbyde jer vores endelige Masterprojekt – som evt. kan munde ud i at jeres arbejdsgang omkring udskrivelse til primærsektor i forhold til Apopleksipatienter kan optimeres.

Vi ved fra vores forundersøgelse på sygehus og i primær sektor, at data bliver skrevet ind i e-sundhedssystemet Cosmic inde på sygehuset, som sidenhen bliver sendt pr.brev, fax eller patienten får det i hånden og at primær sektor sidenhen udfylder sin egen skabelon. Det viser sig at der ikke er stringens over for hvordan skabelonen er udfyldt og hvordan den modtages ude i primær sektor. Derfor er det af vores store interesse at undersøge hvordan udbyttet kan optimeres.

Vi vil lave semistrukturerede interviews med afdelingsledere samt udvalgte fra plejepersonalet. Interviewene vil blive optaget og transkriberet.

Kontakt
Vi forestiller os at vi får lavet en aftale med en visitator og to sygeplejersker i "Øki 1"[3], efterfølgende dialog omkring aftaler vil ske via mail eller telefon. Tidspunkterne bestemmer informanterne, således at det passer ind deres arbejdsdag.

Et interview forventes at tage ca. 1 time. Tidspunkt på dagen/ugen vælges i samarbejde med personalet på afsnittet.

Vi respekterer deres travle hverdag og derfor vil vi gerne tilpasse os ind i deres arbejdsdag og planlægge tidspunkterne sammen med de udvalgte.

I og med det handler om dataudveksling er personalet anonymiseret i projektet.

Vores forslag er, at vi tager telefonisk kontakt med jer for at høre om I vil være behjælpelige. Hvis I har brug for yderligere oplysninger er I velkommen at skrive eller ringe til os.

Vores kontaktoplysninger er:

Hervør Eyðinsdóttir
Lynggøta 14
100 – Tórshavn
Færøerne
Tlf. +298 73 40 89
Mail: hervor.eydinsdottir@hmr.fo

Gunnvá Guttesen
Egholmstrød 5
100 – Tórshavn
Færøerne
Tlf. +298 73 40 87
Mail: gunnva.guttesen@hmr.fo

[3] Område Torshavn

18.8 Bilag 8 – Mail correspondance med afdelingsledelse + skriv til informanter

Ja, tað er í lagi

Vh Jóna

Sendt fra min iPhone
Den 20/01/2012 kl. 14.54 skrev "Gunnvá Guttesen" <gunnva.guttesen@hmr.fo>:

Super ☺

Kunnu vit avtala at vit koma oman á B7 kl 11 mánadagin?

Vh

Gunnvá

Hey tit báðar

Tit skulu vera vælkomnar. Eg havi tíð í dag tá tað passar tykkum. Ella mánadagin.

Kh

Jóna

Hey Jóna

Í samband við lesnað á Aalborg Universitet (Master of information technologi med speciale i sundhedsinformatik) eru vit í gongd við at skriva eina Master-avhandling. Evnið vit skriva um er "Patienforløb med IT-understøttelse". Vit taka í projektinum útgangsstøði í Apopleksi-sjúklingagondini. Okkara fokus er gloppið millum sjúkrahús og primersektor í samband við útskriving.

Fyri at síggja hvørjar avbjóðingar eru í hesum hava vit tørv á at vita hvussu støðan er í samband við útskrivan í dag.

Hevði tú vilja sett ½ tíma av til eina stutta samrøðu, har vit stilla tær nakrar spurningar?

Vit kunnu koma forbí hjá tær, um tú ikki kann seta tíð av so eru vit eisini sinnaðar til at taka eina telefonsamrøðu.

Av tí at vit eru í tíðarneyð, ynskja vit at hetta verður skjótast gjørligt.

Vinaliga

Hervør Eyðinsdóttir og Gunnvá Guttesen

THS-Ráðgevar

Vit hava gjørt eina interview-guide, men hava valt ikki at útflýggja tær hana, tí vandi er fyri at hon verður ov stýrandi í interviewinum.

Vit velja heldur at senda tær teir yvirornaðu spurningarnir, sum vit ynskja at fáa svar uppá í dag.

Problemformulering:

> ***Hvordan kan et IT-system understøtte det gode patientforløb i forbindelse med udskrivelse til primær sektor?***

Út frá hesari problemformulering seta vit niðanfyristandandi spurningar:

- *Opfylder de oplysninger som sendes fra sygeheust Nærverkiðs behov?*
- *Hvordan vælges de oplysninger ud, fra det elektroniske sundhedssystem, der skal sendes til hjemmeplejen og hvilke oplysninger drejer det sig om?*
- *Hvordan er arbejdsgangene omkring denne handling?*
- *Hvordan dokumneters der tværfagligt eller bliver der dokumentereet tværfagligt eller monofagligt?*

Vinaliga Hervør og Gunnvá

Oversat til dansk:

Vi har en interview-guide som vi følger, men har valgt ikke at sende den til dig, da der er en risiko for at den bliver for styrende i interviewet.

Vi vælger derfor kun at sende dig den overordede spørgsmål, som vi ønsker at få belyst.

Problemformulering:

> ***Hvordan kan et IT-system understøtte det gode patientforløb i forbindelse med udskrivelse til primær sektor?***

Ud fra problemformuleringen stiller vi nedenforstående spørgsmål:

- *Opfylder de oplysninger som sendes fra sygeheust Nærverkiðs behov?*
- *Hvordan vælges de oplysninger ud, fra det elektroniske sundhedssystem, der skal sendes til hjemmeplejen og hvilke oplysninger drejer det sig om?*
- *Hvordan er arbejdsgangene omkring denne handling?*
- *Hvordan dokumneters der tværfagligt eller bliver der dokumentereet tværfagligt eller monofagligt?*

Venlig hilsen

Hervør og Gunnvá

18.9 Bilag 9 - LS strategi

Strategisk mál ->2014

1. Dygdin í sjúklinga-gongdini skal optimerast og tryggjast

Trygd og dygd skal vera í allari viðgerð, tað er bæði fakliga, fyrisitingarliga og upplivda trygdin og dygdin hjá sjúklinginum. Endamálið er, at sjúklingurin er í miðdeplinum og kennir seg tryggan. Tvørsektorsamstarvið og umskiftið skal áhaldandi betrast við atliti til trygd og dygd.

Landssjúkrahúsið

Strategisk mál ->2014

2. Starvsfólkini skulu vera væl útbúgvin og trívast

Menning skal tryggja høgt førleika- og útbúgvingarstøði hjá starvsfólkunum. Góður trivnaður skapar grundarlag fyri nøgdsemi.
Útbúgvingarstøðið skal verða tryggjað við skipaðari og miðvísari eftirútbúgving og førleikamenning fyri allar starvsfólkabólkar.
Nøgdsemi skal m.a. tryggjast við, at førleikarnir hjá starvsfólkunum verða virdir og gagnnýttir, arbeiðast skal bæði við at bøta um fysisku karmarnar og sálarliga arbeiðsumhvørvið. Starvsfólk eru við, tá nýhugsan og broytingartilgongdir verða gjørdar. Landssjúkrahúsið eggjar og stuðlar starvsfólkum at fara undir gransking. Samstarvið við útbúgvingarstovnar innanlands og uttanlands verður ment.

Landssjúkrahúsið

Strategisk mál ->2014

3. Samskifti skal vera eitt virkið amboð

Tilvitað og professionelt samskifti skal tryggja høgt kunningarstøði. Samskiftið við sjúkling og tey, ið varða av, er týðandi partur í eini sjúklingagongd. Gott samskifti skal stuðla undir gott samstarv innanhýsis á stovninum og millum Landssjúkrahúsið og aðrar samstarvsstovnar. Samskiftið virkar fyri góðum umdømi hjá Landssjúkrahúsinum í samfelagnum sum heild. Sjúklingar, avvarðandi, almenningurin, fjølmiðlar og politikkarar fáa gagn av høgum kunningarstøði. Fokus verður sett á at miðla vitan gjøgnum undirvísing, skrivligt tilfar/faldarar og elektroniskar miðlar.

Landssjúkrahúsið

Strategisk mál ->2014

4. KT skal stuðla øllum arbeiði

KT er neyðugt grundarlag og amboð í heilsufakliga og umsitingarliga arbeiðnum á Landssjúkrahúsinum. Allar viðkomandi dátur skulu verða skrásettar – líka frá fíggjarligum upplýsingum og hagtølum, til kanningarúrslit og upplýsingar um viðgerðir. Somuleiðis skulu allar mannagongdir gerast teldutøkar í eini felags skjalaskipan fyri alt sjúkrahúsið. Landssjúkrahúsið miðar ímóti at verða talgilt/pappírleyst innan øll virkisøki. KT skal tryggja opinleika og høgt kunningarstig. Sjúklingar, avvarðandi og samfelagið skulu fáa nøktandi innlit í virksemið hjá Landssjúkrahúsinum, samstundis sum persóns- og trúnaðar upplýsingar verða vardir.

Landssjúkrahúsið

Strategisk mál ->2014

5. Alt tilfeingið skal brúkast munagott

Við tilfeingi, verður hugsað um alt tilfeingið, ið stovnurin hevur frá fíggjarligu játtanini, bygningum, tólum til starvsfólk. Virksemið á Landssjúkrahúsinum skal verða skipað og umsitið soleiðis, at alt tilfeingið verður gagnnýtt á besta hátt við m.a. støði í hugsunarháttar innan framleidni og virkisføri. Vitanin á Landssjúkrahúsinum skal verða tryggjað, og skipanir og mannagongdir skulu áhaldandi mennast og dagførast.

Landssjúkrahúsið

Strategisk mál ->2014

Høvuðsuppgávan, framtíðarmynd og og fokusøki 2012/13

Okkara høvuðsuppgáva – misjón:

Landssjúkrahúsið veitir góða heilsutænastu á høgum fakligum støði. Vit menna og útbúgva okkara starvsfólk og fremja gransking.

Okkara framtíðarmynd – visjón:

Sjúklingurin er í miðdeplinum

Starvsfólkini eru errin av at arbeiða her

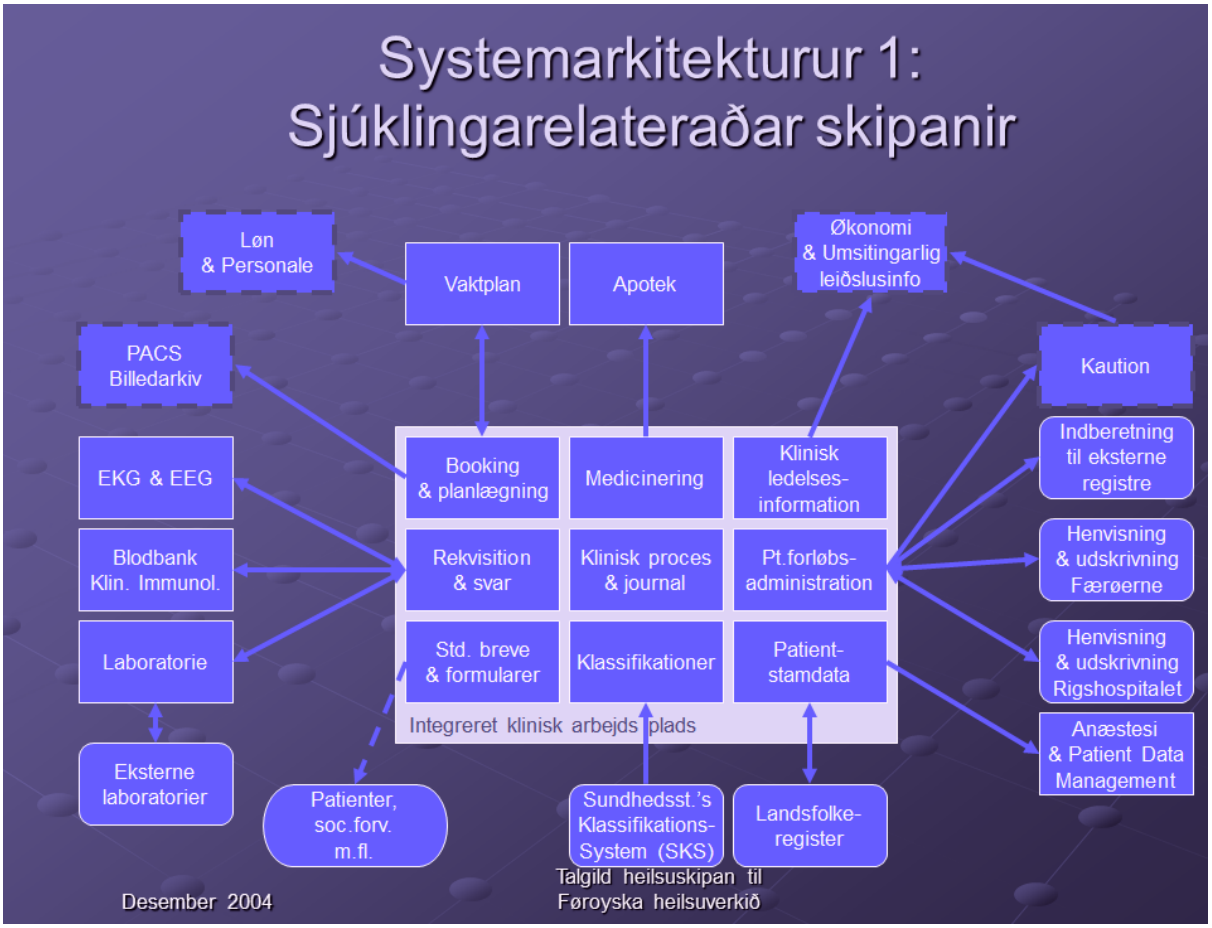
Samfelagið fær ágóðan av okkara virksemi

Fokusøkið 2012/13

Trygd & dygd í sjúklingagongdum og tænastum.

Landssjúkrahúsið

18.10 Bilag 10 - Cosmic modul + integrationer



18.11 Bilag 11 - Journal-audit udarbejdelsen

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	S
Patient r	skrivelses samtale ja/nej	eplejerapport ja/nej	vedd iagnose ja/nej	iagnose ja/nej	st ja/nej	ndladning ja/nej	øring ja/nej	edicin ja/nej	dprøver ja/nej	nprøver ja/nej	eplejerapport ja/nej	VE ja/nej	rørende ja/nej	jkr til
45	ja	ja	nej	nej	ja	ja	ja				ja	nej	ja	røktarheim
46	ja	ja	nej	nej	ja	ja	ja				ja	ja	ja	heimarøkt
48	ja	ja	ja		ja	ja	ja				ja	nej	ja	røktarheim
50	nej	nej												varda íbúð
59	nej	ja	ja		ja	ja	ja				ja	ja	ja	røktarheim
64	ja	ja	nej	nej	ja	ja	ja				ja	nej	ja	heimarøkt
66	ja	nej												heimarøkt
67	ja	ja	ja		ja	ja	ja				ja	nej	ja	heimarøkt
76	ja	ja	ja		ja	nej	nej				ja	ja	ja	røktarheim
98	ja	nej												røktarheim
99	nei	ja	ja		ja	ja	ja			ja	ja	nej	ja	heimarøkt
101	ja	nej												heimarøkt
102	ja	ja	ja		ja	ja	ja				ja	nej	ja	røktarheim
105	ja	ja	ja		ja	ja	ja				ja	ja	ja	heimarøkt
110	ja	nej												heimarøkt
115	ja	nej												heimarøkt
127	ja	ja	nej		ja	ja	ja				ja	nej	ja	røktarheim
130	ja	nej												heimarøkt
131	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja				ja	nej	ja	heimarøkt
134	nej	ja	ja		ja	ja	ja				ja	ja	ja	heimarøkt
135	nej	ja	ja		ja	nej	nej				ja	nej	ja	heimarøkt
136	ja	ja									ja		ja	røktarheim
139	nej	nej												heimarøkt
143	ja	nei												røktarheim
146	ja	ja	nej		ja	nej	nej				ja	nej	ja	røktarheim
147	ja	ja	nej		ja	ja	ja				ja		ja	heimarøkt

18.12 Bilag 12 – Tilladelse til interview og journalaudit på sygehuset

LANDSSJÚKRAHÚSIÐ
FYRISITINGIN

Avtala millum Landssjúkrahúsið og Hervør Eyðinsdóttir um samstarv í sambandi við høvuðsuppgávu í sundhedsinformatik á Aalborg Universitet

§ 1. Hervør Eyðinsdóttir (HE) THS-ráðgevi í THS-kjarnanum í HMR og fysioterapeaut, er í fer við at taka útbúgving sum Master í sundhedsinformatik á Aalborg Universitet. HE hevur sum høvuðsuppgávu við heitinum: " Hvordan kan et IT-system understøtte det gode patientforløb i forbindelse med udskrivelse til primær sektor?".

§ 3. HE hevur á Universitetinum ein uppgávuvegleiðara. Praktiski parturin á LS er at gera observatión og interview sambært verkætlanarlýsingini.

§ 4. Sbrt. verkætlanarlýsingini verða observatiónir og interview gjørd anonym beinleiðis í sambandi við hendingarnar og tí er ikki talan um viðgerð av viðkvæmum persónsupplýsingum. Um hetta ikki er møguligt skal verkætlanin fráboðast til Dátueftirlitið. Undir øllum umstøðum skal HE tryggja at persónar í verkætlanini við atlitið til persónsverju ikki kunnu eyðmerkjast.
Stk. 2. Eru ivamál skal KT-deildin/KT-trygdarleiðarin spyrjast til ráðs.

§ 5. Í sambandi við at uppgávan er liðug kann LS biðja um at HE heldur ein fyrilestur á LS um úrslitið av verkætlanini.

§ 6. Hvørgin parturin rindar samsýning til hvønn annan í sambandi við verkætlanina og uppgávurnar sum verða loystar.

§ 7. Víst verður til ásetingar í alment galdandi reglurnar fyri tagnarskyldu innan tað almenna og í sjúkrahúsverkinum.

§ 8. Verkætlanin byrjar 1. marts 2012 og tekur umleið 4 mánaðir.
Stk. 2. Ásetingarnar viðv. tagnarskyldu eru eisini galdandi eftir at verkætlanin er endað ella er vorðin fullført.

§ 9. Undirskriving
Avtalan verður undirskrivað í einum eintaki, ið Landssjúkrahúsið fær, meðan HE fær avrit av tí.

Dato: 9.3.12

Hervør Eyðinsdóttir
Verkætlanarpersónur

Dato:

Hanus Midjord
KT-trygdarsamskipari

LANDSSJÚKRAHÚSIÐ • J. C. SVABOSGØTA • FO-100 TÓRSHAVN
Telefon 30 45 00 • Telefax 31 42 53 • T-post: lsh@lsh.fo www.lsh.fo

LANDSSJÚKRAHÚSIÐ
FYRISITINGIN

Avtala millum Landssjúkrahúsið og Gunnvá Guttesen um samstarv í sambandi við høvuðsuppgávu í sundhedsinformatik á Aalborg Universitet

§ 1. Gunnvá Guttesen (GG) THS-ráðgevi í THS-kjarnanum í HMR og sjúkrarøktarfrøðingur, er í fer við at taka útbúgving sum Master í sundhedsinformatik á Aalborg Universitet. GG hevur sum høvuðsuppgávu við heitinum: " Hvordan kan et IT-system understøtte det gode patientforløb i forbindelse med udskrivelse til primær sektor?".

§ 3. GG hevur á Universitetinum ein uppgávuvegleiðara. Praktiski parturin á LS er at gera observatión og interview sambært verkætlanarlýsingini.

§ 4. Sbrt. verkætlanarlýsingini verða observatiónir og interview gjørd anonym beinleiðis í sambandi við hendingarnar og tí er ikki talan um viðgerð av viðkvæmum persónsupplýsingum. Um hetta ikki er møguligt skal verkætlanin fráboðast til Dátueftirlitið. Undir øllum umstøðum skal GG tryggja at persónar í verkætlanini við atlitið til persónsverju ikki kunnu eyðmerkjast.
Stk. 2. Eru ivamál skal KT-deildin/KT-trygdarleiðarin spyrjast til ráðs.

§ 5. Í sambandi við at uppgávan er liðug kann LS biðja um at GG heldur ein fyrilestur á LS um úrslitið av verkætlanini.

§ 6. Hvørgin parturin rindar samsýning til hvønn annan í sambandi við verkætlanina og uppgávurnar sum verða loystar.

§ 7. Víst verður til ásetingar í alment galdandi reglurnar fyri tagnarskyldu innan tað almenna og í sjúkrahúsverkinum.

§ 8. Verkætlanin byrjar 4. marts 2012 og tekur umleið 4 mánaðir.
Stk. 2. Ásetingarnar viðv. tagnarskyldu eru eisini galdandi eftir at verkætlanin er endað ella er vorðin fullførd.

§ 9. Undirskriving
Avtalan verður undirskrivað í einum eintaki, ið Landssjúkrahúsið fær, meðan GG fær avrit av tí.

Dato: 9/3-12

Gunnvá Guttesen
Verkætlanarpersónur

Dato:

Hanus Midjord
KT-trygdarsamskipari

LANDSSJÚKRAHÚSIÐ • J. C. SVABOSGØTA • FO-100 TÓRSHAVN
Telefon 30 45 00 • Telefax 31 42 53 • T-post: lsh@lsh.fo www.lsh.fo