

Sygeplejefaglig dokumentation i EOJ

**- understøtter journalen gældende
lovkrav og lever
hjemmesygeplejerskerne op til kravene?**

Master of Information Technology med specialisering i Sundhedsinformatik
Efter- og Videreuddannelse, Aalborg Universitet

3.årgang 2012

Brita Mogensen

Vejleder: Gunilla Svensmark

Indholdsfortegnelse

1. Forord	4
2. Resume	5
3. Begrebsafklaring	7
4. Indledning	8
5. Sygeplejefaglig dokumentation	11
5.1 Dokumentation i historisk perspektiv	11
5.2 Dokumentation i nutidigt perspektiv	13
5.3 Dokumentation i fremtidigt perspektiv	16
6. Problemfelt	18
6.1 Litteratur	20
6.1.1 Dansk undersøgelse	20
6.1.2 Cochrane review	21
6.1.3 Workarounds	21
6.2 Lovgivningen	23
6.3 Patientombuddet	25
6.4 Embedslæge	27
6.5 Kommunernes Landsforening	28
6.6 Sygeplejefaglig dokumentation og SKS	28
6.7 Samarbejdspartnere – interne og eksterne	31
6.8 Ledelsen	33
7. Problemafgrænsning	33
8. Problemformulering	36
9. Metodebeskrivelse	36
9.1 Teorigrundlag	39
10. Teoretiske perspektiv	40
10.1 Socioteknisk teori	40
10.1.1 SCOT – Social Construction of Technology	41
10.1.2 Observation	47
10.1.3 Interview	49
10.1.4 Audit / journalgennemgang	52
11. Præsentation af resultater fra metodologien	54

11.1 Observation	54
11.1.1 Præsentation af observation	55
11.1.2 Sammenfatning	59
11.2 Fokusgruppeinterview	60
11.2.1 Præsentation af systematisk tekstkondensering	62
11.2.2 Præsentation af fokusgruppeinterview	66
11.2.3 Sammenfatning	74
11.3 Audit /journalgennemgang	75
11.3.1 Præsentation af audit / journalgennemgang	77
11.3.2 Sammenfatning	82
12. Analyse.....	83
13. Diskussion.....	88
14. Konklusion	93
15. Refleksion over teori og metode.....	96
16. Perspektivering	97
17. English Summary	100
18. Reference	101
19. Bilagsfortegnelse	105

1. Forord

Dette projekt handler om hjemmesygeplejerskernes sygeplejefaglige dokumentation i den elektroniske omsorgsjournal (EOJ) i forhold til såvel gældende lovkrav som hjemmesygeplejerskernes dokumentationspraksis generelt.

Det indebar, at jeg tilbragte nogle dage med to hjemmesygeplejersker for at observere, gøre notater samt interviewe dem. Jeg har endvidere brugt dage på at gennemgå flere borgerjournaler med fokus på den sygeplejefaglige dokumentation under hele sygeplejeforløbet.

Jeg skylder lederen af hjemmeplejen i kommunen tilblivelsen af dette projekt, fordi hun gav mig tilladelse til at følge og interviewe et par hjemmesygeplejersker samt bruge deres tid. Jeg har endvidere lånt lokale og faciliteter hos hjemmeplejen, hvilket jeg hermed vil sige tak for.

Jeg vil endvidere rette en stor tak til de to hjemmesygeplejersker, som gav sig tid til at have mig med og fortælle om deres syn på og brug af EOJ. Uden deres hjælp og velvilje var dette projekt ikke blevet til.

Jeg står også i gæld til min datter Stine, som midt i egen eksamenstravlhed tog sig tid til at læse korrektur og give konstruktiv sproglig kritik på projektet.

Der skal også lyde en stor tak til min nuværende arbejdsgiver, som har givet mig tid og rum til at færdiggøre dette projekt.

Afslutningsvis en stor tak til min vejleder, Gunilla Svensmark, som har været til uvurderlig inspiration og hjælp. Hun har kontant og knivskarpt ramt problemets kerne konstruktivt og dermed hjulpet mig gennem processen.

Brita Mogensen

2. Resume

Projektet tager udgangspunkt i min undren over, hvorfor sygeplejersker i stigende grad modtager kritik / skærpet kritik fra Patientombuddet vedrørende den sygeplejefaglige dokumentation. Formålet er at undersøge, om den elektroniske omsorgsjournal (EOJ) understøtter lovkrav samt faglige og administrative krav.

Metode

Som undersøgelsesdesign har jeg benyttet metodetriangulering i form af deltagerobservation, interviews samt audit / journalgennemgang af udvalgte journaler. Efterfølgende har jeg analyseret data inden for en socio-teknisk ramme – SCOT – da jeg fandt denne metode relevant i forhold til projektet.

Resultater

Mine undersøgelser viser, at EOJ understøtter de lovgivningsmæssige og administrative krav – men ikke sygeplejerskernes. Når der skal dokumenteres i EOJ, tænker hjemmesygeplejerskerne ikke på lovgivningen. Deres behov er at sikre kontinuitet i borgerens sygepleje og at sikre, at kollegerne, der kommer efter dem, kan se, hvad der er sket og skal gøres fremadrettet. Herudover finder hjemmesygeplejerskerne, at EOJ er uoverskuelig, da den indeholder mange ark og de har svært ved at gennemskue, hvor de skal "aflevere" deres sygeplejefaglige pleje, behandling og observationer.

Hjemmesygeplejerskerne har "mobile medier" til deres rådighed, men mine undersøgelser viser, at hjemmesygeplejerskerne benytter sig af flere former for workarounds i forbindelse med den sygeplejefaglige dokumentation.

Konklusion

EOJ lever op til de lovgivningsmæssige og administrative krav, men det kniber med de sygeplejefaglige krav. Hjemmesygeplejerskerne oplever dilemmaer i forbindelse med den sygeplejefaglige dokumentation – EOJ indeholder så mange ark – så de har svært ved at vurdere, hvor de skal dokumentere, således at kolleger kan følge op. Mine undersøgelser viser endvidere, at hjemmesygeplejerskerne dagligt benytter sig af workarounds i

form af forskellige typer papirnotater, da de ikke her og nu kan komme af med deres "opmærksomhedspunkter".

3. Begrebsafklaring

Herunder redegørelse for forkortelser i projektet nævnt i den rækkefølge, som de fremgår af projektet.

EOJ – elektronisk omsorgsjournal

KL – Kommunernes Landsforening

PDA - Personal Digital Assistent

DS – Danmarks Statistik

DSR – Dansk Sygepleje Råd

EPM – elektronisk patient medicineringsmodul

PEM - patientens elektroniske medicineringsmodul

SSA - Social- og sundhedsassistenter

SSH - Social- og sundhedshjælpere

SKS – Sundhedsvæsenets Klassifikations System

SCOT – Social Construction of Technology

STS – Science-Technology-Society studies

SSK - Sociology of Scientific Knowledge

EPOR - Empirical Program Of Relativism

KOL – kronisk obstruktiv lungelidelse

UTH – utilsigtet hændelse

ANT – Aktør-Netværks Teori

Frem til problemafgrænsningen har jeg efter de enkelte afsnit udarbejdet en opsummering af afsnittet i en "dialogboks". Dette for dels at skabe overblik men også med henblik på at nå frem til en problemformulering.

4. Indledning

Der stilles i dag mange krav til den sygeplejefaglige dokumentation i hjemmeplejen og disse krav kommer fra flere forskellige sider. Kravene hidrører såvel lovgivning som vejledninger – men der er også krav og ønsker fra interne og eksterne samarbejdspartnere – og al dette skal hjemmesygeplejerskerne have "i mente", når de dokumenterer vedrørende pleje, observation og behandling af borgerne. Herudover forsøger hjemmesygeplejerskerne at få den sygeplejefaglige dokumentationen til at passe med de oplysninger, som de har brug for i deres dagligdag under hensyntagen til mulighederne i EOJ.

Gennem årtier har hjemmesygeplejersker beskrevet deres handlinger i forbindelse med udførelse af pleje og behandling af hjemmeboende borgere og frem til starten af dette århundrede foregik denne dokumentation dels i samarbejdsbogen hos borgeren samt i papirjournalen på kontoret. I forbindelse med indførslen af EOJ – omkring år 2000 – blev denne dokumentationspraksis ændret drastisk, hvilket skabte nye udfordringer for hjemmesygeplejerskerne.

Jeg har selv fulgt de seneste ti års udvikling vedrørende såvel de sygeplejefaglige dokumentationskrav – gennem mit arbejde som henholdsvis hjemmesygeplejerske og visitator – samt indførslen af EOJ i kommunerne. Såvel min praksiserfaring som hjemmesygeplejerske, som min viden og erfaring som visitator gør, at jeg finder det interessant at se nærmere på, hvordan hjemmesygeplejerskerne i dag honorerer de krav, der i dag stilles til dem vedrørende den sygeplejefaglige dokumentation.

Indførslen af EOJ medførte, at al sygeplejefaglig dokumentation blev flyttet over i dette medie og hjemmesygeplejerskerne skulle nu til at forholde sig til såvel de sociale som de tekniske muligheder i EOJ. Hvor skulle den sygeplejefaglige pleje, observation og handling eksempelvis dokumenteres i EOJ og hvordan kunne kolleger vide, hvilke borgere der var dokumenteret på? Skulle den sygeplejefaglige dokumentation blot ske i et notat – hvilket var eneste mulighed i starten – eller skulle hjemmeplejen "arbejde på"

at få deres eget ark til denne dokumentation, således at interne samarbejdspartnere vidste, hvor de skulle "søge de sygeplejefaglige oplysninger"? Skulle hjemmesygeplejerskerne sende avis - "internt mail-system i EOJ" - til egen gruppe, når de havde dokumenteret på en borger eller var det nok, at tage "en snak hen over bordet"?

Da Sundhedsstyrelsen i 2005 udarbejdede "Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser" skulle hjemmesygeplejerskerne sikre, at deres sygeplejefaglige dokumentation levede op til disse krav, men hvordan skulle der sikres kontinuitet, sikkerhed og kvalitet i det dokumenterede, når der var så mange journalark at vælge imellem? Ville en samarbejdspartner hurtigt kunne få et overblik over en borgers tilstand, eller krævede det læsning i mange journalark og i givet fald hvilke? Skulle der dokumenteres dagligt i EOJ eller var det nok at dokumentere i forbindelse med afvigelse, når hjemmesygeplejerskerne skulle leve op til gældende lovkrav? Hvor skulle hjemmesygeplejerskerne selv finde den faglige dokumentation, som de havde behov for i forbindelse med deres sygeplejefaglige handlinger?

Om hjemmesygeplejerskerne på nuværende tidspunkt overholder gældende lovkrav vedrørende den sygeplejefaglige dokumentation er svært at sige, da jeg ikke umiddelbart kan finde oplysninger herom. I min litteratursøgning har jeg fundet, at Patientombuddet (Patientklagenævnet, 2009) i 2009 udarbejdede 280 afgørelser vedrørende journalføring og at der blev givet kritik i 174 tilfælde. 64 af de antagne sager drejede sig om sygeplejersker, men det er dog ikke muligt at se, om kritikken omhandlede primær- eller sekundær sektor.

Persongrupper ¹	Oprettede sager		Antagne sager ²		Afviste sager	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Læger	3.879	90,9 %	3.059	91,9 %	861	85,8 %
Tandlæger	198	4,6 %	97	2,9 %	103	10,3 %
Sygeplejersker	61	1,4 %	64	1,9 %	7	0,7 %

Figur 1: Oversigt fra Patientombuddet (Patientklagenævnet, 2009)

	Ingen Kritik ¹	Kritik	Enkeltafgørelser
Journalføring	37,8 %	62,2 %	280
Informeret samtykke	84,8 %	15,2 %	226
Aktindsigt	71,0 %	29,0 %	62
Tavshedspligt	25,0 %	75,0 %	4
Lægeerklæringer	79,1 %	20,9 %	48

Figur 2: Oversigt fra Patientombuddet vedrørende enkeltafgørelser (Patientklagenævnet, 2009)

Seneste nye er, at Kommunernes Landsforening (KL) nu ønsker en "standardisering" af ydelser til hjemmesygeplejersker, således at der på landsplan kan fremskaffes statistisk materiale vedrørende den sygeplejefaglige dokumentation (KL, 2011a, s. 1). Denne standardisering gælder altså først og fremmest det administrative område, men ifølge Den Fælleskommunale Digitaliseringsstrategi, er der endvidere behov for et nyt værktøj, hvor det er muligt at dokumentere mål, opfølgning og effekt af den kommunale indsats med henblik på at sikre en effektiv prioritering og anvendelse af ressourcerne. Det er målet, at der inden 2015 er mulighed for i struktureret form at registrere diagnoser og symptomer i EOJ (KL, 2010a, s. 47).

Dengang den sygeplejefaglige dokumentation foregik i papirjournaler, havde hjemmesygeplejerskerne udarbejdet et system, således at det hurtigt var synligt at se, hvilke borgere der var dokumenteret på. Denne praksis er ikke umiddelbar mulig i EOJ, så hvad gør hjemmesygeplejerskerne i dag?

Da EOJ er kommet for at blive, finder jeg det sundhedsinformatisk interessant at se nærmere på hjemmesygeplejerskernes dokumentationspraksis i nuværende EOJ. Hvordan understøtter EOJ den sygeplejefaglige dokumentation, når der skal tages højde for såvel de lovgivningsmæssige, faglige som administrative krav. Foretager hjemmesygeplejerskerne workarounds i forbindelse med deres sygeplejefaglige dokumentation? Hvad finder hjemmesygeplejerskerne relevant at dokumentere, hvor dokumenterer de og hvordan anvender

hjemmesygeplejerskerne EOJ til den sygeplejefaglige dokumentation? Hvilke svagheder/ begrænsninger ser hjemmesygeplejerskerne i nuværende EOJ – i forhold til den sygeplejefaglige dokumentation – og hvad gør hjemmesygeplejerskerne så for at overvinde disse svagheder / begrænsninger? I praksis kan jeg se, at hjemmesygeplejerskerne sender mange interne advis eller opretter notat i EOJ, for herigennem at sikre, at kolleger er "up to date" med borgerne inden besøg. Dette medfører en del dobbeltdokumentation, hvilket ikke er hensigten med EOJ.

Jeg har begrænset mig til EOJ fra CSC, da det er det system, jeg kender og jeg har indsigt i systemets opbygning og muligheder. Der findes endvidere to andre EOJ-systemer, men jeg vurderer – på baggrund af sidste års projekt – at alle tre systemer grundlæggende har den samme struktur og at det derfor er muligt at konkludere ud fra blot et EOJ-system.

Udfordringerne / problematikken omkring den sygeplejefaglige dokumentation vil jeg belyse i et socio-teknisk perspektiv.

5. Sygeplejefaglig dokumentation

Som beskrevet herover har indførelsen af såvel de lovgivningsmæssige krav, den teknologiske udvikling samt indførelsen af EOJ medført ændringer af den sygeplejefaglige dokumentation for landets hjemmesygeplejersker. For at kunne forstå betydningen heraf, finder jeg det relevant at beskrive den sygeplejefaglige dokumentation i historisk, nutidigt og fremtidigt perspektiv.

5.1 Dokumentation i historisk perspektiv

I papirjournalens tid skrev de enkelte vagtlag af hjemmesygeplejersker med hver deres farve – dagvagt med blå, aftenvagt med grøn og nattevagt med rød – og det var således hurtigt synligt, hvem der senest havde dokumenteret om borgeren. Herudover skrev hjemmesygeplejerskerne endvidere deres signatur ud for det dokumenterede i papirjournalen.

Hjemmesygeplejersken dokumenterede sine handlinger i såvel samarbejdsbogen hos borgeren som i papirjournalen på kontoret og stillede muligvis spørgsmål, som den næste hjemmesygeplejerske skulle forholde

sig til. De enkelte vagtlags farver gav et hurtigt overblik over, hvornår på døgnet hændelsen havde fundet sted og alt blev således skrevet i kronologisk rækkefølge. Da alle notater var samlet et sted, var det hurtigt og nemt for hjemmesygeplejersken at skabe sig et samlet overblik over den enkelte borger og dennes tilstand. Papirjournaler på kontoret var opbevaret i en journalvogn og journaler med nye notater stod på højkant, således at næste vagtlag hurtigt kunne danne sig et overblik over, hvilke borgere der var ført dokumentation på.

Når hjemmesygeplejen benyttede sig af vikarsygeplejersker – der var ofte tale om timelønnede afløsere – blev disse instrueret i dokumentationspraksis, således at dokumentationen var "identisk" med de faste hjemmesygeplejerskers.

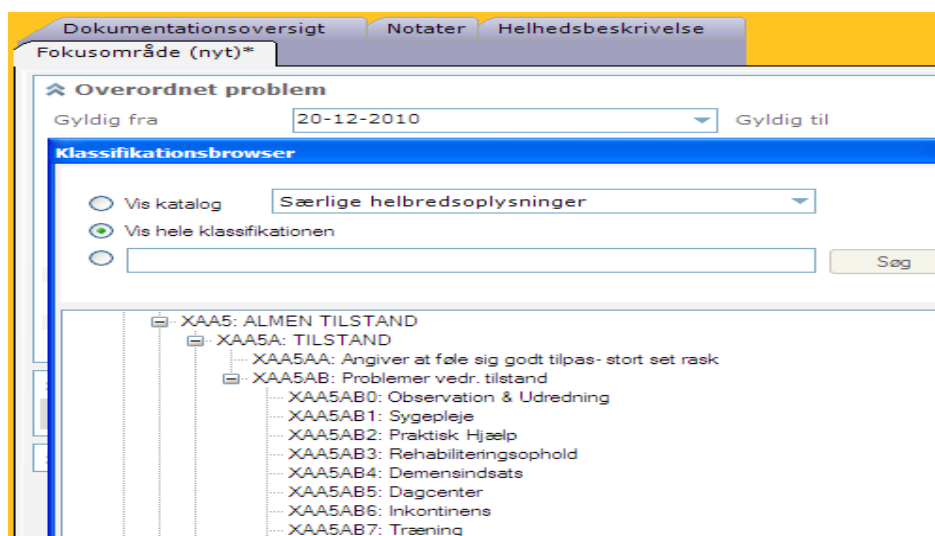
Den sygeplejefaglige dokumentation omhandlede ofte givning af medicin, dosering af medicin, sårpleje samt notater til praktiserende læge eller pårørende. Samarbejdsbogen lå fremme hos den enkelte borger og indeholdt – ud over den skriftlige dokumentation – oplysninger om borgerens persondata, en plejeplan (hvilken hjælp skulle hjemmehjælperen udføre og hvornår på døgnet) samt den aktuelle medicinliste. Arkene i samarbejdsbogen havde forskellig farve – hjemmesygeplejens var grønne, lægens var gule, hjemmehjælpens var hvide, de pårørendes var røde osv. og det var hermed let for alle at finde oplysninger i forbindelse med besøg hos borgeren.

Ifølge litteraturen (Berg, 2004, s. 55) gav dette håndskrevne system megen anden information end blot det skrevne. Håndskriften fortalte – ud over signaturen – hvem der havde skrevet det, og da hjemmesygeplejerskerne kendte hinanden godt, kunne de ud fra håndskriften vurdere betydningen af udsagnet. Herudover var det muligt for hjemmesygeplejersken, at skrive vigtige observationer og lignende med fede bogstaver / store typer samt at illustrere det observerede med en tegning. Brugen af forskelligfarvet papir til dokumentationen gav endvidere et hurtigt overblik for læseren, når denne ville søge inden for et specielt dokumentationsområde.

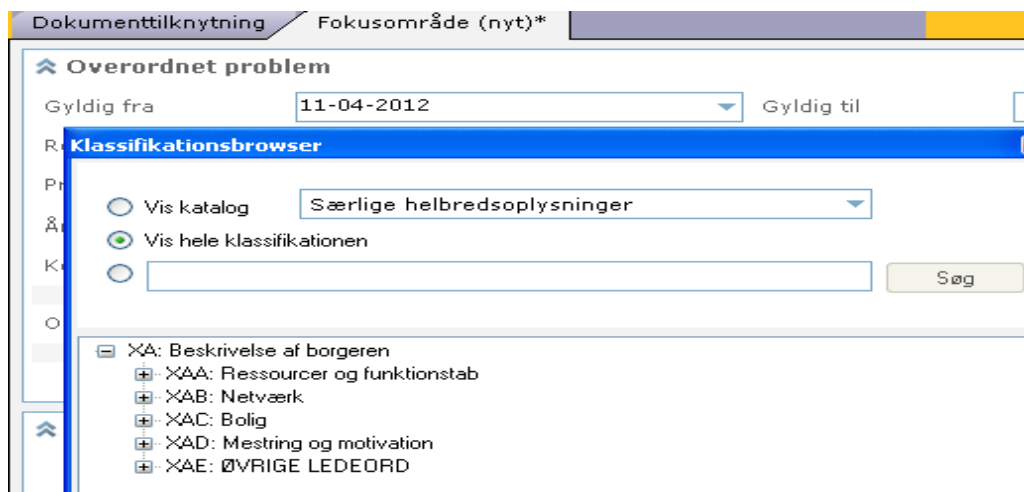
Hjemmesygeplejerskerne havde deres eget ark til den sygeplejefaglige dokumentation – det grønne papir i samarbejdsbogen – og de havde mulighed for at skrive med store / fede bogstaver samt illustrere med tegninger. Alle skrev deres initialer ud for det dokumenterede. Herudover havde hjemmesygeplejerskerne udarbejdet et system vedrørende kontorjournalerne, således at "nydokumenterede" borgerjournaler stod på højkant i journalvognen.

5.2 Dokumentation i nutidigt perspektiv

I forbindelse med indførslen af EOJ i kommunerne skulle hjemmesygeplejerskerne til at dokumentere alle pleje- og behandlingstiltag i dette nye elektroniske medie. Det medførte nye og ændrede arbejdsgange for hjemmesygeplejerskerne, da hjemmesygeplejerskerne skulle sikre sig, at deres sygeplejefaglige dokumentation ikke "forsvandt" mellem de øvrige faggruppers dokumentation i EOJ, da denne er tværfaglig. For at imødekomme dette behov, oprettede EOJ-leverandørerne særlige ark til den faglige dokumentation og i EOJ fra CSC benævnes disse ark fokusområde. De enkelte kommuner har mulighed for selv at tilføje beskrivende "problemord" til søgemuligheden og der kan således være særlige ark, til de forskellige faggrupper.



Figur 3: De 8 hovedproblemområder (under "problemer vedr. tilstand") som kan vælges i en kommune



Figur 4: De hovedproblemområder som kan vælges i en anden kommune

Den teknologiske udvikling har medført, at hjemmesygeplejerskerne i dag har mulighed for at dokumentere direkte i EOJ i forbindelse med borgerbesøg. Dette kan enten foregå via Personal Digital Assistant (PDA) eller bærbar pc. På den bærbare pc er der dog ofte problemer med at fange "serveren" og på PDA'en er det svært at se tidligere "handling" i et fokusområde. Hjemmesygeplejersken benytter derfor ofte workarounds, eksempelvis i form af små notater på køreliste eller "gule lapper".

Vikarsygeplejersker har mulighed for at få oprettet og udleveret en adgangskode til EOJ, men ofte er det en fast medarbejder, der logger sig på EOJ, og så skriver vikarsygeplejersker under denne medarbejders log-in.

Det er ikke umiddelbart muligt at se, at der er dokumenteret i et fokusområde i EOJ, hvorfor hjemmesygeplejerskerne – i forbindelse med den sygeplejefaglige dokumentation – opretter et notat, for at gøre kolleger opmærksomme på "seneste nyt". Det er i dag muligt at søge på "seneste notater" i EOJ.

Figur 5: Således kan der søges på journaler med nye notater

Seneste tiltag er, at der nu kan udveksles elektroniske oplysninger om borgerne mellem primær og sekundær sektor via MedCom-korrespondance. MedCom har i samarbejde med KL udarbejdet fire standarder – indlæggelsesrapport, plejeforløbsplan, melding om færdigbehandling og udskrivningsrapport.

Når kendt hjemmeplejeborger indlægges på hospital, "henter" hospitalet automatisk relevante oplysninger om borgeren fra EOJ, hvorfor det er vigtigt, at dokumentationen er "up to date". I sensommeren 2011 blev der startet et pilotprojekt desangående og det er planen, at MedCom-korrespondancerne er landsdækkende inden udgangen af 2012.

Hjemmeplejen har mulighed for at eftersende oplysninger om borger, hvis hjemmeplejen er bekendt med, at oplysningerne i MedCom-korrespondancen er mangelfuld i forhold til borgers tilstand. Det kan eksempelvis være den situation, hvor hjemmesygeplejersken har været på borgerbesøg og borger så indlægges inden hjemmesygeplejersken får dokumenteret sin pleje, observation og behandling. Her vil det være tale om dobbeltdokumentation, idet oplysningerne dels skal dokumenteres i EOJ, men også skal skrives i MedCom-korrespondancen.

EOJ-leverandøren har udarbejdet "specielle ark" til den sygeplejefaglige dokumentation, således at det er let for kolleger og samarbejdspartnere at genfinde dokumentationen.

Hospitalerne kan selv "hente" mange oplysninger om kendte borgere via MedCom-korrespondancer og det er muligt at eftersende "seneste nyt", hvis journalen ikke var opdateret ved indlæggelsen. Der bliver således tale om dobbeltdokumentation.

Hjemmesygeplejerskerne opretter et notat til deres kolleger vedrørende pleje, observation og handlinger, da det er muligt at søge på "seneste notater".

5.3 Dokumentation i fremtidigt perspektiv

I forbindelse med gennemførelsen af Kommunalreformen i 2008 oplevede landets kommuner en stigning i antallet af borgere, som havde behov for hjemmesygepleje (KL, 2010b). Baggrunden for denne stigning skyldes dels kortere indlæggelsestid på hospitalerne, flere ambulante behandlinger samt mere komplekse pleje- og behandlingsforløb. Desværre beror ovenstående udelukkende på en fornemmelse – kommunerne har hidtil ikke været i stand til at dokumentere denne stigning (ibid) - og da stigningen har indflydelse på kommunernes økonomi, besluttede KL i 2010 at gennemføre et projekt vedrørende ovenstående.

Dette projekt er beskrevet i KL's rapport fra 2010 (KL, 2010c), hvor KL samtidig beskriver muligheden for at udarbejde et "nationalt kort" over hjemmesygeplejens ydelser. I projektgruppen deltog flere af landets kommuner og resultatet af dette projekt resulterede blandt andet i, at kommunerne skal samarbejde om at udvikle den fremtidige dokumentation af hjemmesygeplejen. Projektgruppen valgte at tage afsæt i Sundhedsstyrelsens 12 sygeplejefaglige problemområde (KL, 2011a, s. 3), da de danner den eneste fælles juridiske referenceramme for, hvad der skal dokumenteres på sygeplejeområdet.

De 12 sygeplejefaglige områder er (Retsinformation, 2011):

- **Aktivitet**, f.eks. evnen til at klare sig selv i det daglige liv, ADL (Activity in Daily Living).
- **Ernæring**, f. eks. under- eller overvægt, spisevaner, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning.
- **Hud og slimhinder**, f.eks. forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andre væv – f.eks. muskler, hår og negle.
- **Kommunikation**, f. eks. evnen til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen.
- **Psykosociale forhold**, f. eks. arbejdsevne, relationer til familie, ensomhed, misbrug og mestring.
- **Respiration og cirkulation**, f. eks. luftvejsproblemer som åndenød, hoste, risiko for aspiration, legemstemperatur, blodtryk og puls.
- **Seksualitet**, f. eks. samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler.
- **Smerter og sanseindtryk**, f. eks. akutte eller kroniske smerter og ubehag, problemer med syn og hørelse.
- **Søvn og hvile**, f. eks. faktorer som letter eller hindrer søvn og hvile.
- **Viden og udvikling**, f. eks. behov for information eller undervisning, helbredsopfattelse, sygdomsindsigt, hukommelse.
- **Udskillelse af affaldsstoffer**, f. eks. inkontinens, obstipation, diaré.
- **Observation af virkning** og evt. bivirkning af given behandling med henblik på tilbagemelding til ordinerende læge.

Ud over de ovennævnte problemområder, har KL – i samarbejde med Danmarks Statistik (DS) – oprettet yderligere 2 problemområder:

- **Andet**, indeholder de indsatser / ydelser, som ikke kan mappes til de 12 hovedkategorier
- **Akut**, indeholder de akutte / ikke planlagte ydelser, som ikke kan placeres i hovedkategorierne

Baggrunden for disse 2 nye "problemområder" skyldes, at de enkelte kommuner kan have sygeplejeydelser, som ikke umiddelbart kan mappes under de 12 hovedområder fra Sundhedsstyrelsen samt for at kunne indfange akutte / ikke planlagte ydelser, som ikke kan indplaceres i de øvrige "hovedkategorier" (KL, 2011a, s. 8).

Udfordringen for KL er imidlertid, at de faglige problemområder ikke i sig selv definerer egentlige ydelser, men i højere grad definerer helbredsmæssige problemområder, som skal dækkes af tilsvarende sygeplejefaglige ydelser. Derfor har projektgruppen under hvert problemområde beskrevet en række konkrete ydelser, der referer til det overordnede problemområde (ibid s. 4-7). Det er så op til de enkelte kommuner, at mappe deres sygeplejeydelser, således at ydelserne hører til et af de nævnte problemområder.

Projektet fra KL drejer sig altså primært om, at dokumentere og registrere de ydelser der visiteres til hjemmesygeplejersker, således at kommunerne kan "bevise" behovet for tilføring af penge til hjemmesygeplejen. Som beskrevet i indledningen er der endvidere behov for et værktøj, hvor det er muligt at dokumentere mål, opfølgning og effekt af den kommunale indsats med henblik på at sikre en effektiv prioritering og anvendelse af ressourcerne. Det er målet, at der inden 2015 er mulighed for i struktureret form at registrere diagnoser og symptomer i EOJ (KL, 2010a, s. 47).

KL har et ønske om, at det fremadrettet skal være muligt at trække statistik på sygeplejeydelser, således at det er muligt at få et "nationalt kort" over sygeplejen. Alle sygeplejeydelser skal mappes under Sundhedsstyrelsens 12 sygeplejefaglige problemområder.

6. Problemfelt

Udviklingen i det sygeplejefaglige personales opgaver og dokumentationspligt skal ses i lyset af såvel samfundsudviklingen, den teknologiske udvikling som politiske krav om effektivisering, behandlingsgaranti og dokumentation. Fra at varetage få komplekse problemstillinger – alvorligt syge mennesker var indlagt på hospital – skal det sygeplejefaglige personale i dag varetage mangeartede komplekse problemstillinger, som inkluderer flere samarbejdspartnere såvel internt

som eksternt. Borgerne udskrives hurtigere, hospitalerne kan varetage stadig mere komplicerede operationer og behandlinger, antallet af kræftpatienter stiger og stadig flere borgere ønsker at dø i eget hjem (KL, 2010c). Hertil kommer at hjemmesygeplejerskerne fortsat har behov for, at kolleger nemt og overskueligt kan læse, hvad der senest er dokumenteret på de enkelte borgere, således at der er kontinuitet i pleje og behandling.

En anden problematik er, at ledelsen ønsker at trække statistik på blandt andet ydelser og tidsforbrug, hvilket ligeledes stiller krav til den sygeplejefaglige dokumentation.

Landets kommuner har i dag alle indført EOJ – i større eller mindre udstrækning – og den enkelte medarbejder har sin egen personlige kode, således at det er muligt at "logge oplysninger" ved behov.

Vikarsygeplejersker kan ligeledes få udleveret "en personlig kode", men ofte logger vikarsygeplejersker sig på EOJ via fast medarbejders log-in eller et "fælles log-in".

Mange af landets kommuner har indkøbt PDA og / eller bærbar pc til hjemmesygeplejerskerne, således at det er muligt at dokumentere de sygeplejefaglige handlinger i umiddelbar tilknytning til borgerbesøg. Desværre er der – for pc´ens vedkommende – jævnligt problemer med at fange "serveren" og på PDA´en er det svært at læse tidligere handlinger i et fokusområde. Hjemmesygeplejerskerne benytter sig derfor ofte af workarounds i forbindelse med den umiddelbare dokumentation.

For at forstå kompleksiteten i de dokumentationskrav der stilles til hjemmesygeplejersker i dag, er der behov for kendskab til de krav og forventninger der stilles til hjemmesygeplejerskerne fra interessenterne omkring den skriftlige dokumentation.

Jeg vil herunder beskrive problemfeltet ud fra dels litteraturen samt de krav, forventninger, ønsker og opmærksomhedspunkter som flere af interessenterne har til den sygeplejefaglige dokumentation.

6.1 Litteratur

Jeg har blandt andet søgt litteratur om emnet på MedLine, PubMed, DSR online og Google Scholar. Hertil kommer søgning på referencer i læst litteratur. Størstedelen af den fremsøgte litteratur drejer sig om dokumentation i forbindelse med medicinadministration via elektronisk patient medicineringsmodul (EPM) eller patientens elektroniske medicineringsmodul (PEM). En del af litteraturen vedrører "diagnoserelaterede" undersøgelser i sekundær sektor – eksempelvis den sygeplejefaglige dokumentation i forbindelse med lungepatienter og patienter med sukkersyge. Det er dog lykkedes mig at finde et par relevante undersøgelser vedrørende den sygeplejefaglige dokumentation, som beskrives herunder. Herudover har jeg fundet litteratur vedrørende workarounds – som jeg også vil beskrive – da hjemmesygeplejersker benytter sig af workarounds i forbindelse med den sygeplejefaglige dokumentation.

6.1.1 Dansk undersøgelse

Region Midtjylland har haft et projekt vedrørende dokumentation i ældreplejen. Her undersøgte Bente Høy praksiserfaring vedrørende dokumentationen og der var deltagelse af såvel ledere, hjemmesygeplejersker, social- og sundhedsassistenter (SSA) samt social- og sundhedshjælper (SSH). Baggrunden for undersøgelsen var, at såvel ledere som medarbejdere oplevede et stigende krav til dokumentation samt at der blev anvendt øget tid til denne dokumentation. Resultatet af undersøgelsen viste blandt andet (Høy):

- at det elektroniske system primært er relateret til at give information til systemet og forvaltningen og ikke til borgeren
- at der ikke dokumenteres systematisk i forhold til handleplaner og opfølgning af disse
- at der ikke er konsensusopfattelse af, hvad der er vigtigt at dokumentere sundheds- og sygeplejefagligt
- at dokumentationen tager tid og fylder meget i hverdagen
- at it-systemet opleves såvel tidsbesparende som tidsrøvende

6.1.2 Cochrane review

I et engelsk review er der blevet set på tidligere "undersøgelser" (i Europa og USA) vedrørende dokumentationspraksis og dokumentationssystemer for sygeplejersker (Urquhart, Currell, Grant, & Hardiker, 2009). Der indgår flere tusinde journaler i reviewet – fra såvel primær som sekundær sektor samt papirjournal og elektronisk journal – og samlet set konkluderer forfatterne at:

- sygeplejersker skriver observationer med mere for at dele disse informationer med andre og herved sikre patienter / borgere en konsistent behandling
- sygeplejersker ofte er tovholdere for patienternes / borgernes samlede dokumentation
- sygeplejersker skal arbejde mere med at forstå, hvad der er behov for at dokumentere,
- sygeplejersker skal arbejde med at forstå, hvordan dokumentationen bruges
- sygeplejersker skal involveres i design og udvikling af sygeplejeloger

Reviewet konkluderer således, at den sygeplejefaglige dokumentation er svær / problematisk, men at det er vigtigt, at sygeplejerskerne er enige om at dokumentere fokusområderne. Hvordan sygeplejerskerne skal dokumentere fokusområderne, er dog ikke nærmere beskrevet.

6.1.3 Workarounds

Litteraturen om sundheds-IT, giver eksempler på, at de sundhedsprofessionelle fortolker og anvender IT anderledes, end designerne har tænkt. Den betegnelse, der anvendes, er workarounds, et udtryk der kan spores til Gasser, der i 1986 undersøgte IT-anvendelse i en række virksomheder på brugerniveau (Gasser 1986, s. 214-218). Et af fundene var, at brugerne benytter en række handlinger, der skal afhjælpe manglende funktionalitet eller u hensigtsmæssigheder i systemerne:

- tilpasning af arbejdsgange for at kompensere for systemets u hensigtsmæssigheder (ibid. s. 214)
- udvidelse af arbejdsgange for at kompensere for u hensigtsmæssigheder (ibid. s. 215)
- working around, der indebærer at brugerne anvender systemet på

måder, det ikke er designet til, eller helt undlader at bruge det – for at kompensere for manglende funktionalitet

Andre undersøgelser viser, at det sygeplejefaglige personale ofte benytter sig af workarounds i forbindelse med den sygeplejefaglige dokumentation / de sygeplejefaglige handlinger. Her kan der eksempelvis være tale om brug af log-in fra fast medarbejder eller uautoriseret fælles log-in (Ash JS, 2003, s. 316) og (Ash JS, 2004, s. 106). I forbindelse med medicinadministration, kan der ofte være tale om krumspring, som for eksempel at sygeplejersken låner log-in til vikar for hermed at korrigere tidspunkter for administration (Beuscart-Zephir, 2004 s. 1020), (Wentzer, H, 2007 s. 458) og (Harrison, 2007 s. 548). Et andet eksempel på workarounds er, når sygeplejersken samler "al information" i hovedet, og så dokumenterer samlet sidst på dagen. Her er der muligvis tale om en videreførelse af den gamle papirjournal, men det medfører ikke en tidstro registrering (Koppel, 2005 s. 1201).

Den fremsøgte litteratur drejer sig primært om workarounds i forbindelse med medicinadministration, men jeg mener godt, at jeg kan overføre denne praksis til den sygeplejefaglige dokumentation i EOJ, da der er flere lighedspunkter. Eksempelvis udleverer hjemmesygeplejerskerne fælles log-in til vikarer og herudover efterregistrerer hjemmesygeplejerskerne "tider og opmærksomhedspunkter i EOJ.

Hjemmesygeplejersker dokumenterer flittigt og er ofte tovholdere for den samlede dokumentation.

Hjemmesygeplejerskerne skal dog arbejde med at forstå, hvad der er behov for at dokumentere, at dokumentationen skal være systematisk samt hvordan denne dokumentation bruges.

EOJ opleves såvel tidsbesparende som tidsrøvende og det er vigtigt, at sygeplejersker bliver involveret i design og udvikling af EOJ.

Hjemmesygeplejersker benytter sig af workarounds i forbindelse med den sygeplejefaglige dokumentation.

6.2 Lovgivningen

Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2005 en vejledning vedrørende sygeplejefaglige optegnelser / sygeplejefaglig dokumentation (Sundhedsstyrelsen, 2005). Vejledningen opstiller mindstekravet til det sygeplejefaglige personales journalføring i såvel den primære som den sekundære sundhedssektor.

Af § 2 "Formålet med vejledningen" fremgår det, at det sygeplejefaglige personale skal:

- føre ordnede optegnelser af den planlagte og udførte sygepleje
- sikre kontinuitet, sikkerhed og kvalitet i forbindelse med pleje og behandling af patienter med henblik på at registrere og genfinde data

I § 6 "Journalføring" står der endvidere, at:

- de sygeplejefaglige optegnelser skal være entydige, systematiske og forståelige af hensyn til kommunikation både inden for egen faggruppe og med andre personalegrupper
- det sygeplejefaglige personale skal på baggrund af journalen kunne redegøre for patientens tilstand, hvilke overvejelser, der er gjort, hvilken pleje og behandling, der er planlagt, og hvilken pleje og behandling, der er udført samt resultatet heraf
- det skal fremgå af journalen, hvem der har dokumenteret og journaloptegnelserne skal føres kontinuerligt og i umiddelbar tilknytning til planlægningen og udførelsen af pleje og behandling af patienten

Under henvisning til ovenstående skal journalen som mindstekrav indeholde (Retsinformation, 2011):

- Oplysning om årsag til henvendelsen eller kontakten
- Dato for kontakten
- Nødvendige observationer og oplysninger om patientens tilstand
- Indikation for foretagne undersøgelser samt resultatet heraf
- Planlagt indsats
- Udført pleje og behandling, forebyggelsestiltag, lindring, rehabilitering og observation mv.
- Beskrivelse og vurdering af resultatet

- Information og undervisning af patienten
- Ændringer i patientens tilstand og deraf følgende revurdering af indsatsen
- Indtrådte komplikationer og bivirkninger mv.
- Henvisninger til andre sundhedspersoner og resultatet heraf
- Aftaler med patienten, pårørende og/eller samarbejdspartnere

Hertil kommer de 12 sygeplejefaglige områder fra Sundhedsstyrelsen – se punkt 5.3 (Sundhedsstyrelsen, 2005).

I "Vejledning for Hjemmesygepleje" (Retsinformation, 2011), står der endvidere, at:

"For at sikre kontinuitet, sikkerhed og kvalitet i hjemmesygeplejens opgavevaretagelse, skal det sygeplejefaglige personale i forbindelse med sygepleje og behandling af patienter i relevant omfang føre patientjournaler om planlagt og udført sygepleje og behandling af patienter, opnåede resultater mv. i overensstemmelse med gældende regelsæt."

I vejledningen fra Sundhedsstyrelsen er det dog ikke nærmere beskrevet, hvornår der er tale om "udført sygepleje og behandling" og hvad der ligger i begrebet "relevant omfang". Det er således op til den enkelte hjemmesygeplejerske / organisation at foretage denne vurdering.

Sundhedsloven stiller ligeledes indirekte krav til hjemmesygeplejerskernes sygeplejefaglige dokumentation, i og med at borgernes ret til aktindsigt medfører, at der skal foreligge "ordnede optegnelser" over sygeplejen skrevet på en let forståelig måde (Retsinformation, 2011).

Hjemmesygeplejersker er endvidere omfattet af autorisationsloven og i denne fremgår følgende af kap. 6, § 22, stk. 2 og stk. 3 (ibid):

"Stk. 2. Patientjournalen skal indeholde de oplysninger, der er nødvendige for en god og sikker patientbehandling. Oplysningerne skal journalføres så snart som muligt efter patientkontakten. Det skal fremgå, hvem der har indført oplysningerne i patientjournalen, og tidspunktet herfor."

Stk. 3. Sundhedsstyrelsen fastsætter regler om

patientjournalens indhold og andre pligter vedrørende journalføring."

Lovgivningen har opstillet mindstekrav til den sygeplejefaglige dokumentation, hvoraf det blandt andet fremgår, at hjemmesygeplejerskerne skal kunne registrere og genfinde relevante oplysninger med henblik på kommunikation både inden for egen faggruppe og tværfagligt. Journalen skal endvidere indeholde oplysninger om blandt andet udført pleje og behandling, ændringer i borgers tilstand, indtrådte komplikationer samt aftaler med borger og samarbejdspartnere.

Den sygeplejefaglige dokumentation skal indeholde "ordnede optegnelser" over sygeplejen skrevet på en let forståelig måde.

I forbindelse med pleje og behandling skal hjemmesygeplejersken i relevant omfang dokumentere den planlagte og udførte sygepleje.

Det skal fremgå af journalen, hvem der har indført oplysningerne samt tidspunktet herfor.

6.3 Patientombuddet

Som tidligere nævnt modtog Patientombuddet 280 klager over journalføringen i 2009 og der blev givet kritik i 174 af klagerne (Patientklagenævnet, 2009). Da det på Patientombuddets hjemmeside ikke umiddelbart er til at se, hvordan fordelingen er på faggrupper og sektorer (primær eller sekundær) samt hvor mange, der har fået skærpet kritik, har jeg taget kontakt til Patientombuddet.

I min henvendelse ønsker jeg at få svar på antallet af hjemmesygeplejersker samt fordelingen af kritik / skærpet kritik til hjemmesygeplejersker. Tilbagemeldingen kommer fra kontorchef i

Patientombuddet og lyder:

“Vi har ikke særskilt statistik på, hvor mange af sagerne fra 2009 vedrørende sygeplejersker, der involverede hjemmesygeplejersker. Jeg kan generelt oplyse, at der i ca. 2,5 pct. af samtlige afgørelser i 2009 blev givet kritik med indskærpelse, men vi har ikke opgjorte tal for kritik med indskærpelse for de enkelte grupper af sundhedspersonale. Det er derfor desværre ikke muligt for os at hjælpe med disse oplysninger”.

På spørgsmålet om, hvad klagerne primært drejer sig om, lyder tilbagemeldingen:

“De typiske sager vedrørende journalføring er sager, hvor journalen er mangelfuld, enten således at der helt mangler et notat vedrørende en patientkontakt (men hvor det kan lægges til grund at kontakten har fundet sted), eller at journalnotatet er ufuldstændigt, f.eks. ikke indeholder en journalføring af, at der er indhentet samtykke til behandlingen, eller ikke indeholder notat om relevante undersøgelser/observationer, f.eks. med hensyn til sårpleje, jf. også den sag, der er omtalt i årsberetningen for 2009”.

Patientombuddet har efterfølgende besluttet, at de fremadrettet vil registrere mere specifikt, således at det er muligt at se, hvilken sektor der er involveret i de enkelte klager. Herudover vil Patientombuddet arbejde på, at “graduere faggrupperne”, så det bliver muligt at se, om det eksempelvis er en hjemmesygeplejerske eller sygeplejerske på et plejecenter, der er indgivet klager over.

De typiske klager vedrørende journalføring drejer sig om “mangelfuldhed” i den skriftlige dokumentation – eksempelvis forefindes der ikke dokumentation i forbindelse med borgerbesøg samt indhentelse af samtykke.

I 2009 blev der i ca. 2,5 % af samtlige afgørelser givet kritik med indskærpelse.

6.4 Embedslæge

Ifølge Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen, 2010a) fører embedslægerne ikke tilsyn med den kommunale hjemmepleje. Denne forpligtigelse ligger i den kommunale forvaltning og i flere kommuner, er det medarbejderne i Visitationen, der står for tilsynet. Det kommunale tilsyn omhandler dog udelukkende "fritvalgsordningen" – altså hjælp efter Serviceloven – og der er således ikke fokus på den sygeplejefaglige dokumentation.

Det er embedslægerne, der går tilsyn på plejecentrene og i årsrapporten fra 2010 fremgår det, at den sygeplejefaglige dokumentation fortsat er mangelfuld (Sundhedsstyrelsen, 2011a). Af rapporten fremgår det, at der i 41 % af stikprøverne ikke var fyldestgørende dokumentation for plejen, behandlingen og resultatet af den pleje og behandling, som beboerne modtog. Rapporten peger endvidere på, at der ofte er tale om usystematisk dokumentation. Den manglende og usystematiske dokumentation medfører fare for tab af information, og der er dermed en risiko for, at beboerne ikke får den korrekte behandling og pleje. Den sundhedsfaglige dokumentation var generelt ikke tilfredsstillende og embedslægerne vil fremadrettet fortsat have fokus på denne dokumentation (ibid,).

Selv om ovenstående omhandler den sygeplejefaglige dokumentation på plejecentre, tror jeg ikke, at en tilsvarende undersøgelse blandt hjemmesygeplejersker vil være mærkbar anderledes, hvorfor jeg har valgt at tage den med i projektet.

Embedslægernes tilsyn på plejecentrene viser, at den sundhedsfaglige dokumentation ikke er tilfredsstillende, idet dokumentationen er mangelfuld samt usystematisk. Dette medfører tab af information samt risiko for, at borgerne ikke får den korrekte pleje og behandling.

Lovgivningen stiller ikke krav om tilsyn af hjemmesygeplejerskernes dokumentation, men embedslægerne konstaterer, at den sygeplejefaglige dokumentation på plejecentrene, ikke lever op til gældende lovkrav.

6.5 Kommunernes Landsforening

Som nævnt i indledningen ønsker KL nu en standardisering af sygeplejeydelser, således at det er muligt at trække statistisk materiale på såvel kommunalt som nationalt plan. Baggrunden herfor er, at de enkelte kommuner – i forbindelse med kommunalreformen i 2008 – har oplevet en stigning i antallet af borgere, der har behov for hjemmesygepleje og dermed en øget økonomisk udgift. Sideløbende med denne øgning af borgere, er der ikke ansat flere hjemmesygeplejersker. En konsekvens heraf er, at hjemmesygeplejerskerne nu har mindre tid til den sygeplejefaglige dokumentation.

KL har – som tidligere nævnt – opstillet en liste med 14 punkter, som de ønsker dokumenteret i EOJ i forbindelse med sygeplejeydelser. I første omgang gælder denne dokumentation det administrative område – visitatorer – men på sigt er det målet for KL, at det endvidere er muligt at registrere diagnoser og symptomer i forbindelse med sygeplejeydelser. Herudover ønsker KL, at det er muligt at dokumentere mål, opfølgning samt effekt af den kommunale indsats (KL, 2010a).

KL ønsker en standardisering af sygeplejeydelser med henblik på statistisk materiale og dokumentation i forbindelse med kommunernes økonomi, idet kommunerne har oplevet en øgning i antallet af borgere, der har behov for hjemmesygepleje, uden der er ansat flere hjemmesygeplejersker.

KL har et ønske om, at det fra 2015 er muligt at registrere diagnoser og symptomer i forbindelse med sygeplejeydelser samt dokumentere mål, opfølgning og effekt af den kommunale indsats.

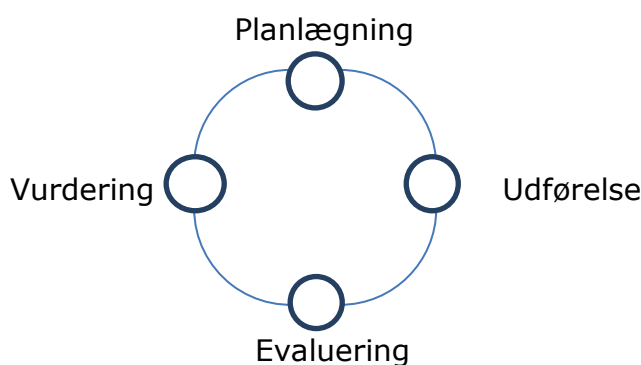
6.6 Sygeplejefaglig dokumentation og SKS

Siden indførslen af EOJ er den sygeplejefaglige dokumentation ændret en del, idet hjemmesygeplejerskerne nu skal tage stilling til, hvor i journalen

de vil dokumentere deres observationer, pleje og behandling af borgerne. Ønsker hjemmesygeplejerskerne oplysningerne dokumenteret i et notat, et fokusområde eller i et specialark.

Inden indførslen af EOJ foregik al sygeplejefaglig dokumentation i samarbejdsbogen ude hos borgeren samt i papirjournalen på kontoret. Alle der kom hos borgeren – sygeplejefagligt personale, hjælper, pårørende, læge m.m. – kunne til hver en tid læse, hvad der var "borgers status" og handle derefter, hvilket er beskrevet i afsnit 4.1. Disse sygeplejefaglige optegnelser var gode at have her og nu, men de sygeplejefaglige optegnelser kunne ikke bruges til at udvikle sygeplejen, samle data lokalt / regionalt / nationalt samt udarbejde sammenligninger på landsplan, hvilket efterhånden var et stort ønske fra såvel sygeplejersker som politikere.

Der blev i journalernes "papirtid" gjort flere forsøg på at standardisere en smule ved at indføre sygeplejeplaner via sygeplejeprocessen, men det var dog stadig ikke muligt at indsamle data for hele landet med henblik på fortsat udvikling af sygeplejen. Mange hjemmesygeplejersker fandt endvidere de kendte arbejdsgange besværliggjort, da sygeplejeplanerne var behovsorienterede og hjemmesygeplejerskerne nu skulle sætte ord på det reelle behov hos borgeren og handle derefter.



Figur 5: Illustration af Sygeplejeprocessen¹

¹ Vurdering består af dataindsamling og analyse
Planlægning består af mål og plan
Udførelse består af sygeplejehandlinger og refleksion af handlinger
Evaluering består af evaluering af mål og revurdering
Sygeplejeprocessen er en cirkulær proces

DSR udgav i 2007 bogen "Dokumentation og kvalitetsudvikling" (Egerod, 2007, s. 105-116) hvor der blandt andet blev set historisk på muligheden for at standardisere sygeplejehandlinger. Baggrunden for bogen var, at der var et ønske om, at det på sigt skulle være muligt at indsamle data på tværs af hele landet. Bogen beskriver blandt andet Sundhedsvæsenets Klassifikations System (SKS), som har en monohierakisk opbygning.

Den monohierakiske opbygning betyder, at de anvendte begreber er indeholdt i hinanden, således at hvert niveau er en del af det overliggende niveau og det øverste hierarki er styrende for klassifikationen som helhed. Klassifikationen er på nuværende tidspunkt primært udarbejdet til sygehusvæsenet, men på længere sigt er det meningen, at SKS skal udbygges til også at rumme primærsektoren og dermed dække hele sundhedsvæsenet (Sundhedsstyrelsen, 2011b). EOJ-leverandørerne har dog allerede nu – på forskellig vis – taget udgangspunkt i denne klassifikation, når hjemmesygeplejerskerne skal vælge overskrift / kategori, til dokumentation af deres sygeplejefaglige handlinger i et fokusområde samt som overskrift til notater. Et fokusområde i EOJ indeholder de oplysninger, som i papirjournalens tid udgjorde sygeplejeplanen og det er som oftest i fokusområdet, at den sygeplejefaglige dokumentation finder sted. Der er foruddefinerede klassifikationer (fra SKS), som kan vælges og ofte medfører dette tidskrævende overvejelser for den enkelte hjemmesygeplejerske, da hjemmesygeplejersken skal finde den klassifikation, som hun / han synes passer bedst i forhold til såvel ydelse, pleje, behandling samt observation.

I CSC Omsorg, skal det sygeplejefaglige personale – ud over det overordnede problem – vælge såvel et delproblem som en handling med udgangspunkt i SKS. Når handlingen er fundet, kan hjemmesygeplejersken beskrive, hvordan denne skal udføres. Ved efterfølgende besøg hos borgeren, skal hjemmesygeplejersken gå ind i det aktuelle fokusområde og evaluere handlingen i delproblemet. Om nødvendigt kan hjemmesygeplejersken tilføje en ny handling til delproblemet og der er endvidere mulighed for at have flere delproblemer under det overordnede problem.

Fokusområde: Sygepleje* 3400 Hillerød

Overordnet problem

Gyldig fra: 09-03-2011 Gyldig til:

Revurderingsgruppe: Revurderingsdato:

Problem: Sygepleje +

Årsag:

Kendetegn:

Overordnet mål:

+ Tilføj beskrivelse
+ Tilføj evaluering
Afslut fokusområde

Delproblem*

Afslut delproblem + Tilføj delproblem

Problem: ORIENTERINGSEVNE +

Gyldig fra: 09-03-2011 (Imar) Gyldig til: (Imar)

Beskrivelser

Beskrivelse: Borgeren kan ikke lokalisere toilettet der er i tilknytning til stuen 09-03-2011 + Tilføj beskrivelse
Imar ~~Fiern beskrivelse~~

Mål: - at borgeren kan finde toilettet + Tilføj evaluering

Handlinger

Handling: Træning i toiletbesøg +
(09-03-2011, Imar) - at døren til toilettet står åben
- at lyset er tændt

Evaluering

Evaluering: 02 - Tilfredsstillende
(09-03-2011, Imar) fungerer godt med lyset tændt
+ Tilføj handlingsevaluering ~~Fiern handlingsevaluering~~

+ Tilføj handling ~~Fiern handling~~

Fig. 7: Eksempel på et fokusområde

Der er på nuværende tidspunkt udarbejdet et klassifikationssystem, som anvendes på hospitalerne og det er planen, at der også skal udarbejdes et klassifikationssystem til hjemmesygeplejerskerne.

EOJ-leverandøren har taget udgangspunkt i klassifikationen, når hjemmesygeplejerskerne skal vælge overskrift / kategori til dokumentation af deres sygeplejefaglige handlinger, men der er ikke tale om et "landsdækkende" klassifikationssystem.

6.7 Samarbejdspartnere – interne og eksterne

Interne samarbejdspartnere – visitatorer, trænende terapeuter, SSH´ere samt SSA´ere – har behov for at kende til borgernes aktuelle tilstand med henblik på vurdering / øgning af hjælp, træningspotentialer samt for at

kunne yde borgerne den pleje og behandling, som borgerne har behov for.

Dette fordrer, at der kontinuerligt dokumenteres på borgerne, således at borgernes aktuelle tilstand altid er at finde i EOJ. De trænende terapeuter har eksempelvis behov for at vide, om der er anlagt kompressionsforbinding inden træning og visitator vil eksempelvis gerne vide, om borger fortsat selv kan varetage blodsuktermåling. Der er således behov for, at det er overskueligt at finde de data, der er behov for, og her har struktureringen af data en stor rolle.

Eksterne samarbejdspartnere (hospitaller) kan automatisk "hente" følgende oplysninger om borgeren via de nye MedCom-standarder:

- Borger: navn, cpr., adresse
- Kontaktdata i kommunen
- Pårørende
- Medicinseddel/status (såfremt kommunen administrerer for borgeren eller har disse oplysninger)
- Ydelsesoversigt
- Funktionsniveau (gerne tidssvarende, og max. 2 måneder gammelt)
- Hjælpemidler

Hjemmeplejen har efterfølgende mulighed for at fremsende en manuelt opdateret indlæggelsesrapport, såfremt MedCom-standarden ikke er opdateret.

Eftersendelse af korrespondance til hospital vil ofte medføre dobbeltdokumentation, da oplysningerne dokumenteres i såvel EOJ som i korrespondancen.

Interne samarbejdspartnere har behov for at kende borgers aktuelle tilstand i forbindelse med behandling / besøg, hvorfor det er vigtigt, at EOJ er opdateret og at data er struktureret og let kan findes.

Lovgivningen opstiller mindstekrav til dokumentationen, men ikke hvor i EOJ denne dokumentation skal være.

Eksterne samarbejdspartnere skal – via MedCom korrespondance – kunne "se" borgers aktuelle tilstand i forbindelse med indlæggelse.

6.8 Ledelsen

Såvel ledelsen i hjemmeplejen som myndighed og KL ønsker at have kendskab til, hvilke sygeplejeydelser der leveres af hjemmesygeplejerskerne – inklusiv hyppighed og tidsforbruget af disse – samt hvor megen tid hjemmesygeplejerskerne bruger på at dokumentere pleje, behandling og observation af borgerne. Baggrunden for dette er, at KL ønsker at have et overblik over, hvad der leveres af sygeplejeydelser samt mængden og tidsforbruget af disse ydelser.

Ydelsestype og ydelsestid trækkes som oftest via EOJ, mens dokumentationstiden oftest kun registreres i disponeringsmodulet, idet hjemmesygeplejen – de fleste steder – finansieres via mål-rammestyring og derfor som oftest ikke har dokumentation som en ydelse. Troværdigheden af statistikken via EOJ-disponeringsmodulet fordrer:

- at alle sygeplejeydelser er korrekt oprettet
- at ydelsestiden til ydelser er så korrekt som muligt
- at hjemmesygeplejen har placeret de enkelte ydelser korrekt i disponeringsmodulet.

Den kommunale ledelse, myndigheden og KL har behov for validitet i det statistiske materiale, således at det er muligt at dokumentere behovet for og mængden af hjemmesygeplejersker.

7. Problemafgrænsning

I problemfeltet har jeg beskrevet den sygeplejefaglige dokumentation før, nu og i fremtiden samt de nuværende muligheder for sygeplejefaglig dokumentation i EOJ. Herudover har jeg redegjort for:

- de lovgivningsmæssige krav
- antallet af klager til patientombuddet vedrørende den sygeplejefaglige dokumentation
- interne og eksterne interessenters ønsker og forventninger til den sygeplejefaglige dokumentation
- ønsker fra KL vedrørende statistisk materiale for sygeplejeydelser
- hjemmesygeplejerskernes egne ønsker og behov for den

sygeplejefaglige dokumentation

- hjemmesygeplejerskernes benyttelse af workarounds
- fund i litteraturen vedrørende den sygeplejefaglige dokumentation og workarounds

På baggrund af ovenstående har jeg flere valgmuligheder til projektet, som beskrives herunder.

Jeg kan vælge at se nærmere på standardisering af sygeplejeydelser i henhold til "projektopstillingen" fra KL. Dette fravælger jeg dog, da projektet fra KL endnu er i "sin vorden" og jeg finder det derfor urealistisk, at se nærmere herpå.

Jeg kan se på, hvor lang tid der dagligt bruges til den sygeplejefaglige dokumentation i hjemmeplejen, da der efter strukturreformen ikke er tilført flere personaleressourcer til trods for den fornemmede øgede opgavemængde. Dette tidsstudie mener jeg dog vil kræve en sammenligning med dokumentationstid før strukturreformen, hvilket jeg ikke finder muligt.

Jeg kan vælge at gå mere i dybden med klagerne til Patientombuddet vedrørende hjemmesygeplejerskernes sygeplejefaglige dokumentation. Dette mener jeg dog vil kræve, at Patientombuddet kan levere mere konkrete data, end det i dag er tilfældet.

Jeg kan se nærmere på mulighederne for en fælles klassifikation for hjemmesygeplejeydelser (i lighed med sekundærsektoren), hvilket jeg dog også vil fravælge. Dels er der tale om et større studie og mit fokus ligger et andet sted – nemlig hjemmesygeplejerskernes dokumentationspraksis i EOJ.

Jeg kan vælge at se generelt på EOJ som teknologi - altså undersøge teknologiudviklingen – men dette fravælger jeg ligeledes. Baggrunden for dette er, at en sådan undersøgelse kræver en del respondenter for at sige noget om, hvordan forskellige grupper konstruerer EOJ. Dette har jeg ikke mulighed for, da jeg skriver alene.

Jeg kan vælge at se nærmere på hjemmesygeplejerskernes lovpligtige, faglige og administrative dokumentation i EOJ – i forhold til den sygeplejefaglige dokumentation.

Denne problemstilling vælger jeg at arbejde videre med, da jeg finder dette sundhedsinformatisk interessant og overkommeligt – har egen praksiserfaring samt fundet litteratur, der understøtter denne problematik.

Litteraturen gør opmærksom på, at:

- der blandt sygeplejersker ikke er konsensusopfattelse af, hvad der er vigtigt at dokumentere
- sygeplejersker ikke dokumenterer systematisk
- sygeplejersker skal arbejde med at forstå, hvad der er behov for at dokumentere samt hvordan denne dokumentation bruges

Herudover viser empirien, at hjemmesygeplejerskerne har behov for at videregive oplysninger til deres kolleger, som ikke nødvendigvis er "dokumentationspligtigt", men som alligevel indirekte har indflydelse på den pleje og behandling, som den enkelte borger har behov for. Det kan eksempelvis være den ældre borger, som netop har mistet en søn, og derfor har behov for at tale om dette i forbindelse med besøg. Desuden viser empirien, at vikarsygeplejersker ofte benytter sig af EOJ log-in fra fastansatte medarbejdere.

Jeg finder endvidere ovenstående sundhedsinformatisk interessant, da:

- EOJ er kommet for at blive
- antallet af borgere, der har behov for hjemmesygepleje, er stigende
- EOJ indeholder mange ark, hvor det er muligt at dokumentere sygeplejefagligt
- hjemmesygeplejerskerne benytter sig af workarounds i forbindelse med den sygeplejefaglige dokumentation
- hjemmesygeplejerskerne vil sikre, at kolleger kender "borgers status"
- KL og DSR arbejder på at få et nationalt kort over sygeplejeydelser samt fælles klassifikationssystem
- hjemmesygeplejersker får indskærpet kritik vedrørende den sygeplejefaglige dokumentation
- der sker megen dobbeltdokumentation i EOJ
- vikarsygeplejersker benytter EOJ log-in fra fastansatte medarbejdere

8. Problemformulering

Som nævnt i indledningen har indførslen af EOJ i hjemmeplejen samt de stigende lovkrav medført ændrede arbejdsgange for den sygeplejefaglige dokumentation. Jeg finder det, som tidligere nævnt, interessant at se nærmere på hjemmesygeplejerskernes nuværende dokumentationspraksis ud fra et socio-teknisk perspektiv og med baggrund i ovenstående er jeg nået frem til nedenstående problemformulering.

Hvordan understøtter EOJ de lovgivningsmæssige, faglige og administrative krav vedrørende den sygeplejefaglige dokumentation?

- I hvilket omfang dokumenterer hjemmesygeplejersker de lovgivningsmæssige mindstekrav?
- Hvad synes hjemmesygeplejersker er relevant at dokumentere?
- Hvor dokumenterer hjemmesygeplejersker deres sygeplejefaglige pleje, behandling og observationer?
- Hvilke dilemmaer oplever hjemmesygeplejersker i forbindelse med den sygeplejefaglige dokumentation?
- Hvilke workarounds foretager hjemmesygeplejersker i forbindelse med den sygeplejefaglige dokumentation?

9. Metodebeskrivelse

For at kunne besvare ovenstående spørgsmål, mener jeg, at der dels er behov for at foretage nogle observationsstudier blandt sygeplejersker i hjemmeplejen, fokusgruppeinterview af hjemmesygeplejersker med udgangspunkt i observationsstudierne og efterfølgende gennemgang af udvalgte journaler. Som udgangspunkt vil jeg under observationsstudierne bede hjemmesygeplejerskerne "tænke højt", når de vælger ark i EOJ til deres dokumentation, således at jeg kan få deres begrundelse for valg. Når jeg har gennemlæst og analyseret observationerne, vil jeg have et fokusgruppeinterview med de observerede hjemmesygeplejersker. Jeg vil –

i forbindelse med interviewet – tage udgangspunkt i såvel mine observationer som i min problemformulering med dertil knyttede underspørgsmål.

Journalgennemgangen vil jeg bruge med henblik på at "se", i hvilken grad hjemmesygeplejerskerne opfylder de gældende lovkrav vedrørende dokumentationspligt.

Det at gå på opdagelse i en Hjemmeplejegruppe i hverdagen er en balance mellem at få tilstrækkelige data og hensynet til medarbejdernes arbejde samt den enkelte borger. Arbejdet som hjemmesygeplejerske er ofte uforudsigeligt, da der kan komme nødkald fra borgere – som så skal besøges her og nu – eller opringning fra SSH / SSA, som har behov for at vende en problematik i forbindelse med borgerbesøg. Hertil kommer, at det er en tillidssag at få lov til at foretage observationer og "interviews", idet den enkelte hjemmesygeplejerske herved blotlægger sin praksis for mig (Riis, 2005, s. 85). Da jeg selv har en sygeplejefaglig baggrund, vil personalet muligvis opfatte, at jeg ser kritisk på deres handlinger og jeg skal derfor være meget opmærksom på, hvordan jeg formulerer mine spørgsmål i de enkelte situationer.

I forbindelse med journalgennemgang, skal jeg være omhyggelig med at anonymisere data – der er tale om følsomme patientdata – samt overholde den tavshedspligt, jeg er underlagt som sundhedsperson. Jeg vil i audit / journalgennemgang have fokus på de områder, journalen som mindstekrav skal indeholde – se punkt 6.2 – samt mine "forskningsspørgsmål", som er:

- Dokumenterer hjemmesygeplejerskerne ved hvert besøg?
- Hvilke journalark dokumenterer hjemmesygeplejerskerne i?
- Bliver de lovgivningsmæssige dokumentationskrav opfyldt?
- Benytter hjemmesygeplejerskerne sig af "dobbeltdokumentation"?

Jeg vil optage fokusgruppeinterviewet på diktafon, da jeg herved efterfølgende kan lytte til tonefald, pauser og lignende (Kvale, 1997, s. 161). Denne interviewform giver mig endvidere mulighed for at holde fokus

på emne og dynamikken mellem informanterne. Fokusgruppeinterviewet skal efterfølgende transskriberes med henblik på analyse. Her vil jeg benytte systematisk tekstkondensering, som er udarbejdet af Malterud (Malterud, 1996).

For at sikre forskellige perspektiver inden for det komplekse område, der omfatter såvel menneskelig adfærd som sygeplejefaglig dokumentation i EOJ, mener jeg, at et design med anvendelse af metodetriangulering vil være hensigtsmæssig. Hertil kommer, at jeg har valgt det socio-tekniske perspektiv.

Jeg vil dels benytte mig af kvalitative metoder – deltagerobservation, fokusgruppeinterview, audit / journalgennemgang – som kvantitative metoder – opstilling af fund i skema efter hyppighed – for at få så bredt et billede som muligt.

I mit undersøgelsesfelt benytter jeg mig af flere metoder – indhentede data omhandler litteratur, observation, audit / journalgennemgang, interview samt analyse af disse. Metodetriangulering indebærer, at forskellige forskningsmetoder kombineres for at udnytte styrkerne i disse.

Metodetriangulering – som udtryk – stammer fra landmåling, hvor man benytter sig af to forskellige udgangspunkter for at bestemme et tredje.

Metodisk benytter jeg mig således af en hermeneutisk tilgang – dog ikke en tekst - hvor jeg fortolker hjemmesygeplejerskernes dokumentationspraksis (Kvale, 1997, s. 58-59). Principperne i hermeneutisk tilgang er:

- Del og helhed hører sammen. Jeg kan ikke iagttage et enkelt element af en given praksis uden at sætte den i sammenhæng med den kontekst, elementet tilhører
- Fortolkning af data ophører, når forskeren er nået frem til en forklaring eller teori, hvor de forskellige temaer og mønstre indgår i en sammenhæng
- Afprøvning af delfortolkningerne skal foretages i forhold til helheden. Dette medførte, at jeg afprøvede mine iagttagelser og hypoteser i gruppeinterviewet med hjemmesygeplejerskerne
- Data skal forstås ud fra deres egen referenceramme. Det betyder, at jeg skal fortolke mine data inden for den livsverden, der er i

Hjemmeplejen, og ikke mindst at jeg skal fortolke data på baggrund af min viden om og erfaring fra den kliniske praksis.

- Viden om "tekstens emne", hvilket her betyder, at jeg skal have viden om emnet for at gennemføre undersøgelsen samt være lydhør overfor de betydninger og kontekster, meningerne indgår i.
- Fortolkeren kan ikke springe uden for den tradition, han / hun er en del af. Det kræver, at fortolkeren gør sin position og sine forudsætninger eksplicit og gør det klart, hvordan bestemte spørgsmål bestemmer, hvilke svar der bliver mulige. Forskeren kan ikke undgå at påvirke resultaterne. Det gælder derfor om at være så bevidst som muligt om egne forudsætninger og tage hensyn til disse i fortolkningen.

Jeg bruger således en form for hermeneutisk spiral gennem observations-, interview- og journalgennemgangsfaserne.

9.1 Teorigrundlag

Jeg har gjort rede for, at jeg ønsker at undersøge feltet i et socio-teknisk perspektiv og til dette vil jeg anvende Social Construction of Technology (SCOT). Begrundelsen for SCOT er, at denne indeholder såvel en teoretisk som metodisk del, som jeg finder brugbar i projektet. Teorien blev udviklet i midten af 80'erne og retter sig specielt mod at analysere teknologi som en social konstruktion.

Deltagerobservation er valgt, da jeg herved kan iagttage hjemmesygeplejerskernes nuværende dokumentationspraksis i EOJ:

- Hvad bliver dokumenteret?
- I hvilke ark finder dokumentationen sted?
- Hjemmesygeplejerskernes brug af workarounds i forbindelse med dokumentationen
- Bliver de lovgivningsmæssige krav opfyldt?

I forbindelse med mine observationsstudier vil jeg bede hjemmesygeplejerskerne "tænke højt", når de vælger ark i journalen til deres dokumentation, således at jeg "straks" kan få deres begrundelse for valg samt stille uddybende spørgsmål hertil. Denne fremgangsmåde er

valgt, for at kunne minimere mine efterfølgende spørgsmål i forbindelse med fokusgruppeinterview, da jeg skriver alene. Såvel "højtænkning" som interview fordrer, at der stilles nysgerrige og uddybende spørgsmål, hvorfor jeg også vil se nærmere på teorien bag interview. Hertil vil jeg primært gøre brug af Steinar Kvale.

Efter observationsstudierne og fokusgruppeinterviewet vil jeg udvælge nogle af de borgerjournaler, som hjemmesygeplejerskerne dokumenterede i med henblik på at se nærmere på den "samlede" sygeplejefaglige dokumentation i disse journaler. Hensigten med denne journalgennemgang er, at få et overblik over:

- Hvad hjemmesygeplejerskerne dokumenterer
- Hvilke ark i EOJ hjemmesygeplejerskerne bruger til den sygeplejefaglige dokumentation
- Hvor ofte hjemmesygeplejerskerne dokumenterer pleje, observation og behandling i EOJ jævnfør besøg
- Opfylder den sygeplejefaglige dokumentation lovgivningen vedrørende mindstekrav?

Da journalgennemgang kan være en tidskrævende og langvarig proces, vil jeg se, om det er muligt at finde nogle journaler, som sygeplejemæssigt ikke har været mere end 6-8 uger – dog også afhængig af sygeplejeydelse, "besøgshyppighed" og dokumentation under observationsdagene.

10. Teoretiske perspektiv

10.1 Socioteknisk teori

Science-Technology-Society studies (STS) er betegnelsen for et akademisk felt, der betragter teknologi som sociale konstruktioner – "social shaping of technologies". Det gennemgående træk i feltet er en kritisk stillingtagen til den teknologiopfattelse, der traditionelt har hersket indenfor det historiske, det sociologiske og det filosofiske område (Lauritsen 2007, s. 43).

Videnskabssociologerne Pinch og Bijker udvidede i midten af 1980'erne begreber fra Sociology of Scientific Knowledge (SSK) til interesse for at analysere teknologi som en social konstruktion – altså STS. Pinch og Bijker

fortsatte udviklingen af EPOR (Empirical Program Of Relativism), som blev til SCOT og denne teori argumenterer for, at teknologi må forstås som socialt konstrueret – det sociale og det teknologiske kan ikke holdes adskilt. Selve teknologiens betydning og design er et produkt af sociale grupperes arbejde og forhandlinger.

10.1.1 SCOT – Social Construction of Technology

Gennem casestudier ønskede Pinch og Bijker at vise, hvordan videnskab og teknologi kan bringes sammen under den samme begrebsmæssige ramme. De har således eksempelvis beskrevet cyklens udvikling – ikke som en lineær proces mod den perfekte cykel, men som produktet af en fortløbende udvikling, hvor forskellige aktører har konkurreret om at udforme teknologien "en cykel".

SCOT handler således om at studere udvikling af teknologi ud fra en antagelse om, at det sociale element ikke kan holdes adskilt fra teknologien. De to elementer påvirker og skaber hinanden, og det sociale er med til at designe de teknologiske produkter (Lauritsen 2007 p. 43-44). Det er lige vigtigt at undersøge fiaskoer som succeser, da begge dele skal ses i den relevante historiske sammenhæng, fordi en fiasko – i sin socio-historiske kontekst – kan have været yderst succesfuld.

Sociale grupper og fortolkningsfleksibilitet

Pinch og Bijker anvender begrebet "relevant social gruppe", hvor hovedkravet er, at en social gruppe deler det samme sæt af meninger om et specifikt artefakt. Hermed ses tydeligt det socialkonstruktivistiske element i SCOT-tilgangen, idet teknologien skal betragtes i forhold til bestemte aktørgrupper og disse grupper konstruerer teknologien forskelligt. Ud over at de enkelte grupper tillægger det samme artefakt forskellig betydning, påvirker grupperne også artefaktets fysiske udformning. Overordnet set er udgangspunktet for SCOT, at en teknologi kun er, hvad den er for bestemte grupper af mennesker. Begrebet henviser således til, at teknologier som i dag tages for givet, på et tidligere tidspunkt har været genstand for kontroverser mellem forskellige sociale grupper. Disse kontroverser aftager over tid og teknologien finder herefter en forholdsvis

stabil betydning og udformning. Som eksempel bruger Bijker cyklen, der i væltepeterens tid kun var en succes blandt adrætte unge mænd (ibid. s. 37-46), men i dag bruges af alle køn og aldersgrupper.

For ganske få år siden ville MP3-afspilleren være et lignende eksempel – blev hovedsageligt brugt af yngre mennesker til at høre musik – og var således ikke særlig udbredt på plejecentre. I dag er det muligt at downloade lydbøger og alle aldersgrupper bruger i dag IPOD, som er en videreudvikling af MP3-afspilleren.

Pointen i SCOT er, at teknologien skal anskues i forhold til bestemte grupper af aktører, og at disse sociale grupper "konstruerer" teknologien forskelligt. Det betyder, at grupperne tillægger teknologien forskellige betydninger samtidig med at grupperne på hver deres måde påvirker teknologiens udformning (Lauritsen 2007 s. 46).

I praksis betyder ovenstående, at EOJ-leverandørerne løbende har udviklet arkene i EOJ i forhold til brugernes behov – eksempelvis har det autoriserede personale behov for, at de kan dokumentere deres handlinger i særlige ark – og EOJ-leverandørerne har derfor oprettet fokusområder, som kan benyttes af de pågældende grupper. På tilsvarende vis har KL og ledelsen behov for statistisk materiale, og hertil har EOJ-leverandørerne sikret, at det er muligt at trække disse administrative data.

Når et produkt både kan fortolkes og designes forskelligt af forskellige sociale grupper, kalder Pinch og Bijker dette for fortolkningsstabilitet. Det indebærer, at et produkt har gennemløbet en række forandringer og kontroverser om den rette udformning, inden det er endt i sin nuværende form (ibid, s. 46). Omsættes ovenstående til klinisk praksis kan eksempelvis nævnes den løbende udvikling af mobilt hardware som eksempelvis strekkodescannere i postvæsenet og PDA i hjemmeplejen. Når en teknologisk genstand har fundet sin "rette udformning" er der tale om stabilisering.

For hjemmesygeplejerskernes vedkommende betyder ovenstående i praksis, at EOJ kan bruges på forskellig vis. Hjemmesygeplejersken kan vælge at skrive al dokumentation mobilt via PDA – da alle borgerjournaler er tilgængelige via dette medie (akutte borgere og besøg kan også dokumenteres) – eller hjemmesygeplejersken kan vælge at dokumentere i EOJ – via bærbar computer – eller gøre "papirnotater" undervejs, og så dokumentere alt sidst på dagen direkte i EOJ via "den stationære" computer. Hvilke ark i EOJ, der bruges til den sygeplejefaglige dokumentation, afhænger dels af, hvad der er praksis blandt hjemmesygeplejerskerne samt hvilke journalark den pågældende kommune har i EOJ til den sygeplejefaglige dokumentation.

Hjemmesygeplejen har eksisteret gennem årtier og hjemmesygeplejersker har alle dage dokumenteret deres pleje, observation og behandling i det forhåndenværende medie. I klinisk praksis har den teknologiske ramme således stor betydning, idet hjemmesygeplejen er "befolket" med en veluddannet professionel faggruppe, som møder EOJ med deres egen forforståelse af den sygeplejefaglige dokumentation samt de muligheder og betydninger, som hjemmesygeplejersken lægger heri. Som det fremgår af såvel litteraturen – som min empiri – har de lovgivningsmæssige krav til den sygeplejefaglige dokumentation ofte utilsigtede konsekvenser. Der sker megen sygeplejefaglig dokumentation, men har hjemmesygeplejerskerne konsensusopfattelse af, hvad der skal dokumenteres sygeplejefagligt? og bliver sygeplejen nødvendigvis bedre heraf?

Baggrunden herfor kan skyldes, at EOJ er udviklet inden for en anden teknologisk ramme end den, den skal anvendes i. Systemudviklerne – inden for EOJ – har deres egen teknologiske ramme, og de lægger herudover juridiske rammer ind i systemet. Der kan således være tale om en kontrovers mellem måske tre forskellige teknologiske rammer – hjemmesygeplejens, systemudviklernes og lovgivningens.

Stabilisering – og grader af denne

Stabilisering skal ses i sammenhæng med begrebet fortolkningsfleksibilitet.

Stabilisering er betegnelsen for den tilstand, der opstår, når kontroverser i forhold til en teknologi stabiliseres og den får en stabil betydning og udformning.

Der forekommer forskellige grader af stabilisering, idet processen er relateret til en eller flere sociale grupper og sjældent er total.

Lukningsstrategier

Pinch og Bijker beskriver to strategier, som aktørerne kan anvende med henblik på at lukke en kontrovers. Lukning af kontroverser er således et mål, men den væsentligste faktor er ikke, at problemerne forsvinder, men om den relevante sociale gruppe betragter problemerne som løst.

- **Retorisk lukning** – hvor en gruppe aktører forsøger at overbevise modparten om at en given teknologi er uproblematisk/problematisk
- **Redefinering af problemet** – hvor en teknologi udvikles med henblik på at løse "et problem", men efterfølgende opnår en stabilisering, fordi det oprindelige problem er blevet redefineret – eksempelvis udviklingen af det luftfyldte dæk

Når ovenstående omsættes til dagens praksis inden for den sygeplejefaglige dokumentation, kan der være tale om hjemmesygeplejerskernes oprettelse af notat eller avis i forbindelse med videregivelse af sygeplejefaglig dokumentation.

Teknologiske rammer

Som overordnet ramme for udvikling af teknologi anfører Bijker, at forskeren skal inddrage den "teknologiske ramme". Den teknologiske ramme består af alle de elementer, som styrer og påvirker en social gruppe og som bestemmer, hvordan gruppen fortolker og bruger teknologien. Elementerne kan eksempelvis være mål, teori, designmetoder, erfaringer, situationer og værktøjer, der styrer aktørernes interaktioner, tanker og adfærd. Den teknologiske ramme omfatter således materielle, tekniske, sociale og kognitive elementer. Alt er inkluderet i en teknologisk ramme.

Den teknologiske ramme identificerer brugernes antagelser, forventninger og viden, som de bruger til at forstå teknologien i organisation. Herudover påvirker den teknologiske ramme brugernes antagelser, forventninger og

viden om formål, kontekst, betydning og teknologiens rolle får stor indflydelse på valg, der træffes med hensyn til udformning og brugen af disse teknologier.

Skabelsen af fælles fortolkning og dermed en teknologisk ramme, afhænger af niveauet for inklusion af aktører i den pågældende relevante sociale gruppe og teknologiske ramme. Aktører med en høj grad af inklusion i en teknologisk ramme vil interagere inden for den teknologiske ramme, mens aktører med en lav inklusion vil være mindre påvirket af den teknologiske ramme. Alle sociale grupper tilhører en teknologisk ramme og en aktør i en social gruppe kan tilhøre flere teknologiske rammer.

Den teknologiske ramme betyder, at forskeren er nødsaget til at sætte sig ind i aktørernes herskende paradigme, for herigennem at kunne forstå, hvorfor aktørerne fortolker og handler, som de gør. Den teknologiske ramme er ikke en statisk størrelse og når en gruppe aktører møder et nyt produkt, vil deres paradigme ganske vist være bestemmende for, hvordan de håndterer det, men på samme tid vil produktet også påvirke aktørernes teknologiske rammer, så de ændrer sig (Lauritsen 2007 s. 50-52).

I klinisk praksis har den teknologiske ramme stor betydning. Landets kommuner er stærke organisationer, hvor de ansatte tæller veluddannede professionelle faggrupper med hver deres paradigme. Det betyder – i forhold til mit projekt – at sygeplejersker, ledelse / KL og lovgivning møder den sygeplejefaglige dokumentation ud fra deres egen forståelse af denne og den betydning, de hver især lægger i denne.

I min fremsøgte litteratur fremgår det, at ledelse / KL, lovgivning og hjemmesygeplejersker har forskellige behov for dokumentation af hjemmesygepleje, hvilket kan tyde på, at dokumentationspraksis i EOJ er udviklet inden for en anden teknologisk ramme, end den som den skal anvendes i for hjemmesygeplejerskernes vedkommende. De enkelte systemudviklere har deres egen teknologiske ramme og lægger derudover juridiske rammer ind i systemet. Der er herved tale om en kontrovers

mellem flere forskellige teknologiske rammer – systemudviklere, ledelse / KL, hjemmesygeplejersker og lovgivning.

I praksis er der tale om en EOJ, hvor ledelsesværktøjet drejer sig om "hårde data" – eksempelvis sygeplejeydelser samt tid på ydelser – lovgivningen drejer sig om data vedrørende udført pleje, behandling og observation samt hvem der har dokumenteret dette, hjemmesygeplejerskerne ønsker at videregive observationer og behandling til kolleger / samarbejdspartnere og systemleverandørerne ønsker at imødekomme alle disse "krav".

SCOT som metode og teori

SCOT indeholder retningslinjer for, hvordan forskeren skal undersøge en teknologiudvikling og en SCOT undersøgelse skal følge nedenstående tre trin:

- Demonstrere teknologiens fortolkningsstabilitet for herigennem at vise, at forskellige sociale grupper har konstrueret teknologien forskelligt
- Redegøre for, hvordan teknologien har stabiliseret sig
- Relatere teknologiens indhold til en større socio-politisk sammenhæng

Når SCOT anvendes som teori, skal den leve op til fire krav:

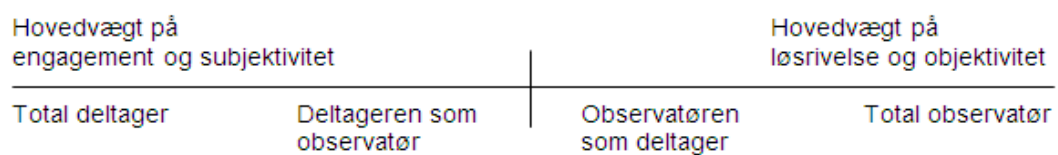
- Teknologien skal kunne ses som et radikalt brud med tidligere teknologier samtidig med at den teknologiske udviklingsproces skal kunne ses som en kontinuerlig proces uden radikale spring
- Analysen skal være symmetrisk – teknologien skal studeres i sammenhæng med den sociale gruppe, som anvender den
- Aktørerne og de strukturer, som de fungerer i, skal undersøges og inddrages i analysen
- Analysen må ikke baseres på en a priori forestilling om, hvad der er socialt, og hvad der er teknisk. De skal behandles som et samlet netværk

De teknologiske rammer spiller en væsentlig rolle, idet de understreger et forandringsaspekt samtidig med at de indeholder "vedtagne standardprocedurer" for, hvordan artefaktet konstrueres og håndteres (ibid s.52-54).

10.1.2 Observation

Observationsstudier bliver traditionelt placeret blandt de samfundsvidenskabelige metoder og handler om at observere mennesker i deres egne naturlige omgivelser (Kristiansen & Krogstrup, 1999, s. 25-29). Der er således ofte tale om studier, hvor man bruger synssansen, men det udelukker ikke brugen af andre sanser som f.eks. høresansen, idet observation som metode ofte består af flere delmetoder (Riis, 2005, s. 77). Jeg har valgt, at mine observationsstudier skal baseres på såvel det jeg ser som det jeg hører, således at jeg får mulighed for at stille uddybende spørgsmål undervejs.

Som observatør kan jeg indtage forskellige feltroller og her refererer Kristiansen og Krogstrup til Golds klassificering (Kristiansen & Krogstrup, 1999, s. 101). Overordnet kan disse feltroller opdeles i to hovedgrupper, hvor den ene har hovedvægt på engagement og subjektivitet og den anden på løsrivelse og objektivitet.



Figur 8: Frit efter Golds klassificering af feltroller (Kristiansen & Krogstrup, 1999, s. 101)

- **"Total deltager"** er karakteriseret ved, at observationen foregår uden at aktørerne ved det. Observatøren interagerer med aktørerne.
- **"Deltageren som observatør"** er karakteriseret ved, at observatøren deltager i feltet, mens han observerer. Observationen foregår åbent.
- **"Observatøren som deltager"** er karakteriseret ved, at observatøren er relativt distanceret i forhold til feltet.
- **"Total observatør"** er karakteriseret ved, at aktørerne ikke er klar over, at de bliver observeret og observatøren står udenfor (Kristiansen & Krogstrup, 1999).

Jeg ønskede at observere og analysere objektivt – til trods for min indsigt i problemfeltet – og valgte derfor rollen "observatøren som deltager". Denne

feltrolle kan beskrives som en rolle, hvor

- kontakten med informanterne er kortvarig og formel
- aktørerne ved, at de bliver observeret

På tilsvarende vis beskriver Riis (Riis, 2005, s. 80) forskellige observationsformer:

- **"Fast struktureret"** hvor der observeres på forhånd udvalgte kendetegn
- **"Fleksibelt struktureret"** hvor der observeres på bestemte kendetegn, men fokus kan skifte
- **"Naturligt struktureret"** hvor observationen foretages for at få et helhedssyn

I alle tre former kan observatøren påvirke feltet bevidst = åben observation eller observatøren søger at holde sig neutral i feltet = åben eller skjult observation.

I den fast strukturerede dataindsamling er det tydeligt, hvad observatøren vil observere, og det er efterfølgende muligt at foretage en kvantitativ analyse af materialet. Der kan f.eks. være tale om at registrere rygemønstret på en uddannelsesinstitution, hvor observatøren på forhånd har udarbejdet et skema med forskellige kategorier (ibid s. 92). På tilsvarende vis kan den ustrukturerede tilgang medføre, at feltet udforskes generelt og observatøren dermed ikke har et egentligt fokus og analyseramme.

Mine observationsstudier foregik i aktørernes naturlige omgivelser, hvor jeg fulgte to hjemmesygeplejersker en hel dag. Der var således tale om et ustruktureret observationsfelt, da jeg ikke på forhånd vidste, hvilke typer borgerbesøg der var tale om, men at jeg ville have mit fokus på, hvad hjemmesygeplejerskerne efterfølgende valgte at dokumentere – i forhold til ydelse samt det observerede – samt i hvilke ark i EOJ. Ud fra ovenstående beskrivelse befandt jeg mig således et sted mellem struktureret og ustruktureret observation, hvilket også kaldes semistruktureret observation (Kristiansen & Krogstrup, 1999, s. 66).

De semistrukturerede observationsstudier kritiseres ved, at observatøren på den ene side ikke får et generaliserbart resultat grundet den manglende strukturering, samtidig med at observatøren ved en for høj struktur på forhånd udelukker data, som kunne vise sig at være relevante for undersøgelsen (Kristiansen & Krogstrup, 1999, s. 66).

Jeg valgte at udarbejde et observationsskema, således at jeg kunne få "struktur" på mine observationer med henblik på efterfølgende analyse samt som "inspiration" til udarbejdelse af interviewskema (Kristiansen & Krogstrup, 1999, s. 110).

10.1.3 Interview

Kvale definerer i litteraturen forskningsinterviewet, som et interview der har til formål at indhente beskrivelser af den interviewedes livsverden med henblik på at fortolke betydningen af de beskrevne fænomener (Kvale, 1997, s. 19). Interviewet er således en kvalitativ metode, der til forskel fra den kvantitative forskning ikke drejer sig om objektive data, der skal kvantificeres, men derimod meningsfulde relationer som skal fortolkes (Kristiansen & Krogstrup, 1999, s. 24).

Til at beskrive interviewerens som forsker, anvender Kvale to metaforer (Kvale, 1997, s. 17). Den ene er "minearbejderen" og den anden er "den rejsende". Begge forskertyper er udtryk for, at der findes en viden i interviewpersonens indre, der venter på at blive afdækket.

"Minearbejderen" leder overordnet efter viden. Nogle minearbejdere søger efter objektive kendsgerninger, mens andre minearbejdere søger efter klumper af essentiel mening. Interviewforskeren skræller overfladen af de bevidste oplevelser, mens den terapeutiske interviewer graver i de dybe ubevidste lag.

"Den rejsende" er interviewerens som en fortæller, der er på rejse gennem landskaber, hvor han falder i samtale med de mennesker, han møder undervejs. Intervieweren vandrer sammen med de lokale indbyggere, stiller

spørgsmål og får interviewpersonerne til at fortælle om deres livsverden. Rejsen bliver et billede på erkendelse, som ikke alene vil føre til ny viden, idet det også kan ske, at den rejsende forandrer sig undervejs. Herudover kan rejsen give anledning til en refleksionsproces, der fører til nye former for forståelse samt afdække værdier, som hidtil har været taget for givet.

Metaforen "**den rejsende**" antyder, at interview som metode kan hente inspiration i såvel etnografien som antropologien. Dette stemmer meget godt overens med min egen rolle, hvor jeg er på opdagelse blandt hjemmesygeplejersker i en kommune, jeg ikke har kendskab til. Som "rejsende" forsøger jeg at afdække hjemmesygeplejerskernes brug af EOJ i forbindelse med den sygeplejefaglige dokumentation samt hvilke observationer, hjemmesygeplejerskerne finder relevant at dokumentere.

Inden for interviewformen skelnes der mellem forskellige typer af interview, som hver især tjener forskellige formål. Jeg har valgt at anvende Kvaales tilgang til det kvalitative forskningsinterview – det han kalder "det halvstrukturerede livsverdensinterview" (ibid s. 19). Der er her tale om

"..et interview, der har til formål at indhente beskrivelser af den interviewedes livsverden med henblik på at fortolke betydningen af de beskrevne fænomener."

Jeg havde fundet interviewtemaerne gennem mine observationsstudier, men jeg var samtidig nysgerrige på, om der kunne komme nye synsvinkler og informationer frem, når interviewpersonerne "koblede sig" på hinandens fortælling. Det var således min opgave gennem interview af hjemmesygeplejerskerne at finde frem til den enkeltes synsvinkel på, hvorfor netop dette blev dokumenteret samt valg af pågældende journalark. I denne forbindelse skal jeg være opmærksom på, at jeg ikke lægger den enkelte hjemmesygeplejerske "ord i munden" men spørge på en åben, nysgerrig og interesseret måde, således at det er hjemmesygeplejerskens refleksion over mine spørgsmål, der kommer til udtryk i svaret.

Havde jeg valgt det strukturerede interview, kunne jeg risikere, at jeg lagde

mig fast på de fund, jeg havde fået i observationsstudierne og dermed afskar mig fra at indfange anden viden om EOJ som dokumentationsredskab i forhold til den sygeplejefaglige dokumentation.

Det kvalitative forskningsinterview indeholder en række karakteristika, som gør det egnet til at indhente viden, der relaterer sig til den interviewedes livsverden (ibid s. 40).

Jeg har herunder udvalgt de karakteristika, der er relevante for mine interviewspørgsmål af hjemmesygeplejerskerne i forbindelse med deres sygeplejefaglige dokumentation i EOJ.

Livsverden og mening hvor interviewet forsøger at afdække de interviewedes livsverden og den mening, som de hver især tillægger den. Det er her interviewerens opgave at registrere og fortolke, hvad der bliver sagt og hvordan.

Deskriptivt hvor interviewet har til formål at indhente ufortolkede beskrivelser. Det er primært forskerens opgave at vurdere, hvorfor de interviewede oplever og handler, som de gør.

Bevidst naivitet hvor intervieweren forsøger at indsamle så righoldige og forudsætningsløse beskrivelser af de relevante temaer som muligt. Intervieweren bør være nysgerrig og lydhør over for såvel det sagte som det usagte samtidig med, at intervieweren er kritisk over for egne forudsætninger og hypoteser.

Fokus hvor interviewet skal fokusere på forud fastlagte temaer og det skal balancere mellem stram styring og ikke-styret.

Mellemmenneskelig situation hvor interviewet er en interaktion mellem flere mennesker, som gensidigt påvirker hinanden. Formålet er at anvende den viden, der opnås gennem den mellemmenneskelige interaktion.

Med udgangspunkt i ovenstående vil jeg – i forbindelse med fokusgruppeinterviewet – forsøge at indfange hjemmesygeplejerskernes egen beskrivelse af, hvad de finder relevant at dokumentere i EOJ i forbindelse med deres sygeplejefaglige pleje, behandling og observationer, hvilke ark de

vælger til dokumentationen samt den mening de lægger i den sygeplejefaglige dokumentation.

På baggrund af mine observationsstudier udarbejdede jeg en interviewguide – se bilag 2 – som først og fremmest bestod af mine nøglespørgsmål, herefter følgespørgsmål og til sidst faktuelle spørgsmål (Riis, 2005, s. 109).

Designet for selve interviewet tog udgangspunkt i Kvale's 7 stadier, som er en "struktureret undersøgelsesrute" (Kvale, 1997, s. 95).

Tematisering som drejer sig om formålet med undersøgelsen.

Design som omhandler planlægning.

Interview der drejer sig om gennemførelse på grundlag af en interviewguide med temaer samt de interaktioner der opstår.

Transskribering hvor interviewmaterialet forberedes til analyse.

Analyse hvor undersøgelsens formål, emne og materialets karakter afgør, hvilke analysemetoder, der er velegnede.

Verificering der omhandler generaliserbarhed, reliabilitet samt validitet af interviewresultaterne.

Rapportering som vedrører det endelige produkt.

10.1.4 Audit / journalgennemgang

Teoretisk har det ikke været muligt at finde litteratur om dette emne inden for primærsektoren. Sekundærsektoren har foretaget en del audit, men her er der primært tale om journaler inden for et særligt diagnostisk område – eksempelvis kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL).

Audit i sekundærsektoren tager ofte udgangspunkt i VIPS-modellen² (Lyngby & Sørensen, 2010) og bruges endvidere i forbindelse med akkreditering, hvor der udfyldes store afkrydsningskemaer med alle krav fra standarderne.

² VIPS-modellen står for Velvære – Integritet – Profylakse – Sikkerhed
Blev udviklet i 1990'erne i Sverige og er en forskningsbaseret model for dokumentation af sygeplejen

Da primærsektoren på nuværende tidspunkt ikke har akkrediteringskrav og deraf følgende skemaer / modeller for audit / journalgennemgang, har jeg i forbindelse med min audit / journalgennemgang valgt at tage udgangspunkt i de lovgivningsmæssige mindstekrav (Retsinformation, 2011), da jeg herved har mulighed for at sætte mine fund ind i et skema.

Sundhedsstyrelsens lovgivningskrav:

- Oplysning om årsag til henvendelsen eller kontakten
- Dato for kontakten
- Nødvendige observationer og oplysninger om patientens tilstand
- Indikation for foretagne undersøgelser samt resultatet heraf
- Planlagt indsats
- Udført pleje og behandling, forebyggelsestiltag, lindring, rehabilitering og observation mv.
- Beskrivelse og vurdering af resultatet
- Information og undervisning af patienten
- Ændringer i patientens tilstand og deraf følgende revurdering af indsatsen
- Indtrådte komplikationer og bivirkninger mv.
- Henvisninger til andre sundhedspersoner og resultatet heraf
- Aftaler med patienten, pårørende og/eller samarbejdspartnere

Ud over ovenstående vil jeg i forbindelse med min audit / journalgennemgang se om jeg kan få svar på nedenstående "forskningsspørgsmål":

- Dokumenterer hjemmesygeplejerskerne ved hvert besøg?
- Hvilke journalark dokumenterer hjemmesygeplejerskerne i?
- Bliver de lovgivningsmæssige dokumentationskrav opfyldt?
- Benytter hjemmesygeplejerskerne sig af "dobbeldokumentation"?

Efter observationsstudierne udvalgte jeg de journaler, som jeg ønskede at inddrage i min audit / journalgennemgang. Der var dels tale om journaler, der blev dokumenteret i under observationsdagene men også journaler, som der ikke blev dokumenteret i disse dage. Der var endvidere tale om journaler, som havde været tilknyttet hjemmesygeplejen over såvel kortere som længere dokumentationstid?

11. Præsentation af resultater fra metodologien

11.1 Observation

Deltagerobservation er valgt, da jeg herved kan iagttage hjemmesygeplejerskernes nuværende dokumentationspraksis i EOJ – hvad bliver dokumenteret, i hvilke ark finder dokumentationen sted, foretager hjemmesygeplejersken workarounds i forbindelse med dokumentationen og bliver de lovgivningsmæssige krav opfyldt?

Observationsstudierne er foregået i en anden kommune, end der hvor jeg er ansat, for herved at minimere bias samt for at kunne observere mest muligt objektivt.

Jeg fik en aftale i stand med observationskommunen, hvor jeg kunne følge et par hjemmesygeplejersker – arbejder i samme distrikt – gennem en hel arbejdsdag. Grundet forskellige omstændigheder, måtte jeg – den første dag – følge en anden hjemmesygeplejerske end oprindeligt planlagt, og mine observationsdage blev derfor fordelt på to distrikter. Jeg havde på forhånd informeret lederen af Hjemmeplejen om min projekt, så da jeg mødte informanterne, var de overordnet klar over, hvad jeg ønskede at observere.

Informanterne var udpeget af ledelsen og begge dage mødte jeg en halv time senere end dem – informanterne havde brugt den halve time til at læse på borgere samt tilrette egen køreliste. Jeg informerede informanterne om, at jeg udelukkende var nysgerrig på deres sygeplejefaglige dokumentationspraksis – i forhold til mit projekt – og at jeg i løbet af arbejdsdagen ville tage notater samt observere hvad og hvor de noterede i EOJ samt muligvis stille uddybende / opklarende spørgsmål. Ved borgerbesøg ønskede jeg at være i baggrunden – ”fluen på væggen” – og hjemmesygeplejerskerne kunne over for borgerne sige, at jeg var på ”studiebesøg”.

11.1.1 Præsentation af observation

Da jeg ønskede at observere meget "åbent" vedrørende den sygeplejefaglige dokumentation, havde jeg udarbejdet et meget simpelt observationsskema. Jeg ville ikke på forhånd lægge mig fast på hvilke ark i EOJ, som jeg forventede hjemmesygeplejerskerne dokumenterede i og jeg havde derfor ikke skrevet disse "typer af ark" ind i observationsskemaet.

Observationsskemaet var delt i kolonner, således at jeg ved hvert besøg kunne notere "besøgstype", mine observationer, hjemmesygeplejerskens dokumentation, oplysninger fra hjemmesygeplejersken samt "andet".

OBSERVATIONSSKEMA

TYPE	OBSERVATION	DOKUMENTATION	HVOR	INTERVIEW	ANDET

Figur 9: Manual til observationsskema³

Begge hjemmesygeplejersker havde såvel bærbar pc som PDA med, da vi forlod kontoret for at køre på borgerbesøg. Der var begge dage tale om 6 planlagte borgerbesøg for hjemmesygeplejerskerne. Den ene dag var der endvidere tale om, at hjemmesygeplejersken skulle indberette en utilsigtet hændelse (UTH) fra julen.

Kørelisten blev for begge hjemmesygeplejerskers vedkommende medbragt i papirudgave, til trods for at de begge havde mulighed for at tilgå kørelisten via deres PDA. Begge hjemmesygeplejersker begrundede denne løsning med, at de så havde *"mulighed for at notere bemærkninger / opmærksomhedspunkter direkte på kørelisten i forbindelse med borgerbesøg"*.

Den ene hjemmesygeplejerske havde pc'en med ind ved alle besøg, men den blev kun fundet frem en enkelt gang i forbindelse med medicindosering. Der var dog problemer med "at fange serveren", så hjemmesygeplejersken

³ Kolonne 1 refererer til "titlen" på sygeplejebesøget jævnfør køreliste
Kolonne 2 er min egen beskrivelse af det observerede
Kolonne 3 og 4 gælder hjemmesygeplejerskens dokumentation i EOJ
Kolonne 5 er til oplysninger fra hjemmesygeplejersken
Kolonne 6 vedrører oplysninger, som ikke kan placeres under de øvrige kolonner

måtte ringe til hjemmeplejens kontor og få en kollega til at tjekke medicinskemaet på en stationær pc. Medicinskemaet i hjemmet var ikke identisk med det, der var på pc'en, så hjemmesygeplejersken skrev ændringerne på medicinskemaet i hjemmet samt datoen og hendes initialer. Der blev herefter doseret medicin til 14 dage ud fra det tilrettede medicinskema og hjemmesygeplejersken noterede på en lille "gul lap", hvilken medicin hun skulle bestille inden næste dosering. Den "gule lap" blev efterfølgende sat på tastaturet, så *"jeg ser den, når jeg kommer tilbage på kontoret"*. På kørelisten blev der skrevet "bestil med. + dok". Hjemmesygeplejersken oplyste efterfølgende, at det var et tilbagevendende problem, at de ikke kunne "fange serveren" på den bærbare pc, men at hun altid forsøgte ved medicindosering, da det var vigtigt at hun kunne se det aktuelle medicinskema, *"for det er det, der gælder"*.

Ved et borgerbesøg skulle der ændres på den allerede doserede medicin, da egen læge havde sendt en korrespondance om, at et præparat skulle ændres fra x 2 dagligt til x 1 dagligt. Herudover skulle medicinen også gives på et andet tidspunkt. Hjemmesygeplejersken tilrettede medicinskemaet i hjemmet med kuglepen og skrev datoen samt hendes initialer. Borger informeres om medicinændringen og at hun skal være opmærksom på, om der eventuelt skal ændres yderligere. På bagsiden af kørelisten, noterede hjemmesygeplejersken, hvordan medicinen nu var fordelt i doseringsæskerne, således at hun kunne tilrette medicinskemaet i EOJ, når vi var tilbage på kontoret.

Dagens sidste besøg var et "omsorgsbesøg" hos en borger, der tre gange er opereret for en hjernetumor – senest i efteråret 2011. Borger oplyser, at han fortsat har voldsom hovedpine og at han har det bedst, når han sidder eller ligger ned. Der ses hævelse ved cicatricen i venstre tinding. Der noteres intet under besøget, men så snart vi er tilbage på kontoret, beskrives dagens besøg i fokusområdet. Der oprettes endvidere et notat i EOJ, for *"det gør vi altid, når der dokumenteres i et fokusområde, så kolleger kan se, hvilke borgere der er dokumenteret på"*.

Den anden hjemmesygeplejerske havde pc'en liggende i bilen under alle besøg. Sidstnævnte hjemmesygeplejerske fortalte, at hun aldrig havde pc'en med ind ved borgerbesøg, da *"det er distancerende at dokumentere på den bærbare pc under borgerbesøg"*. Når hun alligevel valgte at tage den med i bilen, skyldtes det, at hun indimellem brugte "ventetiden" mellem to besøg på, at få dokumenteret *"dagens hændelser"*. Hjemmesygeplejersken kunne eksempelvis have "ventetid", hvis hun skulle mødes med en SSH i forbindelse med et borgerbesøg.

Flere af borgerbesøgene drejede sig om sårpleje. Hjemmesygeplejersken skrev små stikord på kørelisten f.eks. "bestille", "betnovat og sølv" og "-mandag". Ved to af besøgene besluttede hjemmesygeplejersken at ændre sårplejen. Da vi var tilbage på kontoret blev fokusområdet fundet frem på pc'en, og hjemmesygeplejersken tilføjede en ny handling og beskrev hvordan sårplejen fremadrettet skulle udføres. Herefter slettede hun den tidligere handling og dertil hørende evalueringer.

Delproblem: Urinvejsinfektion

Delproblem

Problem

Gyldig fra Gyldig til

[Afslut delproblem](#)
[+ Tilføj beskrivelse](#)

Mål

[+ Tilføj evaluering](#)

<< Forrige 1 Næste >> Udsøgt i alt: 2 Antal pr. side

Handlinger	Evaluering
<p>Handling <input type="text" value="Undersøgelser - Urinstiks"/></p> <p>(23-03-2012, tip46) Besked fra e.l. pr korrespondance: Der kommer Selexid 1x3 dgl. i 5 dage.</p> <p>+ Tilføj handling X Fjern handling</p>	<p>Evaluering <input type="text" value="2 - Godt"/></p> <p>(23-03-2012, tip46) Modtaget Selexid og doseret til 5 dage. Pause med haiprex.</p> <p>+ Tilføj handlingsevaluering X Fjern handlingsevaluering</p>

Figur 11: Eksempel på delproblem. Ved at klikke her, er det muligt at fjerne handling og handlingsevaluering fjernes ved at klikke her

Begrundelsen for at slette tidligere handling var, at fokusområdet bliver for langt og uoverskueligt, hvis al dokumentation står der. Fokusområder bliver udprintet og ligger hos borgerne, så hjemmesygeplejersken altid kan læse

sig frem til, hvordan der skal foretages sårpleje.

Ved et andet "sårbesøg" ydes der sårpleje efter beskrivelsen i fokusområdet. I forbindelse med den efterfølgende dokumentation – på kontoret – i fokusområdet, opretter hjemmesygeplejersken en handlingsevaluering, hvor hun beskriver hvordan såret og det omgivende væv ser ud. Borgers ben var ødematøst og hjemmesygeplejersken taler med hende om, at hun nok ville have gavn af kompressionsforbinding. Umiddelbart er borger ikke interesseret heri, men hun vil tænke over det.

Den sidste borger, vi besøger denne dag, har sår på begge underben. Han har de seneste 20-25 år haft dårligt blodomløb – med sår til følge – og han har i perioder været tilknyttet "sårafdelingen" på Bispebjerg Hospital. Der ydes sårpleje x 3 ugentligt. Hjemmesygeplejersken fortæller mig efterfølgende, at hun ikke vil dokumentere på denne borger, da *"der ikke er sket ændringer siden sidst"* og *"desuden er det mig der kommer igen ved næste sårpleje"*.

Hjemmesygeplejerskerne havde hele tiden PDA´en på sig. Baggrunden for dette var, at den dels blev brugt som telefon – hjemmesygeplejerskerne kunne modtage opkald fra kolleger / ringe til samarbejdspartnere – men det var også muligt at registrere komme- / gå tider via dette medie. Sidstnævnte blev udelukkende brugt af den ene hjemmesygeplejerske, men der var dog mest tale om efterregistrering, idet hun kun en enkelt gang huskede at starte besøget tidsmæssigt korrekt.

PDA´en blev flere gange brugt som telefon. Ved et borgerbesøg var der behov for at ringe til hospitalet, da borger var blevet udskrevet, uden der var medgivet en plan over sårplejen samt en vejledning til anlæggelse af stumpforbinding. Hjemmesygeplejersken måtte ringe til tre afdelinger, før hun kunne få de nødvendige oplysninger. Hjemmeplejen var ikke orienteret om borgers udskrivelse, men borger havde selv ringet til hjemmeplejen, da der var gennemsivning af forbindingen. Hjemmesygeplejersken havde medbragt lidt forskelligt sårplejemateriale, men manglede et elastikbind. Borger havde selv et elastikbind til stumpforbindingen. På kørelisten

noterede hjemmesygeplejersken "bedt om stumpvejledn. + sårplan samt dato for amb. tid".

Da vi kommer tilbage til kontoret, opretter hjemmesygeplejersken et fokusområde vedrørende sårplejebehandlingen. Fokusområdet bliver udelukkende oprettet, fordi jeg er med – *"normalt ville jeg bare skrive et notat, for vi skal nok kun komme nogle få gange og hjælpe med sårpleje og så er det unødvendigt med et fokusområde"*.

11.1.2 Sammenfatning

Begge hjemmesygeplejersker oplyste, at de ikke brugte PDA'en til den sygeplejefaglige dokumentation. Hjemmesygeplejerskerne fravalgte PDA'en som dokumentationsmedie, da *"den er for lille til at dokumentere på og det er ikke muligt at få overblik over et fokusområde"*.

I forbindelse med borgerbesøg brugte hjemmesygeplejerskerne tid på at informere borger / pårørende om eksempelvis sårplejebehandling og medicin (virkning og bivirkning). I flere tilfælde blev denne information / oplysning efterfølgende ikke dokumenteret i EOJ på den stationære pc.

Begge hjemmesygeplejersker benyttede sig af workarounds i forbindelse med deres sygeplejefaglige dokumentation under borgerbesøg. Der blev flere gange skrevet små stikord på kørelisten med henblik på senere dokumentation og en enkelt gang blev der noteret på "en gul lap".

Det var en gennemgående observation, at hjemmesygeplejerskerne ikke dokumenterede deres sygeplejefaglige handlinger i umiddelbar tilknytning til borgerbesøg. Begge hjemmesygeplejersker gav udtryk for, at de fandt det for tidskrævende / distancerende, at logge sig på den bærbare pc – i forbindelse med borgerbesøg – samt at de jævnligt havde problemer med at "fange serveren" ved borgerbesøg. Herudover oprettede begge hjemmesygeplejersker et notat, når de havde dokumenteret i et fokusområde.

Jeg har herunder sat mine fund fra observationsstudierne ind i et skema, listet op efter hyppighed:

Observation	Observeret antal gange
Hjemmesygeplejerske skrev noter på kørelisten	7
Hjemmesygeplejerske brugte PDA til at registrere komme-/gå-tider (5 ud af 6 besøg blev efterregistreret samtidig)	7
Hjemmesygeplejerske dokumenterede ikke i EOJ	6
Hjemmesygeplejerske oprettede et notat i EOJ	5
Hjemmesygeplejerske foretog telefonopkald via PDA	4
Hjemmesygeplejerske oprettede en handlingsevaluering i EOJ	3
Hjemmesygeplejerske modtog telefonopkald via PDA	3
Hjemmesygeplejerske slettede tidligere handlinger i EOJ	2
Hjemmesygeplejerske dokumenterede borgerinformation / yderligere observationer i EOJ	2
Hjemmesygeplejerske signerede udprintet medicinskema i hjemmet	2
Hjemmesygeplejerske tilrettede medicinskema i hjemmet	1
Hjemmesygeplejerske skrev noter på "gul lap"	1
Hjemmesygeplejerske startede bærbar pc op ved borgerbesøg	1
Hjemmesygeplejerske tilrettede medicinskema på "stationær pc"	1

Figur 12: Skema over observationsfund

11.2 Fokusgruppeinterview

I forbindelse med de to observationsdage fik jeg en aftale i stand med de to hjemmesygeplejersker om et fokusgruppeinterview. Dette blev afholdt 14 dage senere, således at jeg kunne bruge den mellemliggende tid til at granske mine observationer med henblik på udarbejdelse af en interviewguide. Formålet hermed var, at jeg kunne skabe mig et overblik over, hvad jeg havde behov for dels at få uddybet men også for at få mulighed for at få valideret og kvalificeret mine observationer.

Som nævnt valgte jeg et fokusgruppeinterview med de to sygeplejersker –

den ene har været hjemmesygeplejerske i 16 år og den anden i 1 år. Interviewet fandt sted i et mødelokale hos hjemmeplejen og blev optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet. Når jeg valgte at holde fokusgruppeinterviewet hos Hjemmeplejen, var det for at give de to hjemmesygeplejersker tryghed ved at være i kendte rammer. Fokusgruppeinterviewet foregik i en afslappet stemning – der var plads til latter – og begge hjemmesygeplejersker deltog aktivt.

Til fortolkning af det transskriberede interview har jeg valgt at benytte systematisk tekstkondensering (Malterud, 1996) – da jeg tidligere har brugt denne fortolkningsmåde. Der er tale om en metode, som ikke kun præsenterer kondenserede tekststykker, men i stedet giver fundene nuance og mangfoldighed og fortrinsvis på en måde, som fører til en ny og åben indsigt (ibid s. 99). Baggrunden for dette er, at informationer fra flere informanter sammenskrives og der er hermed tale om en tværgående analyse. Malterud har været inspireret af A. Giorgis fænomenologisk analyse – i forbindelse med udviklingen af denne kondenserede analysemetode – og metoden indeholder også mange lighedspunkter til "Grunded Theory" af Glaser og Strauss.

Formålet med fænomenologisk analyse er at udvikle viden om informanternes livsverden inden for et bestemt felt, samt at lede efter essenser og væsentlige kendetegn ved de fænomener der undersøges. Herudover skal jeg som interviewer forsøge at sætte egne forudsætninger i parentes under mødet med data.

Analysen er deskriptiv og data er baseret med sigte på at få en beskrivelse frem. Dette gøres ved at stille spørgsmål, som tager udgangspunkt i problemstillingen, til materialet og derefter se materialet i lyset af dette. Svarerne bestemmes derfor af spørgsmålene, materialet og den teoretiske referenceramme. Gennem den systematiske refleksion identificeres kendetegn og mønstre, som kan genfortælles. Som forsker skal jeg forholde mig til min egen rolle gennem hele processen, hvilket vil sige så neutralt som muligt samt følge en stringent vej, således at læseren efterfølgende kan følge

processen og dermed anerkende konklusionerne. Malterud lægger vægt på, at analysen ikke bare gennemføres, men i høj grad skal formidles.

Den systematiske tekstkondensering består af fire trin:

- **Helhedsindtryk** – fra vildnis til temaer
- **Meningsbærende enheder** – fra temaer til koder
- **Kodekondensering** – fra kode til mening
- **Sammenfatning** – fra kondensering til beskrivelse og begreber

11.2.1 Præsentation af systematisk tekstkondensering

Jeg vil herunder gennemgå de fire trin i systematiske tekstkondensering samt illustrere trinene med skærbilleder fra min meningskondensering.

Første trin:

På dette trin har jeg dannet mig et helhedsindtryk over det transskriberede interview ved at læse det igennem flere gange. Jeg har herved fået et indtryk af hvilke temaer, som repræsenterer hjemmesygeplejerskernes oplevelse af den sygeplejefaglige dokumentation i EOJ i forhold til lovgivning, faglige og administrative krav. Ifølge Malterud er det vigtigt, at jeg forholder mig til det fænomenologiske perspektiv. Jeg skal således bestræbe mig på at lægge egen referenceramme og forforståelse fra mig, så jeg herved er mere åben overfor hvilke temaer, der dukker op i materialet. Det kan dreje sig om fire til otte temaer, som intuitivt vækker min interesse. Det er vigtigt, at jeg hele tiden holder et fugleperspektiv og at temaerne ikke kommer til at blive betragtet som resultater. Disse fire til otte temaer – som skal "farvelægges" – vil nu repræsentere det første intuitive og databaserede skridt i kategoriseringen af mit materiale (ibid s. 100).

Efter gennemlæsningen af fokusgruppeinterviewet er jeg kommet frem til temaer som: overblik, tid, ansvar, artefakter, hyppighed, relevans og info til kolleger / samarbejdspartnere. Derudover kom jeg frem til yderligere et tema omhandlende organisering.

Dokumentation
Hvor i EOJ er det relevant at dokumentere jeres sygeplejefaglige observationer?
Overblik
Tid
Ansvar
Artefakter
Hyppighed
Relevans
Info til kolleger / samarbejdspartnere
Organisering

Meningskondenseringen er vedlagt som bilag 4.

Andet trin:

Hver enkelt tema repræsenterer forskellige sider af problemstillingen, som skal belyses. De meningsbærende enheder identificeres ved at organisere materialet i dele, som jeg skal studere nærmere. Dette kan jeg gøre ved at finde de udsagn, som giver viden om et eller flere af temaerne. Her kommer farverne til deres ret, idet tekststykkerne markeres med en farve svarende til et tema. Ud fra farverne kan jeg se, om det er nødvendigt at raffinere temaerne yderligere. Dette kan ske ved enten at opdele temaer eller lægge temaer sammen – denne proces kaldes kodning. Kodning indebærer en systematisk dekontekstualisering, hvor dele af teksten hentes ud fra sin oprindelige sammenhæng, for senere at kunne læses i sammenhæng med de beslægtede tekstelementer og den teoretiske referenceramme.

Da mine fund senere skal kunne valideres, anbefaler Malterud, at der bliver oprettet en Matrice, der dels viser, hvilken informant den meningsbærende enhed kommer fra og hvem der har sagt det. Dette kan gøres ved, at man inddaterer tidsstempelen eller linjenummeret, som er angivet under transskribering af lydoptagelserne. Når dette gøres, vil det være lettere for andre at kunne genfinde både tekst og lyd. I forbindelse med

transskriberingen af fokusgruppeinterviewet har jeg ikke benyttet mig af tidsstempel eller linjenummer, så data er blot sat i kronologisk rækkefølge.

Dokumentation		
Hvor i EOJ er det relevant at dokumentere jeres sygeplejefaglige observationer? Overblik Tid Ansvar Artefakter Hyppighed Relevans Info til kolleger / samarbejdspartnere Organisering	R: Vi dokumenterer i fokusområder eller noter! Ja ... og så medicinen, den har en plan for sig selv. Hvad vi har hældt op og hvad vi har bestilt af medicin. Og også smertepaster skiftet ... altså både medicindosering og medicingivning og medicinændringer skriver vi ... og altså ud over	dokumenterer i fokusområder eller noter medicinen, den har en plan for sig selv medicindosering og medicingivning og medicinændringer Helhedsvurderingen ... det er altid os det er lidt forskelligt, hvor vi skriver noter eller under

På dette trin skal jeg overveje, om mine betegnelser for temaer så også "holder stik". Dette kan jeg gøre, ved at jeg ser på de udsagn, som jeg har fundet frem til på nuværende tidspunkt – repræsenterer udsagnene de temaoverskrifter, som jeg har valgt. (ibid s. 103).

Tredje trin:

På dette trin skal jeg systematisk hente mening ud, ved at kondensere indholdet i de meningsbærende enheder, som jeg fandt ved gennemgangen af det transskriberede interview. Hver enkelt kode gennemgås for at skabe rum for eventuelt flere fortolkninger. Her skal jeg være opmærksom på, hvordan jeg tolker teksten, da jeg vil tolke ud fra mit eget faglige perspektiv. Undervejs vil der formentligt kunne findes forskellige nuancer med hver kodes meningsaspekt. Det kan derfor være nødvendigt at opdele

kodegrupperne i subgrupper. Dannelsen af subgrupper må gerne ske sammen med andre og ud fra mit faglige ståsted. Subgrupperne skal belyse de forskellige nuancer i problemstillingen samt diskutere, hvilke grupper der er mest relevante (ibid s. 106). Ud fra subgrupperne bliver der nu dannet kunstige citater, som indeholder det konkrete indhold fra de meningsbærende enheder – det vil sige med informanternes egne ord og begreber. Under processen vil jeg hele tiden vende tilbage til det transskriberede interview, for herved at sikre, at jeg er tro mod det sagte.

Dokumentation			
Hvor i EOJ er det relevant at dokumentere jeres sygeplejefaglige observationer? Overblik Tid Ansvar Artefakter Hypothese Relevans Info til kolleger / samarbejdspartnere Organisering	R: Vi dokumenterer i fokusområder eller noter! Ja ... og så medicinen, den har en plan for sig selv. Hvad vi har hældt op og hvad vi har bestilt af medicin. Og også smertepaster skiftet ... altså både medicindosering og medicingivning og medicinændringer skriver vi ... og altså ud over ændret på	dokumenterer i fokusområder eller noter medicinen, den har en plan for sig selv medicindosering og medicingivning og medicinændringer Helhedsvurderingen ... det er altid os det er lidt forskelligt, hvor vi skriver noter eller under medicinfanen eller	Vi dokumenterer i fokusområder eller noter og medicinen, den har en plan for sig selv. Her dokumenterer vi medicindosering og medicingivning og medicinændringer Helhedsvurderingen bliver altid skrevet af os det er lidt forskelligt, hvor vi skriver – det kan være i noter eller

Fjerde trin:

På fjerde og sidste trin skal mit materiale rekontekstualiseres. Dette betyder, at jeg ud fra de kunstige citater, meningsbærende enheder og koder skal udforme en sammenfatning / indholdsbeskrivelse for hver kode- / subgruppe, hvilket er illustreret herunder.

Dokumentation				
Hvor i EOJ er det relevant at dokumentere jeres sygeplejefaglige observationer? Overblik Tid Ansvar Artefakter Hypothese Relevans Info til kolleger / samarbejdspartnere Organisering	R: Vi dokumenterer i fokusområder eller noter! Ja ... og så medicinen, den har en plan for sig selv. Hvad vi har hældt op og hvad vi har bestilt af medicin. Og også smertepaster skiftet ... altså både medicindosering og medicingivning og medicinændringer skriver vi ... og altså ud over ændret på	dokumenterer i fokusområder eller noter medicinen, den har en plan for sig selv medicindosering og medicingivning og medicinændringer Helhedsvurderingen ... det er altid os det er lidt forskelligt, hvor vi skriver noter eller under medicinfanen eller	Vi dokumenterer i fokusområder eller noter og medicinen, den har en plan for sig selv. Her dokumenterer vi medicindosering og medicingivning og medicinændringer Helhedsvurderingen bliver altid skrevet af os det er lidt forskelligt, hvor vi skriver – det kan være i noter eller	Helhedsvurderingen skrives altid af hjemmesygeplejerskerne og derudover dokumenterer hjemmesygeplejerskerne i fokusområder, noter og medicinen. Begge informanter giver dog udtryk for, at det er lidt forskelligt, hvor de skriver.

Denne beskrivelse skal formidle mit resultat, så den er tro mod "informanternes stemmer".

Jeg har udformet en sammenfatning inden for hvert enkelt tema med et relevant citat. For at sikre, at jeg er tro mod informanterne, validerer jeg mine fund ved at sammenligne indholdsbeskrivelserne med den sammenhæng, som de er hentet ud fra – se bilag 4.

11.2.2 Præsentation af fokusgruppeinterview

Jeg vil herunder gøre rede for hvert af de otte temaer ved dels at fremkomme med en "sammenhængende tekst" fra meningskondenseringen – der fortæller lidt mere overordnet om temaet – samt egne kommentarer krydret med citater fra fokusgruppeinterviewet. Til sidst vil jeg komme med en sammenfatning af hele fokusgruppeinterviewet.

Overblik

Sammenfatningen viser, at hjemmesygeplejerskerne overordnet set mener, at EOJ er en fantastisk forbedring i forhold til papirjournaler, men at EOJ-systemet er så stort, at det kan være svært at finde det rigtige sted, hvis

man skal lede tilbage. Herudover giver hjemmesygeplejerskerne udtryk for, at EOJ-systemet kan være forvirrende, rodet og svært og der er en masse ting, som er misvisende. Det er endvidere svært / håbløst, at finde det ord i klassifikationen, som dækker det sygeplejemæssige problem, når der skal oprettes et fokusområde.

Selv om hjemmesygeplejerskerne er tilfredse med EOJ-systemet, så giver de dog samtidig udtryk for, at de har problemer med de mange valgmuligheder. Hvilket ark skal de vælge til at dokumentere deres pleje, behandling og observationer – notat, fokusområde, medicinmodul eller et helt andet sted – og hvor skal kolleger genfinde data?

“At finde det sted, hvor det er, der står at hun ikke må få Imperial det kan stå 1000 steder og ender måske med at finde det i et tilknyttet dokument så er det aldrig blevet skrevet derfra og det... men ... lige at finde ud af, hvad kalder man lige fokusområdet og ... er der overhovedet et standard fokusområde og rummer det det man gerne vil skrive inden for ... og bliver det så alligevel skrevet der eller bliver det faktisk skrevet som et notat?”

“det er meget svært det der med, at der er mange steder tingene kan være gemt – finde det sted, hvor det er, der står – det kan stå 1000 steder”

Når det overordnede problem i et fokusområde skal vælges, åbner EOJ-systemet op for flere valgmuligheder – dels via SKS men også via den enkelte “organisations ordvalg”. Hjemmesygeplejerskerne oplever dog ofte, at de ikke kan finde et dækkende ord for den sygeplejefaglige problematik og vælger derfor et alternativ, som den pågældende hjemmesygeplejerske finder brugbart.

“lige at finde ud af, hvad kalder man lige fokusområdet”

Som hjemmesygeplejerske er der behov for at videregive oplysninger / informationer omkring pleje, observation og behandling af borgere til kolleger. Denne formidling kan EOJ-systemet håndtere via advis eller notat, men der er ikke enighed blandt hjemmesygeplejerskerne om dette.

“vi både skriver adviser og at vi også skriver i den lille bog og også går ind og siger det”

Tid

Ifølge sammenfatningen bliver der brugt megen tid på den sygeplejefaglige dokumentation og hjemmesygeplejerskerne vil hellere besøge en borger mere frem for at bruge tid på dokumentation. Derudover er det besværligt og tidskrævende at logge på den bærbare pc ved borgerbesøg. Helhedsbeskrivelsen bliver udarbejdet, når der er tid til det og der er borgere, der aldrig får lavet en helhedsbeskrivelse.

Informanterne er enige om, at de bruger megen tid på den sygeplejefaglige dokumentation og de prioriterer borgerbesøg højere end dokumentation. Selv om der er tale om megen dokumentationstid, er der borgere, som der aldrig bliver lavet en helhedsbeskrivelse på.

“hellere nå en borger mer´ end at ringe og sige “du får altså ikke hjælp i denne her uge”, end at få dokumenteret”

“Den laves når tid haves”

“Der er nogle, der ikke har fået nogen”

Hjemmesygeplejerskerne har alle en bærbar pc samt mulighed for internetopkobling, men det er sjældent, hjemmesygeplejerskerne benytter sig af denne mulighed, da det er besværligt og tidskrævende.

“Jeg synes den største hindring ... og altså det er egentlig tiden og så muligheden for ... altså det er besværligt at komme på den bærbare computer, når man er ude ved borgeren og det tager tid”

“Det tager noget tid at logge på den bærbare og sådan noget, men jeg kan nå at sætte mig ind i vedkommende inden... inden jeg tar´ derud”

Ansvar

Sammenfatningen viser, at hjemmesygeplejerskerne mener, at EOJ giver dem mulighed for at overbringe det de ser og oplever hos den enkelte borger til kolleger / samarbejdspartnere. Hermed dokumenteres hjemmesygeplejerskens handling og "behandlingstilbud" til borger samt kontinuitet i plejen. Hjemmesygeplejerskerne er usikre på dokumentationsregler, så de dokumenterer i EOJ i forbindelse med tiltag / ændringer hos borger eller der bliver modtaget ændringer fra lægen. Desuden bliver der dokumenteret sygeplejefagligt i tilfælde af, at borger ønsker aktindsigt.

Hjemmesygeplejerskerne er enige om, at EOJ giver dem mulighed for kontinuitet samt at overbringe informationer om det de ser / oplever hos borgerne – med henblik på kontinuitet – til kolleger og samarbejdspartnere og at denne information kræver ansvar.

"ansvar for kontinuitet og et ansvar for at det bliver skrevet ned hvad man ... ja ... altså ens handlinger"

"faktisk tilbudt hende de her ting men hun har selv sagt nej"

"Altså det er et kæmpe ansvar at få overbragt det man ser og det man oplever til kolleger og samarbejdspartnere"

Den enkelte hjemmesygeplejerske tænker ikke nærmere over, hvilke dokumentationskrav han / hun er underlagt og hjemmesygeplejerskerne (som gruppe) taler heller ikke om disse lovgivningsmæssige dokumentationskrav.

"Altså jeg tænker egentlig ikke over det ... altså om vi taler om dette. Findes der nogle regler?"

Hjemmesygeplejerskerne er klar over, at der er et juridisk aspekt – i forbindelse med den sygeplejefaglige dokumentation – så hjemmesygeplejerskerne er enige om, at journalen skal være skrevet i et forståeligt sprog, såfremt borger (eller pårørende) ønsker aktindsigt.

"noget juridisk for os selv eller for hjemmeplejen"

"jeg tænker altid sådan noget aktindsigt"

"selvfølgelig skal man altid skrive i sådan et sprog ... skrive nogle ting som er forståeligt og bliver skrevet på en måde så man ved at det her skal borgeren selv kunne læse og ..."

Artefakter

Sammenfatningen viser, at hjemmesygeplejerskerne udprinter deres køreliste, da de herved har noget at skrive deres notater på i forbindelse med borgerbesøg. Der er et ønske om, at PDA'en har en "sticky notes"-funktion ved hver enkelt borger, således at bemærkninger kan skrives her frem for på udprintet køreliste.

I forbindelse med borgerbesøg har hjemmesygeplejerskerne behov for at have et sted at skrive notater, bemærkninger eller opmærksomhedspunkter om den enkelte borger, således at hjemmesygeplejersken efterfølgende husker disse ting i forbindelse med dokumentationen i EOJ. Da hjemmesygeplejerskerne ofte har problemer med at komme på den bærbare pc, ønsker de en funktion til "denne notering" på PDA'en.

"har altid min køreliste ... fordi ellers så mangler jeg i hvert fald en lille ... sticky notes eller et eller andet i min PDA hvor jeg kan skrive "husk handsker"

Lovgivningen stiller krav om kontinuitet i den sygeplejefaglige dokumentation og når hjemmesygeplejerskerne ikke har tid til at gå ind i fokusområder eller lignende skriver de i stedet deres informationer i notater eller "kinabog".

"Og det er i noter ved dem jeg ikke når at skrive ved ..."

"Jeg skriver det i kinabogen"

Hyppighed

Ifølge sammenfatningen giver informanterne udtryk for, at hyppigheden for den sygeplejefaglige dokumentation hos den enkelte borger afhænger af flere faktorer. Der kan således gå flere uger mellem den sygeplejefaglige dokumentation, hvis borgers tilstand / behandling er uændret, men der er samtidig enighed om, at der bør være sket ændringer inden for en tidshorisont på tre til fem uger og dermed behov for dokumentation.

Der skal endvidere dokumenteres i EOJ, når den sygeplejefaglige behandling "går den rigtige vej".

Får borger udelukkende besøg i forbindelse med medicindosering, skal der dokumenteres hver eneste gang.

Intervallerne for den sygeplejefaglige dokumentation afhænger dels af, hvilke sygeplejedydelser der er tale om samt hvor ofte borgeren besøges. Får borgeren udelukkende besøg til medicindosering, bliver der dokumenteret hver gang i EOJ.

"Det kommer jo også an på, hvor tit man kommer hos borgeren, hvad der er lang tid. Er det et sår, hvor man kun kommer en gang om ugen, kan der kan jo snildt gå 3-4 uger altså – så kan der godt gå rigtig mange uger fordi det så 4-5 gange godt kan se ... se uændret ud ... men"

"Det kommer an på hvor meget der er ... Så hvis vi kommer ud og medicindoserer ved en patient, så er det hver eneste gang, vi skriver medicindoseret, bestilt osv..."

Sket der ændringer i borgers tilstand eller i den sygeplejemæssige behandling, er der behov for at dokumentere dette i EOJ, således at kolleger er bekendt med den aktuelle handling.

"Når der er sket ændringer eller evalueringer. Der kan godt gå lang tid, der kan sagtens gå lang tid ... jeg kan godt komme hos den samme sårpatient i lang tid hvor det ikke øhh ... ikke ændrer sig markant uden jeg går jeg ind og skriver at der ikke er nogle ændringer ... og så pludselig en dag så går det heldigvis den rigtige vej, så går jeg ind og skriver"

Relevans

I sammenfatningen konkluderer hjemmesygeplejerskerne, at de er ansvarlige for at udfylde helhedsbeskrivelsen. Herudover er der behov for, at hjemmesygeplejerskerne dokumenterer i fokusområder, notater og medicin.

Det er relevant for hjemmesygeplejerskerne, at dokumentere deres pleje, behandling og observationer af borgere i fokusområder, notater og medicin, da det er her kolleger / samarbejdspartnere søger borgeroplysninger.

"Vi dokumenterer i fokusområder eller noter! Ja ... og så medicinen, den har en plan for sig selv. Hvad vi har hældt op og hvad vi har bestilt af medicin. Og også smerteplaster skiftet ... altså både medicindosering og medicingivning og medicinændringer skriver vi ..."

Hjemmesygeplejerskerne er ansvarlige for at udfylde helhedsbeskrivelsen hos borgere, der udelukkende modtager hjemmesygepleje, da visitator ikke er involveret i ydelser via Sundhedsloven.

"helhedsvurderingen det er altid os"

Info til kolleger / samarbejdspartnere

Af sammenfatningen fremgår det, at hjemmesygeplejerskerne sender advis til samarbejdspartnere (kolleger) i kommunen og korrespondancer ud af huset.

Hjemmesygeplejerskerne er enige om, at eksterne informationer / forespørgsler om borgere sendes via korrespondancer i EOJ.

"Vi sender advis til ..."

"Ja og altså korrespondancer ud af huset"

"Det kan også være advis til de andre samarbejdspartnere i kommunen ... visitator og terapeuter, ikk'?"

Når der er tale om vigtige informationer (interne) til aftenvagterne, er der blandt hjemmesygeplejerskerne ikke enighed om, hvordan dette gøres. Dette ses tydeligt i den ene informants svar og "sideløbende" refleksion.

"Vi sender advis til ... altså f.eks. hvis jeg har noget vigtigt om borgeren, som aftenvagten skal vide, når de... Så skriver jeg en advis, at de skal lige læse på den borger eller laver en kopi af det ..."

"Det er meget sjovt ... jeg har aldrig nogen sinde hørt om at sende advis til aftenvagt. Jeg skriver det i kinabogen"

"Jamen kinabog er også det mest rigtige, men altså jeg synes, det er så smart med advis ... så har man dokumenteret det ned"

Organisering

Ifølge sammenfatningen har hjemmesygeplejerskerne ikke fået systematiseret, hvor i EOJ pleje, observation og behandlinger dokumenteres, samt hvordan kolleger skal informeres om borgerne. Det er forskelligt, hvor hjemmesygeplejerskerne skriver, men den ene informant giver dog udtryk for, at "det er lidt hat og briller at bruge gamle kinabøger".

Hjemmesygeplejerskerne hører til hver sin "gruppe" – og dermed hver sin leder – hvilket tydeligt ses i hjemmesygeplejerskernes måde at dokumentere på, samt hvordan de videregiver informationer til kolleger.

"det er lidt forskelligt, hvor vi skriver det, i noter eller under medicinfanen eller hvis der er et fokusområde ..."

"Men det er i advis, vi har aftalt, at det skal skrives. Nogle gange så gør du begge dele og så er det aftenvagten, der gerne vil have, at vi både skriver adviser og at vi også skriver i den lille bog og også går ind og siger det ... og så kan det blive rigtig tungt ikk' "

"Jeg synes når man har det der system så ... jeg synes det er

lidt hat og briller at bruge gamle kinabøger når nu man har det andet system"

11.2.3 Sammenfatning

Hjemmesygeplejerskerne er overordnet set glade for EOJ, da der er tale om en fantastisk forbedring i forhold til papirjournaler. EOJ-systemet er dog så stort, at det ofte er svært at gennemskue, i hvilke ark den sygeplejefaglige pleje, observation og behandling af borgerne skal dokumenteres. Der bruges megen tid på at finde den rigtige SKS-kode, når der skal oprettes et fokusområde og derudover mener hjemmesygeplejerskerne generelt, at de bruger megen tid på den sygeplejefaglige dokumentation. Her er der dels tale om den "direkte" dokumentation i EOJ, men hjemmesygeplejerskerne bruger også megen tid på, at komme på den bærbare pc ved borgerbesøg, da der ofte er netproblemer. I den daglige dokumentation, benytter hjemmesygeplejerskerne sig ofte af artefakter. Her er der dels tale om den udprintede køreliste, men der bruges også "sticky notes" og til aftenvagterne, bruger hjemmesygeplejerskerne "kinabog" til at videregive deres informationer. Når der skal videregives informationer til interne kolleger, bliver der sendt advis, og eksterne samarbejdspartnere bliver informeret via korrespondancer.

Hyppigheden af den sygeplejefaglige dokumentation i EOJ afhænger af flere faktorer. Får borgeren udelukkende besøg til medicindosering / skift af smertepaster, dokumenteres der i EOJ ved hvert besøg, men er der tale om en borger til sårpleje, kan der sagtens gå flere uger mellem dokumentationen i EOJ. Baggrunden herfor er, at hjemmesygeplejerskerne udelukkende dokumenterer pleje, observation og behandling, når der sker ændringer.

Hjemmesygeplejerskerne er usikre på, hvilke lovgivningsmæssige krav de arbejder under og om der overhovedet er regler for den sygeplejefaglige dokumentation. Da der kan være tale om et juridisk aspekt, dokumenterer hjemmesygeplejerskerne i EOJ i forbindelse med tiltag / ændringer hos borger eller når de modtager ændringer fra lægen, for herved at

imødekomme aktindsigt fra borgerne. EOJ skal i givet fald være skrevet i et forståeligt sprog.

EOJ hjælper til kontinuitet i pleje og behandling af borgerne samt overbringe informationer til kolleger og samarbejdspartnere i form af advis / korrespondancer. Hjemmesygeplejerskerne dokumenterer deres pleje, behandling og observationer af borgere i fokusområder, notater og medicin, da det er her kolleger / samarbejdspartnere søger borgeroplysninger.

Hjemmesygeplejerskerne er ansvarlige for at udfylde helhedsbeskrivelsen hos borgere, der udelukkende modtager hjemmesygepleje, da visitator ikke er involveret i ydelser via Sundhedsloven. Af tidsmæssige årsager kan der gå flere uger før helhedsbeskrivelsen udfyldes, og der er borgere, der aldrig får lavet en helhedsbeskrivelse.

Når hjemmesygeplejerskerne er underlagt forskellige ledere, er der ikke konsensus mellem deres dokumentationspraksis. I en gruppe sendes der eksempelvis advis til aftenvagterne mens en anden gruppe skriver i kinabogen.

11.3 Audit / journalgennemgang

I løbet af de to observationsdage besøgte jeg 12 borgere og jeg har udvalgt otte af disse borgerjournaler til audit / journalgennemgang. Journalerne er udvalgt med henblik på at være så repræsentative som muligt. Der er derfor tale om journaler, som har været tilknyttet hjemmesygeplejen over såvel kortere som længere tid, samt journaler der blev / ikke blev dokumenteret i under observationsdagene. Baggrunden for denne prioritering af journaler er, at jeg herved mener at kunne præsentere et generelt billede af hjemmesygeplejerskernes dokumentationspraksis, hvilket kan understøtte en validering af undersøgelsen.

Jeg vil, som tidligere beskrevet, gennemgå journalerne med fokus på den sygeplejefaglige dokumentation i forhold til de lovgivningsmæssige mindstekrav. Til denne proces, har jeg på forhånd udarbejdet et skema,

således at jeg ved hver audit / journalgennemgang kan notere mine fund.

I forbindelse med min audit / journalgennemgang ønskede jeg endvidere at få svar på nogle "forskningsspørgsmål", hvorfor jeg også havde udarbejdet et skema til denne registrering.

Jeg vil endvidere holde de enkelte dokumentationsfund i auditten / journalgennemgangen op mod nedenstående tekst vedrørende den sygeplejefaglige dokumentation fra Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen, 2005):

"De sygeplejefaglige optegnelser skal være entydige, systematiske og forståelige af hensyn til kommunikation både inden for egen faggruppe og med andre personalegrupper, der skal bruge journalens oplysninger i deres pleje og behandling af patienten. Det sygeplejefaglige personale skal på baggrund af journalen kunne redegøre for patientens tilstand, hvilke overvejelser, der er gjort, hvilken pleje og behandling, der er planlagt, og hvilken pleje og behandling, der er udført samt resultatet heraf."

Jeg vil herunder dels beskrive fundene af den sygeplejefaglige dokumentation i forhold til de lovgivningsmæssige mindstekrav i fire af de otte journaler, som jeg har foretaget audit / journalgennemgang af, samt registrere mine fund i alle otte journaler i "mit audit- / journalgennemgangsskema".

Afslutningsvis vil jeg endvidere registrere mine fund vedrørende mine "forskningsspørgsmål" i et skema over de spørgsmål jeg ønskede belyst vedrørende hjemmesygeplejerskernes sygeplejefaglige dokumentation i EOJ samt en sammenfatning af hjemmesygeplejerskernes dokumentationspraksis.

Hertil kommer at jeg også vil se på sammenhængen mellem det dokumenterede og det jeg observerede i forbindelse med observationsdagene.

11.3.1 Præsentation af audit / journalgennemgang

Audit / journalgennemgang drejer sig om en systematisk gennemgang af hver enkelt journal holdt op mod nogle på forhånd givne kriterier – i dette tilfælde lovgivningens mindstekrav til den sygeplejefaglige dokumentation samt mine forskningsspørgsmål.

Første audit / journalgennemgang:

Denne drejer sig om en journal, som har været tilknyttet hjemmesygeplejen gennem de seneste godt 4 måneder – start 031011. Det drejer sig om en borger, der flere gange er opereret for en hjernetumor og i forbindelse med udskrivelse fra hospital, er der rettet henvendelse til Visitationen med henblik på efterfølgende hjælp af hjemmesygeplejerske. Hjernetumoren har medført forskellige følgesygdomme og deraf flere problemstillinger, som hjemmesygeplejersken nu skal "tage hånd om". Der er tale om insulinkrævende sukkersyge, hukommelsesproblemer, hovedpine centreret om venstre side af tindingen samt spekulationer over fremtiden.

Af journalnotater fremgår det, at visitator den 031011 modtager varsel om udskrivelse og at hjemmesygeplejen selv skal aftale udskrivelse med hospitalsafdelingen. Næste journalnotat er dateret den efterfølgende dag, hvor hjemmesygeplejerske beskriver besøget hos borger. Det fremgår således ikke af journalen, hvilken aftale hjemmesygeplejersken havde med borger vedrørende besøg. Som tidligere nævnt er der tale om en kompleks borger, men efter første besøg af hjemmesygeplejerske, er det ikke muligt at se denne problematik ud fra hjemmesygeplejerskens dokumentation.

Ved det efterfølgende besøg opretter hjemmesygeplejersken en helhedsbeskrivelse af borger samt udfylder skema over "Det gode modtagerforløb". I de godt fire måneder, der er gået siden hjemmesygeplejersken startede hos borgeren, er der ikke ændret i helhedsbeskrivelsen til trods for, at borgers tilstand er ændret i denne periode. Ændringerne fremgår af såvel den sygeplejefaglige dokumentation i fokusområde (delproblem) som min egen observation i forbindelse med

observationsdagen.

I forbindelse med ovenstående besøg bliver der endvidere oprettet et fokusområde med dertil hørende delproblemer. Fokusområdet indeholder fire delproblemer. Et af disse delproblemer – "dysreguleret blodsukker" – blev afsluttet efter et par måneder, da blodsukker blev stabilt og ægtefælle overtog behandlingen. Et af de øvrige delproblemer – "har dagligt smerter" – drejer sig om, at borger føler, at "han har trækken fra brystet og ud i kroppen". Målet er at borger skal opnå smertelindring, og hjemmesygeplejersken anbefaler borger, at han tager den ordinerede smertestillende medicin ved 5- 6-tiden om morgenen, da smerterne er værst om morgenen. Delproblemet er ikke yderligere beskrevet / evalueret siden oprettelsen for fire måneder siden.

De to øvrige delproblemer – "svulster", "almen tilstand" – er fortsat aktuelle, men dokumentationen er meget variabel. Det ene delproblem – "svulster" – er således kun beskrevet / evalueret fire gange i perioden 071011-100112 til trods for, at hjemmesygeplejerske besøger borger hver 14.dag vedrørende denne problematik. Det er målet at følge, støtte og vejlede borger og ægtefælle og af dokumentation fra 161111 fremgår det, at borger ved sidste hospitalskontrol har fået af vide, at hjernetumoren er vokset. Næste dokumentation i fokusområdet er dateret 040112 og her beskrives borgers smerter i venstre side af tindingen.

Det sidste delproblem - "almen tilstand" - er oprettet efter to måneders sygepleje og indeholder udelukkende beskrivelse / evaluering i form af "indklip" fra et tidligere journalnotat samt beskrivelse af kontakt med borger tre dage før fokusområdet bliver oprettet. Sidstnævnte besøg fremgår ellers ikke af journalen og dokumenteres altså først tre dage senere.

Den pågældende journal indeholder 17 notater i perioden 031011-240112 og otte af disse notater henviser udelukkende til fokusområde. Alle journalnotater indeholder oplysning om dato, tidspunkt for oprettelse samt hvem der har oprettet notatet. Fokusområde / delproblemer indeholder

ligeledes dato samt hvem der har oprettet handling og beskrivelse / evaluering. I et enkelt fokusområde indeholder beskrivelsen / evalueringen et "indklippet" notat, som kommer fra en anden hjemmesygeplejerske, end hende der har oprettet beskrivelsen / evalueringen – dette fremgår af journalnotatet. "Indklippet" er noteret i beskrivelsen. I samme beskrivelse optræder endnu en dato for kontakt med borger, men her er det ikke synligt, hvem hjemmesygeplejersken er. Beskrivelserne indeholder observationer og oplysninger om borgers tilstand, den udførte pleje og behandling samt vurdering af resultatet. Enkelte beskrivelser indeholder endvidere aftaler med pårørende.

Når jeg holder ovenstående op mod Sundhedsstyrelsens retningslinjer vedrørende journalføring (Retsinformation, 2011), må jeg konkludere at de sygeplejefaglige optegnelser kun i begrænset omfang:

- er entydige, systematiske og forståelige
- redegør for patientens tilstand
- redegør for hvilke overvejelser, der er gjort
- redegør for hvilken pleje og behandling, der er planlagt
- redegør for hvilken pleje og behandling, der er udført samt resultatet heraf

Anden audit / journalgennemgang:

Denne drejer sig om en journal, hvor borger får hjælp fra hjemmesygeplejerske til medicindosering. Borger fik i sommeren 2011 en blodprop i hjernen med efterfølgende venstresidig lammelse. Forny et blodprop i hjernen i starten af december måned. Hjælpen til medicindosering har været visiteret i fem uger med start 191211 og den sygeplejefaglige dokumentation forefindes udelukkende under medicinmodulet. Her er der dokumentation for, at der i perioden 191211–160112 er doseret medicin tre gange. I forbindelse med observationsdagen blev der ændret dosis på et præparat efter modtaget korrespondance fra praktiserende læge. Denne lægekorrrespondance forefindes ligeledes i medicinmodulet, hvor hjemmesygeplejersken også har dokumenteret, at

hun har "omdoseret".

Under besøget havde hjemmesygeplejersken en snak med borger om, at borger skulle sige til, hvis der efterfølgende var behov for yderligere regulering af medicinen, men dette fremgår ikke af hjemmesygeplejerskens notat.

Journalnotaterne indeholder dato samt hvem der har dokumenteret, men dokumentationskravet vedrørende information og undervisning af borger er ikke opfyldt.

Når jeg holder ovenstående op mod Sundhedsstyrelsens retningslinjer vedrørende journalføring (ibid.), må jeg konkludere at de sygeplejefaglige optegnelser – som det eneste – er entydige, systematiske og forståelige.

Tredje audit / journalgennemgang:

Der er her tale om en borger, som udelukkende får hjælp til sårpleje x 3 ugentligt med start 121211. Der er tale om et skinnebessår, som borger selv har forsøgt behandlet gennem et par uger uden held. Egen læge har henvist borger til sårpleje ved hjemmesygeplejerske. I journalen forefindes den sygeplejefaglige dokumentation i notater og fokusområde. Der er i perioden 121211 – 250112 oprettet ni notater – alle med teksten "Se fokus sår". Fokusområdet "diabetessår" indeholder en handling – oprettet 110112 – samt to beskrivelser / evalueringer for perioden 110112 – 250112. De første syv notater er således ikke at genfinde i fokusområdet. Det er muligt at fremsøge historik i de forskellige ark i EOJ, men det er ikke umiddelbart synligt, om der ligger historik i det pågældende dokument. Ved aktivering af "historikfunktion" kunne jeg se de syv beskrivelser / evalueringer for perioden 121211 – 090112, samt hvilken hjemmesygeplejerske der havde dokumenteret og hvornår.

På observationsdagen blev der ændret på sårplejebehandlingen og borger blev informeret om, at det nye sårplejeprodukt "*kan medføre sviende fornemmelse / smerter i såret*". Denne information er efterfølgende ikke dokumenteret i journalen.

Når jeg holder ovenstående op mod Sundhedsstyrelsens retningslinjer vedrørende journalføring (ibid.), må jeg konkludere at de sygeplejefaglige optegnelser i begrænset omfang:

- er entydige, systematiske og forståelige
- redegør for hvilken pleje og behandling, der er planlagt
- redegør for hvilken pleje og behandling, der er udført samt resultatet heraf

Baggrunden for ovenstående vurdering er, at hjemmesygeplejersken ikke dokumenterer ved hvert besøg, samt sletter tidligere handlinger / evalueringer i fokusområdet, når der oprettes en ny handling. Herved er det ikke umiddelbart muligt at følge den udførte pleje og behandling samt resultatet heraf.

Fjerde audit / journalgennemgang:

Denne journal har sin sygeplejemæssige opstart tilbage til januar 2011. Der er tale om en borger, som gennem de sidste 20-25 år i lange perioder har haft sår på begge ben grundet dårligt blodomløb og deraf langsommelig heling. Borger besøges på nuværende tidspunkt x 3 ugentligt til sårpleje og der er oprettet et fokusområde. Fokusområdet har gyldighedsdato fra 190111 men ud for den overordnede beskrivelse af såret er datoen 100711. Nuværende sårplejehandling er dateret 261211 mens beskrivelse / evaluering af handlingen har startdato 260911. I fokusområdet findes der fire beskrivelser / evalueringen for perioden 260911 – 020112.

Journalnotater består ligeledes af fire notater – "Se fokus skinnebessår" – i ovenstående periode samt løbende notater for hele behandlingsperioden. Handlingsbeskrivelsen er meget detaljeret og når jeg ser på beskrivelse / evaluering er det tydeligt, at der tidligere har været en anden handlingsbeskrivelse, som ikke har indeholdt "kompression".

Hjemmesygeplejerske dokumenterer således 071111 "*Der er mere sekretion end vanligt. Dette sandsynligvis grundet den manglende kompression de sidste gange*". I forbindelse med oprettelsen af den nye

handling 261211 har hjemmesygeplejersken ikke fået fjernet de tidligere evalueringer, som muligvis hidrører flere handlingsbeskrivelser.

Journalen indeholder endvidere en "helhedsbeskrivelse" af borgeren, som er blevet tilrettet en enkelt gang – senest i oktober 2011. Helhedsbeskrivelsen består af otte af de 12 sygeplejefaglige områder (Sundhedsstyrelsen, 2005, s. 6), med det er ikke alle områder, der er udfyldt og flere af områderne er endvidere mangelfulde.

11.3.2 Sammenfatning

Når jeg holder ovenstående op mod Sundhedsstyrelsens retningslinjer vedrørende journalføring (Retsinformation, 2011), må jeg konkludere at de sygeplejefaglige optegnelser kun i begrænset omfang:

- er entydige, systematiske og forståelige
- redegør for patientens tilstand
- redegør for hvilke overvejelser, der er gjort
- redegør for hvilken pleje og behandling, der er planlagt
- redegør for hvilken pleje og behandling, der er udført samt resultatet heraf

Jeg har herunder opstillet et skema, som viser mine fund – i audit / journalgennemgang – vedrørende hjemmesygeplejerskernes opfyldelse af de lovgivningsmæssige mindstekrav i de otte udvalgte journaler samt skema over registrering af mine "forskningsspørgsmål" i de otte journaler.

Lovgivningsmæssige mindstekrav	Opfyldt	Gennemsnitlig frekvens
Oplysning om årsag til henvendelsen eller kontakten	Ja	Hver gang
Dato for kontakten	Nej	1 ud af 8 gange
Nødvendige observationer og oplysninger om patientens tilstand	Nej	Hver 4. gang
Indikation for foretagne undersøgelser samt resultatet heraf	Ja	Hver gang
Planlagt indsats	Ja	Hver gang i form af ydelse

Udført pleje og behandling, forebyggelsestiltag, lindring, rehabilitering og observation mv.	Nej	1 ud af 8 gange
Beskrivelse og vurdering af resultatet	Nej	1 ud af 8 gange
Information og undervisning af patienten	Nej	Aldrig
Ændringer i patientens tilstand og deraf følgende revurdering af indsatsen	Nej	7 ud af 8 journaler
Indtrådte komplikationer og bivirkninger mv.	Sjældent	Sjældent
Henvisninger til andre sundhedspersoner og resultatet heraf	Nej	Aldrig
Aftaler med patienten, pårørende og/eller samarbejdspartnere	Nej	1 ud af 8 journaler

Figur 15: Resultatet af audit / journalgennemgang på de lovgivningsmæssige mindstekrav

"Forskningsspørgsmål"	Ja / Nej	Hvor i EOJ er dokumentationen?
Dokumenterer hjemmesygeplejerskerne ved hvert besøg?	Nej	Oftest i notat med henvisning til fokusområde eller kun et af ovennævnte to steder
Hvilke journalark dokumenterer hjemmesygeplejerskerne i?		Notater Fokusområde Helhedsbeskrivelse Medicinmodul
Bliver de lovgivningsmæssige dokumentationskrav opfyldt?	Nej	Oftest dokumenterer hjemmesygeplejerskerne kun ved behandlingsændring i fokusområde og tidligere dokumentation "lægges i arkiv"
Benytter hjemmesygeplejerskerne sig af "dobbeltdokumentation"?	Ja	Hjemmesygeplejerskerne opretter så godt som hver gang et notat, når de dokumenterer i et fokusområde

Figur 16: Skema over registrering af "forskningsspørgsmål"

12. Analyse

Jeg har – som tidligere beskrevet i pkt.9.1 – valgt SCOT som analyseramme, da det er en model, som giver mulighed for at belyse projektet i et socio-teknisk perspektiv. I analysen vil jeg inddrage resultater

og udsagn fra såvel mine observationsstudier som mit fokusgruppelinterview og min audit / journalgennemgang. SCOT lægger i analysen vægt på:

- at teknologien skal ses som et radikalt brud med tidligere teknologier
- at teknologien skal studeres i sammenhæng med den sociale gruppe, som anvender den
- at aktørerne og de strukturer, som de fungerer i, skal undersøges og inddrages
- det sociale og tekniske skal behandles som et samlet netværk

EOJ er **en helt ny teknologi** i forhold til papirjournalen og har derfor medført et brud med tidligere vaner. Der er dog alligevel tegn på, at teknologien ikke er helt funktionel – nogle af de gamle vaner fortsætter i modificeret form, fordi de er praktiske og nødvendige.

Når hjemmesygeplejerskerne dokumenterer i et fokusområde, opretter de samtidig et notat i EOJ, for

”det gør vi altid, når der dokumenteres i et fokusområde, så kolleger kan se, hvilke borgere der er dokumenteret på”.

Den sygeplejefaglige dokumentation sker på kontoret til trods for, at hjemmesygeplejerskerne har såvel en PDA som bærbar pc med ud på borgerbesøg og dermed mulighed for at dokumentere i umiddelbar tilknytning til besøg. Hjemmesygeplejerskerne fravælger dog de to ”mobile løsninger”, da

”den (PDA'en) er for lille til at dokumentere på og det er ikke muligt at få overblik over et fokusområde” og ”det er besværligt at komme på den bærbare computer, når man er ude ved borgeren og det tager tid og man meget nemt så prioriterer man ...”.

Det er således kun i meget begrænset omfang, at hjemmesygeplejerskerne har taget denne del af teknologien til sig.

Der er flere sociale grupper, som kæmper om at definere anvendelsen af EOJ – KL, ledelse og hjemmesygeplejersker. **KL og ledelse betragter EOJ som et administrativt redskab**, mens hjemmesygeplejerskerne har mere loyalitet overfor kolleger – og borgere – og derfor koncentrerer

hjemmesygeplejerskerne sig om den interkollegiale information

frem for ledelsesinformation.

KL og ledelse ønsker en standardisering af sygeplejeydelser, for herved at kunne få statistisk materiale der viser, at kommunerne i stigende grad løser nye og mere komplekse sygeplejeopgaver (KL, 2010c). Der er indført PDA i hjemmeplejen, således at medarbejderne kan registrere komme- /gåtider og ledelsen herved kan se, hvor lang tid der bruges hos borgerne. Dette med henblik på den økonomiske beregning i hjemmeplejen.

Den ene hjemmesygeplejerske bruger PDA´en til at registrere komme-/ gå tider på for herved at synliggøre, hvor lang tid hun bruger på de enkelte borgerbesøg. Lederen af hjemmeplejen har på et tidspunkt fortalt, at hun har behov for disse oplysninger, for at få "den rette" økonomi til hjemmeplejen. Der er dog mest tale om efterregistrering, så data er ikke valide.

For hjemmesygeplejerskerne er EOJ et redskab til at dokumentere deres sygeplejefaglige indsats. Det drejer sig om

"mulighederne for at kunne dokumentere og se fremadrettet og også tilbage og se hvad har virket og hvad har ikke virket. Følge op hvad man har gjort sidst og hvad andre har gjort".

Hjemmesygeplejerskerne tilkendegiver, at

"det er et kæmpe ansvar at få overbragt det man ser og det man oplever til kolleger og samarbejdspartnere"

og at det er via den sygeplejefaglige dokumentation i EOJ, at

"man videregiver noget, når man ikke er der".

EOJ er udarbejdet – på baggrund af lovkrav – til kommunerne, men det er svært at se, hvordan hjemmesygeplejerskere har været inddraget i udformningen af EOJ. **Hjemmesygeplejerskerne fungerer i en travl hverdag** – hvor mange borgere besøges – **og hjemmesygeplejerskerne skal dokumentere** pleje, observation og behandling af borgerne.

Hjemmesygeplejerskerne er glade for EOJ, men

"jeg synes det er så ... stort hele det der system. Det er meget rodet, hvis man skal lede tilbage, ... efter noget ... altså det er meget svært det der med, at der er mange steder tingene kan være gemt". "Der er en masse ting i det system, som er misvisende".

Under fokusgruppeinterviewet fortæller den ene hjemmesygeplejerske, at *"klassifikationerne ... de er helt håbløse" og "det er tit, at vi ikke lige kan finde det ord, som passer med det sygeplejemæssige problem".*

Såvel observationsdage som fokusgruppeinterview og audit viser, at hjemmesygeplejerskerne ikke dokumenterer i EOJ, hver gang de besøger borger, selv om lovkrav lægger op til dette. Den ene hjemmesygeplejerske giver direkte udtryk for, at hun ikke vil dokumentere på borgeren, da *"der ikke er sket ændringer siden sidst" og "desuden er det mig, der kommer igen ved næste sårpleje".*

Hjemmesygeplejerskerne har altså ikke kendskab til de gældende lovkrav, hvilket kommer til udtryk, da den ene hjemmesygeplejerske, i forbindelse med fokusgruppeinterviewet, siger:

"Findes der nogle regler"?

Projektet viser, at hjemmesygeplejerskerne primært tænker aktindsigt i forbindelse med den sygeplejefaglige dokumentation. Dette er synligt, når hjemmesygeplejerske siger, at

"jeg tænker altid sådan noget aktindsigt og sådan ... og at selvfølgelig skal man altid skrive i sådan et sprog ... skrive nogle ting, som er forståeligt og bliver skrevet på en måde, så man ved, at det her skal borgeren selv kunne læse".

Hjemmesygeplejerskerne dokumenterer

"når vi gør nogle tiltag eller ændringer eller modtager nogle ændringer"

men de lovgivningsmæssige krav er altså ikke med i overvejelserne.

Hjemmesygeplejerskerne har taget EOJ til sig, men da EOJ har mangler i forhold til hjemmesygeplejerskernes umiddelbare dokumentationsbehov, tager hjemmesygeplejerskerne andre midler i brug. **”Samspillet” med EOJ foregår på en anden måde, end de af udviklerne planlagte arbejdsgange** – der er tale om workarounds.

Observationsdagene viste, at hjemmesygeplejerskerne har PDA – som indeholder køreliste – men hjemmesygeplejerskerne medbringer altid en udprintet køreliste. Begge hjemmesygeplejersker begrundet dette med, at de så har

”mulighed for at notere opmærksomhedspunkter eller bemærkninger direkte på kørelisten i forbindelse med borgerbesøg”.

Den ene hjemmesygeplejerske fortæller endvidere, at hun altid dokumenterer på

”min køreliste ... fordi ellers så mangler jeg i hvert fald en lille ... sticky notes eller et eller andet i min PDA, hvor jeg kan skrive ”husk handsker”.

Det er muligt at tilgå borgerjournalerne på PDA´en, men hjemmesygeplejerskerne giver udtryk for, at

”den er for lille til at dokumentere på og det er ikke muligt at få overblik over et fokusområde”.

Hjemmesygeplejerskerne har en bærbar pc og mulighed for at gå online i forbindelse med borgerbesøg. Denne dokumentationsmulighed gør de dog sjældent brug af, da det tager tid at logge på og der ofte er problemer med at fange serveren. Notat bliver i stedet gjort på ”en gul lap”, som efterfølgende sættes fast inde i pc´en. Den ene hjemmesygeplejerske fortæller, at hun aldrig har den bærbare pc med ind ved borgerbesøg, da

”det er distancerende, at dokumentere på den bærbare pc under borgerbesøg”,

så hun skriver altid på kørelisten i stedet.

Det er muligt at sende avis til kolleger, men hjemmesygeplejerskerne bruger også kinabog til dette, for

“aftenvagten gerne vil have at vi både skriver adviser og at vi også skriver i den lille bog”.

13. Diskussion

Jeg har i det foregående analyseret mine fund ved hjælp af SCOT, og i diskussionen vil jeg ligeledes benytte mig af den socio-tekniske ramme som fremstillet i SCOT. SCOT beskriver, hvordan forskellige sociale grupper tillægger et artefakt det samme sæt af meninger – også kaldet fortolkningsstabilitet (Lauritsen 2007, s.37-46). Jeg vil herunder have fokus på tre relevante sociale grupper og deres fortolkningsstabilitet. Til sidst vil jeg se på eventuelle sammenstød mellem grupperne og konsekvenser heraf.

Staten og samfundet ser EOJ i et **lovgivningsperspektiv**. EOJ-leverandørerne forsøger at imødekomme diverse lovkrav gennem oprettelse af eksempelvis ark til helhedsbeskrivelse af borger, specialark, medicinskema samt funktionsvurdering. Hvordan den enkelte kommune så vælger at bruge arkene, skal ses i et andet perspektiv.

Ud fra lovgivningen skal al journalføring ske i EOJ. Dette dels med henblik på at skabe kontinuitet i pleje og behandling samt for at sikre borgerne. Når Patientombuddet modtager klager vedrørende journalføringen for hjemmesygeplejersker, tager Patientombuddet udgangspunkt i “Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser” (Sundhedsstyrelsen, 2005) og ser på, om hjemmesygeplejerskerne har opfyldt mindstekravene til journalføringen. Patientombuddet har altså en forventning om, at EOJ understøtter de lovgivningsmæssige krav vedrørende den sygeplejefaglige dokumentation.

Mine fund fra audit / journalgennemgang viser, at hjemmesygeplejerskerne ikke opfylder de lovgivningsmæssige mindstekrav – se figur 15. Af denne figur fremgår det blandt andet, at hjemmesygeplejerskerne kun beskriver den udførte pleje, behandling og observation en ud af otte gange. Under fokusgruppeinterviewet kom det frem, at sygeplejersken ikke noterer i journalen i lang tid, hvis det drejer sig om en sårbehandling, hvor der ikke

sker markante ændringer. Kun når der sker en forandring af såret, bliver det skrevet i EOJ.

Hjemmesygeplejerskerne fortæller endvidere, at de bør notere i journalen, hvis der er gået lang tid uden journalnotater, men det er ikke det, der er praksis. Når hjemmesygeplejerskerne dokumenterer kobler de ikke handlingen op på lovkrav og de siger endvidere, at det afhænger af, hvor ofte de kommer hos borgeren. Hvis de for eksempel kun kommer en gang om ugen for at skifte et sår, kan der let gå mange uger uden journalnotater / beskrivelse i fokusområde, fordi såret ikke ændrer sig.

Ovenstående viser, at hjemmesygeplejerskerne ser EOJ, som et redskab, hvor de kan dokumentere ændringer i borgers tilstand og ikke som et redskab, hvor de løbende skal registrere det, de ser i forbindelse med hvert enkelt borgerbesøg, for herved at opfylde lovgivningens mindstekrav.

Som tidligere beskrevet har EOJ-leverandørerne oprettet specialarket "fokusområde", således at hjemmesygeplejerskernes dokumentation ikke forsvinder blandt andre faggrupper. Dette specialark giver hjemmesygeplejerskerne mulighed for at opfylde flere af de lovgivningsmæssige mindstekrav, men når dette alligevel ikke sker, skyldes det flere faktorer. Hjemmesygeplejerskerne fortæller, at det ofte er vanskeligt at finde dækkende betegnelser i de klassifikationer, der er, og nogle finder klassifikationerne "håbløse" og til tider misvisende.

Observationsdagene viste, at hjemmesygeplejerskerne sletter en tidligere handling, når de opretter en ny handling, og herved er data ikke længere synlig i EOJ. I EOJ ser det efterfølgende ud, som om handlingen aldrig er foretaget, og der er også risiko for, at hjemmesygeplejersken gentager en handling, som tidligere har været uhensigtsmæssig. Når hjemmesygeplejerskerne har ovenstående holdning til EOJ som dokumentationsredskab, er konsekvensen, at Patientombuddet tildeler dem (og arbejdsgiver) henholdsvis kritik /skærpet kritik i forbindelse med

journalføringen. Det har tidligere været synligt i EOJ, når der blev foretaget ændringer, idet der kom et lille rødt mærke. Denne synlige "funktion" forsvandt desværre for nogle år siden.

KL og kommunernes ledelse ser EOJ fra et **arbejdsgiverperspektiv**, hvor EOJ er et redskab, der giver dem mulighed for at indsamle data via statistisk materiale. EOJ-leverandørerne imødekommer disse datakrav ved eksempelvis at oprette ydelser med tid og leverandør samt PDA applikation, hvor medarbejdere kan registrere komme- /gåtider.

Hertil kommer, at Socialministeriet for år tilbage besluttede, at landets kommuner skulle kunne levere data – via EOJ – på 23 nationale værdier, – eksempelvis antal borgere på plejehjem, ventetid på plejehjemsplads samt antal visiterede timers hjemmehjælp omfattet af frit valg (Statistik, 2012). KL og ledelse har altså en forventning om, at de kan trække statistisk materiale – som er validt – via EOJ.

Observationsdagene viste, at hjemmesygeplejerskerne har forskellig tilgang til brug af PDA som dokumentationsredskab i forbindelse med tidsregistrering ved borgerbesøg. Den ene hjemmesygeplejerske efterregistrerede alle besøg, da hendes leder har behov for data til økonomistyringen, mens den anden hjemmesygeplejerske aldrig registrerede tidsforbrug, da hun fandt dette unødvendigt. Når data efterregistreres er de hverken tidstro eller valide, hvilket kan sætte de enkelte kommuner i et dilemma.

Når EOJ ses fra **hjemmesygeplejerskernes perspektiv**, er der tale om et dokumentationsredskab, hvor hjemmesygeplejerskerne kan komme af med deres sygeplejefaglige pleje, behandling og observation af borgere, således at kolleger kan se, hvad der er sket samt følge op. EOJ-leverandørerne har imødekommet dette behov ved at oprette forskellige ark i journalen – heriblandt fokusområde.

Såvel observationsdagene som audit / journalgennemgang viser, at hjemmesygeplejerskerne ikke dokumenterer dagligt, selv om de ser EOJ

som den eneste måde man kan videregive noget på, når de selv er fraværende.

De fortæller endvidere, at EOJ er uoverskuelig, da den indeholder så mange ark. Den enkelte kommune har selv mulighed for at oprette forskellige specialark, så hjemmesygeplejerskerne har tit svært ved at finde ud, hvor de skal dokumentere. Når de dokumenterer, tænker de ikke over lovgivningen – bortset fra aktindsigt – og observationsdagene og audit / journalgennemgang viser, at hjemmesygeplejerskerne gør det meget forskelligt.

Hjemmesygeplejerskerne har taget EOJ til sig – dog på deres egne præmisser.

Hjemmesygeplejerskerne har såvel PDA som bærbar pc, men de bruger stort set ikke disse "mobile midler" i forbindelse med borgerbesøg og dokumentation. De finder, at PDA og pc distancerer dem fra borgeren, og at PDA'en er for lille at dokumentere på, og at den ikke giver overblik over et fokusområde.

Hjemmesygeplejerskerne benytter dagligt workarounds i forbindelse med deres dokumentation. Ved borgebesøg sker det i form af notater på køreliste samt brug af "gul lap". Når der skal videregives informationer til kolleger, bliver der dels skrevet i kinabogen og der bliver oprettet et notat i EOJ, når hjemmesygeplejerskerne har dokumenteret i et fokusområde.

Forskellige fortolkninger af EOJ

Ovenstående viser, at de tre nævnte sociale grupper fortolker EOJ meget forskelligt. KL og ledelsen forventer, at EOJ kan give dem valide data, men da hjemmesygeplejerskerne ikke leverer tidstro data, kan der træffes beslutninger på forkert grundlag. Patientombuddet har en forventning om, at EOJ understøtter lovgivningen og at hjemmesygeplejerskerne overholder denne i forbindelse med deres sygeplejefaglige dokumentation.

Hjemmesygeplejerskerne tænker stort set ikke på lovgivningen – nævner dog lige aktindsigt – når de dokumenterer deres sygeplejefaglige pleje,

behandling og observationer. For hjemmesygeplejerskerne er EOJ det medie, hvor de kan videregive deres faglige dokumentation til kolleger og da EOJ indeholder mange ark, er der risiko for stor diversitet i den sygeplejefaglige dokumentation. Det er tydeligt, at lovgivningsperspektivet ikke er en del af hjemmesygeplejerskernes perspektiv. Forskellen mellem jurablik og sygeplejeblik stiller hjemmesygeplejerskerne i et dilemma.

Er det muligt at udvikle en EOJ, der opfylder alles krav?

Tilsyneladende er EOJ og PDA primært blevet udviklet med fokus på lovgivning og ressourcestyring og kun i mindre grad for at dække hjemmesygeplejerskernes behov for at komme af med deres pleje, observation og behandling. For mig at se har EOJ-leverandørerne derfor fortsat en udfordring i udformningen af EOJ og dertil mobile løsninger.

Med den hurtige udvikling der er inden for teknologien, mener jeg nok, det vil være muligt, at udvikle en EOJ, som også kan opfylde hjemmesygeplejerskernes behov. Det kan eksempelvis være PDA med talegenkaldelse, så hjemmesygeplejerskerne hurtigt kan komme af med deres "dokumentation", men det kan også være en forenkling af EOJ, så der ikke skal bruges så lang tid på at lede efter dokumentationssted og "rigtige ord". Sidstnævnte vil nok også fordre, at hjemmesygeplejerskerne skal have indskærpet, hvad de lovmæssige krav er, og at de for deres egen sikkerheds skyld skal dokumentere det krævede.

EOJ-leverandørerne bør inddrage hjemmesygeplejerskerne og her kan det være nyttigt at se på de workarounds, der sker i dag. I et SCOT-perspektiv kan workarounds bruges til at videreudvikle et system, fordi de er tegn på, at noget i systemet ikke fungerer (Berg, 2004). Coiera opfordrer til at betragte de mange typer af workarounds, som klinikerne udvikler for at få systemerne til at fungere i dagligdagen, som et udsagt behov for at få ændret systemerne. Systemerne og klinikerne udgør i virkeligheden selvdesignende systemer, hvor nye redskaber og nye typer adfærd bliver udviklet for at nå de nødvendige mål i arbejdet (Coiera, 2007, s.102). I stedet for at undersøge, om et system passer ind i den kliniske hverdag,

bør man undersøge, hvordan de forsøger at tilpasse sig til hinanden. Vi skal anerkende, at aktører og omgivelser i det sociotekniske system udvikler sig i fællesskab, indtil de passer sammen (ibid. s. 103).

Coieras pointe med, at der i klinikernes workarounds ligger væsentlige indikationer på, hvad der skal ændres, er et af de vigtige budskaber til fremtidens udviklere af sundheds-IT. Klinikernes udvikling af metoder til at omgå systemet er i virkeligheden en socioteknisk proces, der bærer kimen til fremtidige systemer (ibid. s. 102)

14. Konklusion

Min initierende undren gik på, om EOJ understøtter de lovgivningsmæssige krav vedrørende den sygeplejefaglige dokumentation, siden antallet af sygeplejersker – der får kritik / skærpet kritik – fra Patientombuddet er stigende. Jeg opstillede derfor denne problemformulering med underliggende undersøgelsesspørgsmål:

Hvordan understøtter EOJ de lovgivningsmæssige, faglige og administrative krav vedrørende den sygeplejefaglige dokumentation?

- I hvilket omfang dokumenterer hjemmesygeplejersker de lovgivningsmæssige mindstekrav?
- Hvad synes hjemmesygeplejersker er relevant at dokumentere?
- Hvor dokumenterer hjemmesygeplejersker deres sygeplejefaglige pleje, behandling og observationer?
- Hvilke dilemmaer oplever hjemmesygeplejersker i forbindelse med den sygeplejefaglige dokumentation?
- Hvilke workarounds foretager hjemmesygeplejersker i forbindelse med den sygeplejefaglige dokumentation?

Min audit / journalgennemgang samt observationsdage viser, at **EOJ understøtter de lovgivningsmæssige krav**, idet EOJ-leverandør –

gennem de forskellige ark – har sikret, at hjemmesygeplejerskerne kan dokumentere de mindstekrav, som er nævnt i "Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser". Desværre er det i dag muligt at "fjerne handling" i et fokusområde uden det er synligt, at der tidligere har stået noget. Når hjemmesygeplejerskerne – som jeg så på observationsdagene – vælger denne mulighed, kan det stille dem i en dårlig situation i en klagesag, hvis ikke der er nogen, der konstaterer, at der er fjernet optegnelser.

I hvilket omfang dokumenterer hjemmesygeplejersker de lovgivningsmæssige mindstekrav?

Audit / journalgennemgang viser, at hjemmesygeplejerskerne kun i et meget begrænset omfang, dokumenterer de lovgivningsmæssige mindstekrav i forbindelse med den sygeplejefaglige pleje, behandling og observation. I min undersøgelse skete det således kun en ud af otte gange, at journalen indeholder dato for kontakt, udført pleje og behandling, beskrivelse og vurdering af resultatet samt aftaler med borger / pårørende.

Hvad synes hjemmesygeplejersker er relevant at dokumentere?

Hjemmesygeplejerskerne finder det relevant at dokumentere ændringer i borgers tilstand, således at kolleger og samarbejdspartnere kan se "borgers status". Der føres altså ikke daglig dokumentation i EOJ ved borgerbesøg, men kørelisten på disponeringsmodulet viser, at hjemmesygeplejersken har besøgt borger. Kørelisten viser imidlertid ikke, hvad hjemmesygeplejersken har foretaget ved borgerbesøget, hvilket kan give problemer for hjemmesygeplejersken i en eventuel klagesag.

Hvor dokumenterer hjemmesygeplejersker deres sygeplejefaglige pleje, behandling og observationer?

Den sygeplejefaglige dokumentation i EOJ finder primært sted i fokusområde, men da det i EOJ er muligt at søge på "seneste notater", opretter hjemmesygeplejerskerne et notat, for at kolleger hurtigt kan få et overblik over, hvem der er dokumenteret på. Mine observationsdage og audit / journalgennemgang viser, at hjemmesygeplejerskerne endvidere

dokumenterer i helhedsbeskrivelse og medicinmodul. Helhedsbeskrivelsen bliver dog ofte sprunget over, da den dels tager tid at udfylde og da hjemmesygeplejerskerne gerne vil komme flere gange hos borger, før de vil udfylde den.

Hvilke dilemmaer oplever hjemmesygeplejersker i forbindelse med den sygeplejefaglige dokumentation?

Hjemmesygeplejerskerne giver udtryk for, at EOJ er uoverskuelig, da der er så mange steder, hvor de kan dokumentere deres sygeplejefaglige pleje, behandling og observation. Herudover fortæller de, at de bruger rigtig meget tid på dokumentationen og at dette nok er den største hindring – de vil således hellere nå en borger mere end skulle aflyse et besøg, fordi der skal dokumenteres.

I forbindelse med fokusgruppeinterviewet kom det endvidere frem, at EOJ er meget rodet, hvis man skal lede i journalen, fordi optegnelserne kan være gemt mange steder.

Hvilke workarounds foretager hjemmesygeplejersker i forbindelse med den sygeplejefaglige dokumentation?

Såvel observationsdagene som fokusgruppeinterviewet viser, at hjemmesygeplejerskerne har PDA og bærbar pc til deres rådighed i forbindelse med deres sygeplejefaglige dokumentation. Alligevel vælger hjemmesygeplejerskerne at bruge den udprintede køreliste og "gule lapper" til at skrive notater på, da de mobile løsninger ikke er brugbare grundet serverproblemer, lille tastatur og uoverskuelighed.

Hjemmesygeplejerskerne bruger endvidere en kinabog, når de har noget vigtigt at videregive til næste vagthold.

Da det ikke umiddelbart er muligt at søge på borgere, hvor der er skrevet nyt i et fokusområde, vælger hjemmesygeplejerskerne ligeledes at oprette et notat, da der kan søges på disse.

På baggrund af ovenstående redegørelse for mine fund holdt op mod den overordnede problemformulering samt underspørgsmål, **kan jeg**

sammenfattende konkludere, at EOJ understøtter de lovgivningsmæssige og de administrative krav og behov, men ikke de sygeplejefaglige. Sidstnævnte skyldes, at EOJ lægger op til, at den sygeplejefaglige dokumentation primært skal ske i et fokusområde, men på PDA ´en er dette uoverskueligt, og hjemmesygeplejerskerne bruger generelt lang tid på dokumentationen, da det er svært at gennemskue, hvor de skal "aflevere" den.

15. Refleksion over teori og metode

Jeg har i løbet af projektprocessen flere gange haft en indre dialog med mig selv om, hvorvidt jeg valgte at "spænde for vidt" med mine tre undersøgelser, og om det nu også var den rigtige teori, jeg havde valgt at læne mig op af.

Baggrunden for min teoretiske ramme – det socio-tekniske perspektiv – skyldes, at jeg også anvendte denne teoretiske ramme sidste år og kunne se, at det ville give mening at anskue min problemformulering gennem denne optik. Det socio-tekniske perspektiv har givet god mening og genkendelighed sammenholdt med mine egne erfaringer og klinisk praksis som hjemmesygeplejerske. Når valget faldt på SCOT, skyldes dette, at denne indeholder såvel en teoretisk del som en analytisk metode (Lauritsen, 2007, s. 43-61). Jeg valgte meget tidligt i projektprocessen, at jeg ville bruge SCOT, men jeg har flere gange tænkt på, om jeg også burde inddrage Aktør-Netværks Teori (ANT). Dette især med henblik på de mobile løsninger, som hjemmeplejen råder over og som hjemmesygeplejerskerne ikke bruger (Olesen, 2007). Inddragelse af denne teori havde muligvis skærpet min analyse og bragt andre perspektiver i spil.

Deltagerobservationen var givtig, men selv om jeg bevidst havde valgt en fremmed kommune, var det svært at være "observatør som deltager", da jeg som tidligere hjemmesygeplejerske let blev inddraget i dialog med borgerne og faglige diskussioner med hjemmesygeplejerskerne.

Audit / journalgennemgang voldte mig udfordringer, da jeg ikke kunne finde brugbar litteratur desangående og omfanget blev større en oprindeligt planlagt. Jeg brugte nogen tid på at "knække koden", men da først dette var gjort, var mine manualer til uvurderlig hjælp.

Fokusgruppeinterviewet var godt – til trods for at der kun var to – da de supplerede hinanden godt og ikke var bange for at vise fejl og mangler hos dem selv. At have rollen som "den rejsende" var til tider svær, da jeg ind imellem lod mig rive med og dermed kortvarigt mistede fokus. Heldigvis blev alt optaget på diktafon, og den efterfølgende transkribering og meningskondensering, viste mig udtalelser, som jeg ikke havde registreret. Nogle af disse skulle jeg nok have forfulgt, for at blive endnu klogere på hjemmesygeplejerskernes syn på EOJ som dokumentationsredskab i forhold til min problemformulering.

16. Perspektivering

Projektet viser, at hjemmesygeplejerskerne har taget EOJ til sig – men det er sket på deres egne præmisser. Det er der flere grunde til:

- EOJ er uoverskuelig, da den indeholder så mange ark
- De mobile "redskaber" er ikke funktionelle i forhold til hjemmesygeplejerskernes behov
- Hjemmesygeplejerskerne oplever begrænsninger i "søgemuligheder" i EOJ
- Der bliver benyttet workarounds i forbindelse med den sygeplejefaglige dokumentation

Hjemmesygeplejerskerne vil meget gerne dokumentere i EOJ, men da der er mange muligheder for denne dokumentation, finder hjemmesygeplejerskerne det svært at gennemskue, hvor de skal komme af med deres sygeplejefaglige pleje, observation og behandling. Hertil kommer, at hjemmesygeplejerskerne er udstyret med forskellige "mobile løsninger" – i form af bærbar pc og PDA – men at de ofte oplever

”serverproblemer” ved borgerbesøg, samt at tastaturet på PDA´en for lille til at få overblik over et fokusområde. Disse ”begrænsninger” medfører, at hjemmesygeplejerskerne benytter sig af workarounds. Her er der primært tale om notater på køreliste samt ”gule lapper”, men der bliver også skrevet i ”en kinabog”, når hjemmesygeplejerskerne har noget vigtigt at videregive til næste vagtlag.

Da EOJ ikke giver mulighed for at søge på seneste dokumentation i fokusområde, vælger hjemmesygeplejerskerne at oprette et notat, når de dokumenterer i et fokusområde. Dette ser jeg også som en workarounds – sidestillet det med ”krumspring” (Harrison, 2007). På tilsvarende vis kan det siges, at hjemmesygeplejerskernes små notater på køreliste samt brug af ”gule lapper”, svarer til at have ”al information” i hovedet (Koppel, 2005 s. 1201).

Hjemmesygeplejerskerne er bevidste om, at de skal føre journalnotater, således at kolleger kan følge op på pleje og behandling af borgerne, men at der er tale om lovgivningskrav, tænker de ikke over i hverdagen. Det er skræmmende at konstatere, at hjemmesygeplejerskerne ikke opfylder de lovgivningsmæssige mindstekrav, hvilket tydeligt fremgår af min audit / journalgennemgang.

Mine kvantitative data fra audit / journalgennemgang illustrerer tydeligt, at hjemmesygeplejerskerne ikke tænker lovgivning, når de dokumenterer. Tilsvarende viser data fra fokusgruppeinterviewet, at hjemmesygeplejerskerne i højere grad har fokus på det sygeplejefaglige – altså at viderebringe informationer om borgere, når der er sket ændringer. Når disse to undersøgelsesresultater holdes op mod hinanden, ses divergensen tydeligt.

EOJ indeholder dokumentationsmuligheder – som opfylder såvel gældende lovkrav som de administrative krav – men ikke de faglige krav. Dette kan skyldes, at det primært er de lovgivningsmæssige og administrative rationaler, der er ”lagt ned i ” EOJ og altså ikke de faglige. Samfundet og KL har en interesse i at få valide data, men det er hjemmesygeplejerskerne,

der skal levere disse.

Det gælder således om, at EOJ-leverandørerne får videreudviklet EOJ, så den understøtter hjemmesygeplejerskernes behov på en let og overskuelig måde. Dette kan kun ske, hvis hjemmesygeplejerskerne fremadrettet bliver inddraget i udviklingen af EOJ, og der vil nok også være behov for at bryde fortolkningsstabiliteten, hvis der skal kunne ændres noget.

17. English Summary

The project is based on my curiosity about the fact that visiting nurses in primary healthcare are increasingly receiving criticism / sharpened criticism from the National Agency for Patients' Rights and Complaints due to their nursing documentation. The purpose of the project is to investigate whether the electronic healthcare record (EHR) supports legal, professional and administrative requirements.

Method

As study design, I have used triangulation in the form of participant observation, interviews, and audit of selected records. Subsequently, I analyzed data within a socio-technical framework - SCOT - as this approach was found relevant to the project.

Results

My study shows that EHR supports the administrative and regulatory requirements – but when it comes to the nurses, they do not heed legislation. Their need is to ensure continuity of the patients' care and to ensure that colleagues coming after them can see what has been done and what must be done prospectively. In addition, visiting nurses find EHR confusing because it contains many sheets, and they have trouble figuring out where to "deliver" their nursing notes on treatment and observations. Visiting nurses have "mobile media" at their disposal, but my study shows that they use several types of workarounds in their documentation.

Conclusion

EHR meets the regulatory and administrative requirements, but not quite the nurses' requirements. Visiting nurses experience dilemmas in their nursing documentation. EHR contains so many sheets that they find it difficult to assess how to document in order for their colleagues to follow up. My study also shows that visiting nurses daily use workarounds in the form of various types of paper notes as they not immediately can dispose of important information.

18. Reference

- Sundhedsstyrelsen*. (2005). Hentede 23. September 2011 fra http://www.sst.dk/publ/Publ2005/KOT/vejl_sygeplejeopt/vejl_sygeplejeopt.pdf
- Retsinformation*. (2011). Hentede 03. Oktober 2011 fra Retsinformations websted: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10045>
- Ash JS, Gorman PN, Lavelle M, Stavri PZ, Lyman J, Fournier L, Carpenter J. (2003). *Perception of Physician Order Entry: Results of a Cross-Site Qualitative Study*. *Methods of Information in Medicine* 2003 nr. 42 s. 313-323
- Ash S, Berg M, Coiera E. (2004). *Some Unintended Consequences of Information Technology in Health Care. The Nature of Patient Care Information System-related Errors*. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2004, 11 nr. 2 s. 104-112
- Berg, M. (2004). *Health Information Management*. Routledge
- Berg, M. E. (1999). The contextual nature of medical information. *Medical Informatics*, s. 51 - 60.
- Beuscart-Zephir M, Pelayo S, Degoulet P, Anceaux F, Guerlinger S, Meaux J. (2004). *A usability study of CPOE's medication administration functions: impact on physician-nurse cooperation*. (<http://cmbi.bjmu.edu.cn/news/report/2004/medinfo2004/pdf/papers/4460Beuscart%20Zephir.pdf>)
- Coiera, E. (2007). Putting the technical back into socio-technical systems research. *International journal of medical informatics* 76s, s. 98 - 103.
- Egerod, I. (2007). *Dokumentation og kvalitetsudvikling*. København: Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busck.
- Harboe, T. (2010). *Metode og projektskrivning - en introduktion*. samfunds litteratur.
- Harrison MI, Koppel R, Bar-Lev S. (2007). *Unintended Consequences of Information Technologies in Health Care - An Interactive Sociotechnical Analysis*. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2007 nr.

14. s. 542-549

Høstgaard, N. o. (2004). *Håndbog i organisatoriske forandringer*. EPJ observatoriet.

Høy, B. (u.d.). *Dokumentation i ældreomsorgen*. Hentede 14. Oktober 2011 fra VIOLA:
<http://www.viauc.dk/udvikling/aeldre/Sider/dokumentation.aspx>

KL. (2010a). *Den Fælleskommunale Digitaliseringsstrategi - 2010 - 2015*. Hentede 11. Oktober 2011 fra
<http://www.kl.dk/e2012/Artikler/66768/2010/01/Ny-falleskommunal-Digitaliseringsstrategi/>

KL. (2010b). *Hjemmesygeplejen - Dokumentation og styring*. Hentede 10. September 2011 fra
http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_46152/ImageVaultHandler.aspx

KL. (2010c). *Projektskitse*. Hentede 10. September 2011 fra
<http://www.kl.dk/Sundhed/Artikler/84098/2011/03/KL-inviterer-kommunerne-til-partnerskabsprojekt-om-dokumentation-af-hjemmesygepleje/>

KL. (2011). *Dokumentation af hjemmesygepleje*. Hentede 5. april 2011 fra KL:
<http://www.kl.dk/Sundhed/Artikler/79133/2011/01/Dokumentation-af-hjemmesygepleje/>

KL. (2011a). *Vejledning om indberetning af data om hjemmesygepleje*. Hentede 23. September 2011 fra
http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_49445/ImageVaultHandler.aspx

Kristiansen, S., & Krogstrup, H. k. (1999). *Deltagende observation*. København: Hans Reitzels Forlag.

Kvale, S. (1997). *InterView*. København: Hans Reitzels Forlag.

Lauritsen, P. (2007). SCOT - Teknologi som social konstruktion. I F. O. Peter Lauritsen, *Introduktion til STS* (s. 239). København: Hans Reitzels forlag.

Lauritsen, P. (2007). SCOT - Teknologi som social konstruktion. I C. Bruun Jensen, P. Lauritsen, & F. Olesen, *Introduktion til STS* (s. 43-61).

København: Hans Reizels Forlag.

- Lyngby, C., & Sørensen, R. T. (26. Februar 2010). Bedre dokumentation på medicinsk afdeling. *Sygeplejersken nr. 4, 2010*, s. 64-70.
- Malterud, K. (1996). *kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- MedCom. (april 2011). *Hjemmepleje - sygehusprojekt*. Hentede 2011 fra <http://www.medcom.dk/wm111690&searchWord=nye%20standarder>
- Müller, J., Kjær-Rasmussen, J., & Nøhr, C. (1988). I J. Müller, J. Kjær-Rasmussen, & C. Nøhr, *Perspektiver for EDB-teknologi i sygehusvæsenet* (s. 6-43). Aalborg: Institut for Samfundsudvikling og Planlægning, Aalborg Universitetscenter.
- Olsen, P. B., & Pedersen, K. (2009). *Problemorienteret projektarbejde - en værktøjsbog*. Roskilde Universitetsforlag.
- Riis, O. (2005). *Samfundsvidenskab i praksis*. Hans Reitzells forlag.
- s.Joan, F. K. (2006). An unintended Consequence of CPOE Implementation: Shifts in Power, Control and Autonomy. *AIMA*, s. 11 - 15.
- S.Timmerman, M. (2003). The practice of medical technology. *Sociologi of Health and illness*.
- Sundhedsstyrelsen. (2010a). *Plejhjemstilsyn og bosteder*. Hentede 5. Oktober 2011 fra <http://www.sundhedsstyrelsen.dk/Tilsyn%20og%20patientsikkerhed/Plejhjemstilsyn%20og%20bosteder.aspx>
- Sundhedsstyrelsen. (2011b). *Hvad er SKS*. Hentede 18. oktober 2011 fra Sundhedsstyrelsen: http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Klassifikationer/Hvad_er_SKS.aspx
- Sundhedsstyrelsen. (2011a). *Plejhjemstilsyn - Årsrapport 2010*. Hentede 5. Oktober 2011 fra http://www.sst.dk/publ/Publ2011/EFT/Plejhjem/Plejhjemstilsyn_Aarsrapport2010.pdf
- Urquhart, C., Currell, R., Grant, M., & Hardiker, N. (2009). *Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes*. Hentede 12. Oktober 2011 fra www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19160206

Wentzer HS, Böttger U, Boye N. (2007). *Unintended transformations of clinical relations with a computerized physician order entry system.* International Journal of Medical Informatics 2007 nr. 76S s. 456-461

19. Bilagsfortegnelse

Bilag 1. Interviewguide	106
Bilag 2. Manual til de lovgivningsmæssige mindstekrav	108
Bilag 3. Manual til "forskningsspørgsmål"	109
Bilag 4. Meningskondensering	110

Interviewspørgsmål til Hjemmeplejen

Intro:

Mine observationsdage med Jer har medført, at jeg (i forbindelse med mit SI-masterprojekt) har behov for at blive endnu klogere på Jeres dokumentationspraksis vedrørende den sygeplejefaglige dokumentation i EOJ.

Jeg har observeret, at I både har bærbar pc samt PDA og at I bruger disse i begrænset omfang i forbindelse med borgerbesøg (pc forsøgt brugt ved medicindosering og PDA til registrering af komme / gå tider). I skriver notater på Jeres udprintede køreliste samt på gule "lapper".

Når I dokumenterer i et fokusområde, opretter I samtidig et notat og når I opretter en ny handling i et fokusområde, sletter I tidligere handling.

Jeg vil understrege, at jeg ikke er ude på at "hænge jer ud", men er nysgerrig på at undersøge, i hvilket omfang EOJ lever op til de lovgivningsmæssige, faglige og administrative krav samt hjemmesygeplejerskernes brug af / mening om EOJ.

På baggrund af mine observationsdage samt projektets problemformulering er jeg nået frem til at stille Jer følgende spørgsmål:

Interview:

(r)I har været ansat som hjemmesygeplejerske i henholdsvis 16 år og 1 år, så hvad tænker I om EOJ som dokumentationsredskab?

(fØ)Hvor i EOJ (hvilke ark) får I et overblik over den enkelte borger?

(n)Hvad mener I sygeplejemæssigt, det er relevant at dokumentere i EOJ og i hvilke ark gør I så dette?

(n)Har I kendskab til de lovgivningsmæssige krav, der stilles til den sygeplejefaglige dokumentation?

(fa)I har haft nuværende EOJ i 2 år, så hvad er jeres mening om denne i

forbindelse med den sygeplejefaglige dokumentation?

(fa) I visiterer selv sygeplejeydelser, så kan I beskrive jeres arbejdsgang i forbindelse med en nyvisiteret borger til sygepleje?:

(f/i) Har I som sygeplejerske et ansvar for dokumentationen i EOJ?

(f/i) Skal I dokumentere Jeres tidsforbrug ved de enkelte borgerbesøg og i givet fald, hvor og hvordan gør I dette?

(f/i) Når I dokumenterer i et fokusområde, opretter I et notat, for at kolleger kan se, at I har dokumenteret. Er der andre måder, hvorpå I informerer kolleger om borgerne?

(r) = rammespørgsmål

(f ø) = følgespørgsmål

(n) = nøglespørgsmål

(fa) = faktuelle spørgsmål

(f/i) = følsomme/intime spørgsmål

Manual til de lovgivningsmæssige mindstekrav

Lovgivningsmæssige mindstekrav	Opfyldt	Gennemsnitlig frekvens
Oplysning om årsag til henvendelsen eller kontakten		
Dato for kontakten		
Nødvendige observationer og oplysninger om patientens tilstand		
Indikation for foretagne undersøgelser samt resultatet heraf		
Planlagt indsats		
Udført pleje og behandling, forebyggelsestiltag, lindring, rehabilitering og observation mv.		
Beskrivelse og vurdering af resultatet		
Information og undervisning af patienten		
Ændringer i patientens tilstand og deraf følgende revurdering af indsatsen		
Indtrådte komplikationer og bivirkninger mv.		
Henvisninger til andre sundhedspersoner og resultatet heraf		
Aftaler med patienten, pårørende og/eller samarbejdspartnere		

Manual til "forskningsspørgsmål"

"Forskningsspørgsmål"	Ja / Nej	Hvor i EOJ er dokumentationen?
Dokumenterer hjemmesygeplejerskerne ved hvert besøg?		
Hvilke journalark dokumenterer hjemmesygeplejerskerne i?		
Bliver de lovgivningsmæssige dokumentationskrav opfyldt?		
Benytter hjemmesygeplejerskerne sig af "dobbeltdokumentation"?		

Meningskondensering

	Meningsbærende enheder		Kunstigt citat	Indholdsbeskrivelse
EOJ som dokumentationsredskab				
<p>Hvad tænker I om EOJ som dokumentationsredskab?</p> <p>Overblik</p> <p>Tid</p> <p>Ansvar</p> <p>Artefakter</p> <p>Relevans</p> <p>Info til kolleger / samarbejdspartnere</p>	<p>R: En fantastisk forbedring fra at gå fra papir til det her elektroniske noget ... hvor man virkelig så mulighederne for at kunne dokumentere og se fremadrettet og også tilbage og se hvad har virket og hvad har ikke virket. Følge op hvad man har gjort sidst og hvad andre har gjort.</p> <p>R: RIGTIG RIGTIG godt ... bruger rigtig meget tid på det synes jeg også</p> <p>Jeg synes den største hindring ... og altså det er egentlig tiden og så</p>	<p>En fantastisk forbedring fra at gå fra papir til det her elektroniske noget</p> <p>mulighederne for at kunne dokumentere og se fremadrettet og også tilbage</p> <p>hvad har virket og hvad har ikke virket. Følge op hvad man har gjort sidst og hvad andre har gjort.</p> <p>det var rigtig forvirrende at komme ind i</p> <p>nu synes jeg det ... det er okay, men det</p>	<p>Journalen er En fantastisk forbedring fra at gå fra papir til det her elektroniske noget</p> <p>mulighederne for at kunne dokumentere og se fremadrettet og også tilbage og se hvad har virket og hvad har ikke virket. Følge op hvad man har gjort sidst og hvad andre har gjort.</p> <p>det var rigtig forvirrende at komme ind i systemet men nu synes jeg det ... det er okay, men det er meget rodet, hvis</p>	<p>En informant giver udtryk for, at journalen er en fantastisk forbedring i forhold til papirjournaler.</p> <p>Begge informanter mener, at EOJ-systemet kan være forvirrende, rodet og svært, da der er mange steder tingene kan være gemt - det kan stå 1000 steder - og der er en masse ting, som er misvisende. Hele systemet er så stort, at det kan være svært at finde det rigtige sted, hvis man skal lede tilbage.</p> <p>En informant giver udtryk for, at</p>

	<p>muligheden for ... altså det er besværligt at komme på den bærbare computer, når man er ude ved borgeren og det tager tid og man meget nemt så prioriterer man ... altså hellere nå en borger mer end at ringe og sige "du får altså ikke hjælp i denne her uge", end at få dokumenteret.</p> <p>B: Jeg har jo ikke prøvet andet og jeg synes det var rigtig forvirrende at komme ind i .. ømmm ... nu synes jeg det er okay, men det er meget rodet hvis man skal lede tilbage, ... efter noget ... altså det er meget svært det der med, at der er mange steder tingene kan være gemt.</p> <p>At finde det sted, hvor det er, der står at hun ikke må få Imperial det kan stå 1000 steder og ender måske med at finde det i et tilknyttet</p>	<p>er meget rodet, hvis man skal lede tilbage</p> <p>det er meget svært det der med, at der er mange steder tingene kan være gemt</p> <p>finde det sted, hvor det er, der står</p> <p>det kan stå 1000 steder</p> <p>lige at finde ud af, hvad kalder man lige fokusområdet</p> <p>bliver det så alligevel skrevet der eller bliver det faktisk skrevet som et notat?</p> <p>det er så ... stort hele det der system</p> <p>en masse ting som er misvisende</p> <p>besværligt at komme på den bærbare computer, når man er ude ved borgeren</p>	<p>man skal lede tilbage</p> <p>det er meget svært det der med, at der er mange steder tingene kan være gemt for eksempel at finde det sted, hvor det er, der står dette og hint - da</p> <p>det kan stå 1000 steder</p> <p>Det er ikke lige til at finde ud af, hvad kalder man lige fokusområdet og bliver det så alligevel skrevet der eller bliver det faktisk skrevet som et notat?</p> <p>det er så ... stort hele det der system og der er en masse ting, som er misvisende</p> <p>Det er besværligt at komme på den bærbare computer, når man er ude ved borgeren og jeg bruger rigtig meget tid på det.</p> <p>Jeg synes den største</p>	<p>mulighederne for at se hvad der har virket / ikke virket er godt, da der så er mulighed for at følge op, men at dokumentationen enten findes i et fokusområde eller som et notat.</p> <p>Begge informanter giver udtryk for, at det er besværligt og at det tager tid at komme på den bærbare pc, når de er ude ved borgeren.</p> <p>Informanterne er enige om, at de generelt bruger megen tid på dokumentationen.</p>
--	--	---	---	--

	<p>dokument så er det aldrig blevet skrevet derfra og det_...</p> <p>men ... lige at finde ud af, hvad kalder man lige fokusområdet og ... er der overhovedet et standard fokusområde og rummer det det man gerne vil skrive inden for ... og bliver det så alligevel skrevet der eller bliver det faktisk skrevet som et notat?</p> <p>R: Altså jeg synes det er så ... stort hele det der system Vi bruger kæmpe meget tid på dokumentationen altså øøhhhh</p> <p>R: Der er en masse ting i det system, som er misvisende synes jeg</p>	<p>bruger rigtig meget tid</p> <p>Jeg synes den største hindring</p> <p>det er egentlig tiden</p> <p>det tager tid</p> <p>hellere nå en borger mer´ end at ringe og sige "du får altså ikke hjælp i denne her uge", end at få dokumenteret.</p> <p>Vi bruger kæmpe meget tid på dokumentationen</p> <p>besværligt at komme på den bærbare computer, når man er ude ved borgeren</p>	<p>hindring, det er egentlig tiden - og Vi bruger kæmpe meget tid på dokumentationen</p> <p>det tager tid og jeg vil hellere nå en borger mer´ end at ringe og sige "du får altså ikke hjælp i denne her uge", end at få dokumenteret.</p>	
<p>Er det nemt at arbejde med klassifikationerne?</p> <p>Overblik</p>	<p>R: Det er tit, at vi ikke lige kan finde det ord, som passer med det sygeplejemæssige problem</p>	<p>tit, at vi ikke lige kan finde det ord, som passer med det sygeplejemæssige problem</p>	<p>Det er tit, at vi ikke lige kan finde det ord i klassifikationen, som passer med det sygeplejemæssige problem, så</p>	<p>Begge informanter giver udtryk for, at det er svært / håbløst at finde det ord i klassifikationen, som dækker det sygeplejemæssige</p>

<p>Tid</p> <p>Ansvar</p> <p>Artefakter</p> <p>Hyppeghed</p> <p>Relevans</p> <p>Info til kolleger / samarbejdspartnere</p>	<p>B: Nårhhh ... klassifikationerne ... de er helt håbløse ... jeg har lige siddet i dag og prøvet at jeg har lige i dag siddet og ledt og ledt og ledt og øhh ... jeg synes stadig ikke jeg kunne finde noget der dækkede</p>	<p>de er helt håbløse</p> <p>jeg synes stadig ikke</p> <p>har lige i dag siddet og ledt og ledt og ledt</p>	<p>klassifikationerne - de er helt håbløse</p> <p>jeg synes stadig ikke jeg kan finde, et ord der dækker og Jeg har lige i dag siddet og ledt og ledt og ledt uden at finde det rigtige ord.</p>	<p>problem. Herudover synes begge informanter, at de bruger lang tid på at lede i klassifikationen efter et dækkende ord.</p>
<p>Dokumentation</p>				
<p>Hvor i EOJ er det relevant at dokumentere jeres sygeplejefaglige observationer?</p> <p>Overblik</p> <p>Tid</p> <p>Ansvar</p> <p>Artefakter</p> <p>Hyppeghed</p> <p>Relevans</p> <p>Info til kolleger / samarbejdspartnere</p> <p>Organisering</p>	<p>R: Vi dokumenterer i fokusområder eller noter! Ja ... og så medicinen, den har en plan for sig selv. Hvad vi har hældt op og hvad vi har bestilt af medicin. Og også smertepaster skiftet ... altså både medicindosering og medicingivning og medicinændringer skriver vi ... og altså ud over ændret på medicinskemaet skriver vi det også ... det er lidt forskelligt hvor vi skriver det, i noter eller under</p>	<p>dokumenterer i fokusområder eller noter</p> <p>medicinen, den har en plan for sig selv</p> <p>medicindosering og medicingivning og medicinændringer</p> <p>Helhedsvurderingen ... det er altid os</p> <p>det er lidt forskelligt, hvor vi skriver</p> <p>noter eller under medicinfanen eller hvis der er et fokusområde</p>	<p>Vi dokumenterer i fokusområder eller noter og medicinen, den har en plan for sig selv. Her dokumenterer vi medicindosering og medicingivning og medicinændringer</p> <p>Helhedsvurdering- en bliver altid skrevet af os</p> <p>det er lidt forskelligt, hvor vi skriver - det kan være i noter eller under medicinfanen eller hvis der er et fokusområde</p>	<p>Helhedsvurderingen skrives altid af hjemmesygeplejerskerne og derudover dokumenterer hjemmesygeplejerskerne i fokusområder, noter og medicinen.</p> <p>Begge informanter giver dog udtryk for, at det er lidt forskelligt, hvor de skriver.</p>

	<p>medicinfanen eller hvis der er et fokusområde</p> <p>...</p> <p>R: Helhedsvurderingen ... det er altid os</p>			
<p>Dokumenterer I på andre måder ved borgerbesøg?</p> <p>Overblik</p> <p>Tid</p> <p>Ansvar</p> <p>Artefakter</p> <p>Hypplighed</p> <p>Relevans</p> <p>Info til kolleger / samarbejdspartnere</p> <p>Organisering</p>	<p>Det tager noget tid at logge på den bærbare og sådan noget, men jeg kan nå at sætte mig ind i vedkommende inden... inden jeg tar´derud.</p> <p>B: Jeg har altid min køreliste ... fordi ellers så mangler jeg i hvert fald en lille ... sticky notes, eller et eller andet i min PDA hvor jeg kan skrive "husk handsker"</p> <p>R:Og det er i noter ved dem jeg ikke når at skrive ved ...</p> <p>R:Vi sender advis til ... altså f.eks. hvis jeg har noget vigtigt om borgeren som aftenvagten skal vide når de. Så skriver jeg en advis, at de skal lige læse på den borger</p>	<p>Det tager noget tid at logge på den bærbare, men jeg kan nå at sætte mig ind i vedkommende</p> <p>har altid min køreliste</p> <p>så mangler jeg i hvert fald en lille ... sticky notes</p> <p>noter ved dem jeg ikke når at skrive ved</p> <p>har aldrig nogen sinde hørt om at sende advis til aftenvagt. Jeg skriver det i kinabogen</p> <p>det er i advis, vi har aftalt, at det skal skrives.</p> <p>korrespondancer ud</p>	<p>Det tager noget tid at logge på den bærbare, men jeg kan nå at sætte mig ind i vedkommende inden besøg</p> <p>har altid min køreliste til noter, da jeg mangler en lille ... sticky notes til noter, så jeg skriver noter ved dem jeg ikke når at skrive ved</p> <p>sender advis hvis jeg har noget vigtigt, da det er i advis, vi har aftalt, at det skal skrives</p> <p>har aldrig nogen sinde hørt om at sende advis til aftenvagt, så jeg skriver det i kinabogen</p> <p>Sender korrespondancer ud</p>	<p>En informant giver udtryk for, at det tager noget tid at logge på den bærbare pc, men at hun kan nå at sætte sig ind i borgeren inden besøg.</p> <p>Begge informanter bruger den udprintede køreliste til at skrive notater på. En informant giver i denne forbindelse udtryk for, at hun mangler en lille "sticky notes" til noter – på PDA – ved dem hun ikke når at skrive på under besøg.</p> <p>Informanterne sender korrespondancer ud af huset og advis til samarbejdspartnere i kommunen.</p> <p>En informant fortæller, at det er aftalt, at der skal sendes advis til aftenvagten, når der er noget vigtigt, hvilket den</p>

	<p>eller laver en kopi af det ...</p> <p>B: Det er meget sjovt ... jeg har aldrig nogen sinde hørt om at sende avis til aftenvagten. Jeg skriver det i kinabogen</p> <p>R: Jamen kinabog er også det mest rigtige, men altså jeg synes det er så smart med avis .. så har man dokumenteret det ned</p> <p>R: Jeg synes når man har det der system så ... jeg synes det er lidt hat og briller at bruge gamle kinabøger når nu man har det andet system</p> <p>Men det er i avis, vi har aftalt, at det skal skrives. Nogle gange så gør du begge dele og så er det aftenvagten der gerne vil have at vi både skriver aviser og at vi også skriver i den lille bog og også går ind og siger det ... og så kan det blive rigtig tungt</p>	<p>af huset</p> <p>avis til de andre samarbejdspartnere i kommunen</p> <p>sender avis</p> <p>hvis jeg har noget</p> <p>sender avis hvis jeg har noget vigtigt</p> <p>sender avis hvis jeg har noget vigtigt</p> <p>skriver jeg en avis</p> <p>kinabog er også det mest rigtige</p> <p>korrespondancer ud af huset</p> <p>avis til de andre samarbejdspartnere i kommunen</p> <p>har aldrig nogen sinde hørt om at sende avis til aftenvagten</p> <p>det er i avis, vi har aftalt, at det skal skrives</p> <p>smart med avis</p>	<p>af huset og avis til de andre samarbejdspartnere i kommunen</p> <p>Jeg sender avis hvis jeg har noget vigtigt - ja så skriver jeg en avis da det er smart med avis</p> <p>sender korrespondancer ud af huset og avis til de andre samarbejdspartnere i kommunen</p> <p>Jeg har aldrig nogen sinde hørt om at sende avis til aftenvagten, så når du siger, at det er i avis, vi har aftalt, at det skal skrives så synes jeg ikke, at vi ordentligt har fået systematiseret hvordan vi skal informere kolleger.</p> <p>gør det i det hele taget lidt forskelligt det der med de der fokusområder</p> <p>Jeg synes kinabog er</p>	<p>anden informant aldrig nogen sinde hørt om, så hun skriver sådanne informationer i kinabogen.</p> <p>Informanterne gør opmærksom på, at hjemmesygeplejerskerne ikke har fået systematiseret, hvordan de skal informere kolleger men at det er lidt hat og briller at bruge gamle kinabøger.</p>
--	---	---	--	--

	<p>ikk´</p> <p>B:Ja og altså korrespondancer ud af huset</p> <p>R:Det kan også være advis til de andre samarbejdspartnere i kommunen ... visitator og terapeuter, ikk´?</p> <p>B:Vi gør det i det hele taget lidt forskelligt det der med de der fokusområder og det er noget af det der er lidt snak om at vi skal ... stramme op</p> <p>R:Nej ... og der er heller ikke vi har ikke ordentligt fået systematiseret hvordan</p>	<p>gør det i det hele taget lidt forskelligt det der med de der fokusområder</p> <p>vi har ikke ordentligt fået systematiseret hvordan</p> <p>det er lidt hat og briller at bruge gamle kinabøger</p> <p>vi både skriver adviser og at vi også skriver i den lille bog og også går ind og siger det</p>	<p>det mest rigtige</p> <p>vi både skriver adviser og vi skriver også i den lille bog og går også ind og siger det men det er lidt hat og briller at bruge gamle kinabøger</p>	
<p>Hvor hurtigt efter I har fået en ny borger – kun til sygepleje – laver I en helhedsbeskrivelse?</p> <p>Overblik</p> <p>Tid</p>	<p>B: Når tid haves</p> <p>R:Der kan gå fra en uge til 3 år faktisk.</p> <p>B:Der er nogle, der ikke har fået nogen</p> <p>Jeg vil meget hellere altså besøge hende 2-3 gange og så have et meget bedre billede af</p>	<p>Når tid haves</p> <p>en uge til 3 år</p> <p>nogle, der ikke har fået nogen</p> <p>hellere besøge hende 2-3 gange</p>	<p>Helhedsbeskrivelsen laves Når tid haves og der kan gå fra en uge til 3 år og der er nogle, der ikke har fået nogen</p> <p>Vil hellere besøge hende 2-3 gange før jeg laver helhedsbeskrivelsen</p>	<p>Begge informanter er enige om, at helhedsbeskrivelsen laves, når der er tid til det. Der kan gå fra en uge til tre år og nogle borgere får aldrig lavet en helhedsbeskrivelse. En informant gør opmærksom på, at hun gerne vil besøge</p>

<p>Ansvar</p> <p>Artefakter</p> <p>Hypplighed</p> <p>Relevans</p> <p>Info til kolleger / samarbejdspartnere</p> <p>Organisering</p>	<p>hende</p>			<p>borgeren 2-3 gange før hun laver helhedsbeskrivelsen.</p>
<p>Hvad er formålet med den sygeplejefaglige dokumentation?</p> <p>Overblik</p> <p>Tid</p> <p>Ansvar</p> <p>Artefakter</p> <p>Hypplighed</p> <p>Relevans</p> <p>Info til kolleger / samarbejdspartnere</p> <p>Organisering</p>	<p>B: Det er jo den eneste måde man videregiver noget, når man ikke er der.</p> <p>Altså det er et kæmpe ansvar at få overbragt det man ser og det man oplever til kolleger og samarbejdspartnere</p> <p>R: Enig og det er et ansvar for kontinuitet og et ansvar for at det bliver skrevet ned hvad man ... ja ... altså ens handlinger og så synes ja da også, der kan være nogle ting, hvor man tænker. Jeg har faktisk tilbudt hende de her ting men hun har</p>	<p>eneste måde man videregiver noget, når man ikke er der</p> <p>at få overbragt det man ser og det man oplever til kolleger og samarbejdspartnere</p> <p>ansvar for kontinuitet</p> <p>at det bliver skrevet ned</p> <p>ens handlinger</p> <p>faktisk tilbudt hende de her ting</p> <p>jeg har gjort sådan og sådan</p> <p>Hvis det ikke virker,</p>	<p>Det er den eneste måde man videregiver noget på, når man ikke er der selv</p> <p>at få overbragt det man ser og det man oplever til kolleger og samarbejdspartnere. Der er tale om ansvar for kontinuitet og at ens handlinger bliver skrevet ned</p> <p>Jeg har faktisk tilbudt hende de her ting og jeg har gjort sådan og sådan og</p> <p>Hvis det ikke virker, så kan andre handle på det bagefter</p> <p>Det er noget juridisk</p>	<p>Begge informanter giver udtryk for, at det er den eneste måde de kan videregive noget på, når de ikke selv er der. Informanterne giver endvidere udtryk for, at det er her de kan få overbragt det de ser og oplever, idet der er tale om ansvar for kontinuitet og at handlinger bliver skrevet ned. Den ene informant fortæller endvidere, at det er her hun kan dokumentere, at hun faktisk har tilbudt borger de her ting og har gjort sådan og sådan og hvis det ikke virker, så kan andre handle efterfølgende.</p>

	selv sagt nej Eller jeg har gjort sådan og sådan og øhh ... Hvis det ikke virker, så kan andre handle på det bagefter ikk´ eller altså ... jaaa... hvis ... det er kontinuiteten så ...og det er også noget juridisk for os selv eller for hjemmeplejen	så kan andre handle på det bagefter noget juridisk for os selv eller for hjemmeplejen	for os selv eller for hjemmeplejen	
Lovgivning				
<p>Har I kendskab til hvilke lovgivningsmæssige krav der er til den sygeplejefaglige dokumentation?</p> <p>Overblik</p> <p>Tid</p> <p>Ansvar</p> <p>Artefakter</p> <p>Hyppighed</p> <p>Relevans</p> <p>Info til kolleger / samarbejdspartnere</p> <p>Organisering</p>	<p>B: ... jeg tænker altid sådan noget aktindsigt og sådan ... og at ... at ... selvfølgelig skal man altid skrive i sådan et sprog ... skrive nogle ting som er forståeligt og bliver skrevet på en måde så man ved, at det her skal borgeren selv kunne læse og ...</p> <p>R: når vi gør nogle tiltag eller ændringer eller modtager nogle ændringer ... modtager nogle ændringer fra lægen som så skal det dokumenteres ...</p> <p>B: Altså jeg tænker egentlig ikke over det</p>	<p>tænker altid sådan noget aktindsigt</p> <p>selvfølgelig skal man altid skrive i sådan et sprog</p> <p>forståeligt og bliver skrevet på en måde så man ved, at det her skal borgeren selv kunne læse</p> <p>tiltag eller ændringer eller modtager nogle ændringer</p> <p>ændringer fra lægen</p> <p>så skal det dokumenteres ...</p>	<p>Jeg tænker altid sådan noget aktindsigt og selvfølgelig skal man altid skrive i sådan et sprog at det er forståeligt og bliver skrevet på en måde så man ved, at det her skal borgeren selv kunne læse</p> <p>Vi skal skrive når vi gør tiltag eller ændringer eller modtager nogle ændringer for eksempel ændringer fra lægen - så skal det dokumenteres</p> <p>jeg tænker egentlig</p>	<p>En informant tænker aktindsigt og at det skal skrives i et forståeligt sprog, så borgeren selv kan læse det.</p> <p>Informanten tænker dog egentlig ikke over dette og hun ved ikke om der findes regler. Den anden informant vil dokumentere, når der bliver gjort tiltag eller ændringer eller hun modtager ændringer fra lægen.</p>

	... altså om vi taler om dette. Findes der nogle regler?	jeg tænker egentlig ikke over det Findes der nogle regler?	ikke over det - Findes der nogle regler	
<p>Hvor ofte dokumenterer I i journalen?</p> <p>Overblik</p> <p>Tid</p> <p>Ansvar</p> <p>Artefakter</p> <p>Hyppighed</p> <p>Relevans</p> <p>Info til kolleger / samarbejdspartnere</p> <p>Organisering</p>	<p>R: Det kommer an på, hvor meget der er ... Så hvis vi kommer ud og medicindoserer ved en patient, så er det hver eneste gang vi skriver medicindoseret, bestilt osv...</p> <p>B: Når der er sket ændringer eller evalueringer. Der kan godt gå lang tid, der kan sagtens gå lang tid ... jeg kan godt komme hos den samme sårpatient i lang tid, hvor det ikke øhh ... ikke ændrer sig markant, uden jeg går ind og skriver, at der ikke er nogle ændringer ... og så pludselig en dag så går det heldigvis den rigtige vej, så går jeg ind og skriver</p> <p>R: Når der er gået lang tid og der ikke er</p>	<p>Det kommer an på, hvor meget der er hver eneste ændringer eller evalueringer</p> <p>gå lang tid, der kan sagtens gå lang tid</p> <p>komme hos den samme sårpatient i lang tid,</p> <p>uden jeg går jeg ind og skriver</p> <p>går det heldigvis den rigtige vej, så går jeg ind og skriver</p> <p>Når der er gået lang tid</p> <p>bør vi gå ind og skrive at tingene er, som de er</p> <p>kommer jo også an på, hvor tit man kommer hos</p>	<p>Det kommer an på, hvor meget der er at dokumentere. Det kan være hver eneste gang eller ved ændringer eller evalueringer</p> <p>Der kan gå lang tid, der kan sagtens gå lang tid uden jeg går ind og skriver men går det den rigtige vej, så går jeg ind og skriver</p> <p>Når der er gået lang tid så bør vi gå ind og skrive at tingene er, som de er. Det kommer jo også an på, hvor tit man kommer hos borgeren - kommer en gang om ugen kan der jo snilt gå 3-4 uger - ja, der kan godt gå rigtig mange uger</p>	<p>Begge informanter giver udtryk for, at det kommer an på hvor meget der er at dokumentere. Det kan være hver eneste gang, men der kan sagtens gå lang tid, uden de går ind og skriver. Der bør ske noget i løbet af 3 uger og så bør der vurderes.</p> <p>Informanterne mener endvidere, at hjemmesygeplejerskerne bør gå ind og skrive at tingene er, som de er, hvis der ikke er dokumenteret gennem længere tid, da der snilt kan gå rigtig mange uger mellem besøg. Dokumentation kan omhandle ændringer eller evalueringer og går det den rigtige vej, så går de ind og skriver.</p>

	<p>skrevet eller ikke er nogen der har skrevet så bør vi gå ind og skrive at tingene er, som de er ...</p> <p>B: Det kommer jo også an på, hvor tit man kommer hos borgeren, hvad der er lang tid. Er det et sår, hvor man kun kommer en gang om ugen, kan der kan jo snildt gå 3-4 uger altså – så kan der godt gå rigtig mange uger fordi det så 4-5 gange godt kan se ... se uændret ud ... men</p> <p>R: Hvis vi skal se rigtig på det, så synes jeg det er for lang tid ... så synes jeg ... så skal vi ha' ... på et sår så synes jeg vi skal ha' skrevet noget ... det er ikke fordi jeg gør det selv altså men jeg synes, vi bør skrive noget. Selv om de kun får det skiftet en gang om ugen så skal der vel alligevel ske noget i løbet af 3 uger ikk'?</p>	<p>borgeren</p> <p>kommer en gang om ugen, kan der kan jo snilt gå 3-4 uger</p> <p>kan der godt gå rigtig mange uger</p> <p>det er for lang tid</p> <p>jeg synes, vi bør skrive noget</p> <p>så skal der vel alligevel ske noget i løbet af 3 uger</p> <p>vurdere efter en måned</p> <p>vurdere efter 14 dage</p>	<p>det er for lang tid så, jeg synes vi bør skrive noget, for der skal vel alligevel ske noget i løbet af 3 uger, så vi kan vurdere efter 1 måned eller vurdere efter 14 dage</p>	
--	---	---	---	--

	<p>R:Gjorde vi det og så ... vurdere her sker der ikke ret meget så det er rimeligt at vurdere efter 1 måned, ikk´? Eller her er det vigtigt at vurdere efter 14 dage eller hvad ikk´? Og det var noget af det vi snakkede om i går at vi skal blive bedre til ...</p>			
--	--	--	--	--