

Udfordringer ved dokumentation i en regional EPJ

*Projekt udarbejdet af
Bitten Fisker Kjærsgård*

*Vejleder:
Rolf Nikula*

2012

Master of Information Technology med specialisering i Sundhedsinformatik,

Efter- og Videreuddannelse, Aalborg Universitet

3. årgang

Forord

I Region Midtjylland implementeres i øjeblikket en fælles regional EPJ, og fokus i dette projekt er de udfordringer der er ved at dokumentere i en fælles EPJ, så oplysninger kan genfindes, genbruges og genkendes. Inspirationen til projektet er opstået ved, at jeg gennem flere år har arbejdet med at få ensartet dokumentationen på Regionshospitalet Viborg, hvilket har været meget udfordrende, da alle afsnit har haft deres egne aftaler for dokumentation i Viborg EPJ. At journalen nu bliver fælles for hele regionen betyder, at det der nu skal skabes enighed på alle sygehuse i Region Midtjylland. I mit arbejde som sygeplejerske og sundheds-It konsulent på Regionshospitalet Viborg har jeg endvidere deltaget i forskellige fora omkring MidtEPJ, hvor problematikken omkring manglende ensartethed i dokumentations praksis er blevet behandlet. Med projektet håber jeg, at kunne være med til at synliggøre hvad der har betydning for, at der ikke dokumenteres på samme måde i EPJ på hospitalerne i Region Midtjylland,

Dataindsamlingen er foregået ved interview, så derfor tak til de sygeplejersker, Sundheds-It konsulenter og medarbejdere fra EPJ Produkter der muliggjorde interviewene.

Den største tak er til EPJ konsulent og tidligere medstuderende Marianne Møller, som gennem hele projektet har opmuntret, inspireret, kritiseret og hjulpet på rette vej. Det har betydet virkelig meget.

Også tak til min vejleder Rolf Nikula for vejledning når jeg havde brug for det.

Tak til familie og kollegaer der har accepteret mit mentale og fysiske fravær – det bliver anderledes fremover.

Bitten Fisker Kjærsgård
Maj 2012

Resumé

Baggrund

Regionerne i Danmark har, som ét af deres pejlemærker for Sundheds-It, at der i hver region kun skal være ét regionalt EPJ system. Region Midtjylland er på denne baggrund i gang med, at implementere en fælles regional EPJ, MidtEPJ, der snart er i brug på alle hospitalerne i Region Midtjylland. Det er en vanskelig opgave, at få brugerne af EPJ til at dokumentere på en sådan måde, at oplysninger om patienten kan genbruges, genfindes og genkendes hvis patienten indlægges på en anden afdeling/hospital. Udgangspunktet for projektet var således at undersøge hvilke faktorer der har betydning, hvis dokumentationspraksis skal ensrettes i Region Midtjylland.

Metode

Som undersøgelsesmetode er anvendt kvalitative interview med aktører, der på forskellig vis har interesse i problemet, og som har belyst hvilke faktorer der gør sig gældende i forhold til at få en ensartet dokumentationspraksis i regionen. Interviewresultaterne er analyseret ved systematisk tekstkondensering, og efterfølgende analyseret indenfor en teoretisk ramme, omfattende teori om forandringsledelse (Kotter) og Social Construction Of Technology (Bijker).

Resultater

I undersøgelsen er identificeret en række faktorer, der har betydning for etableringen af fælles dokumentationspraksis på hospitalerne i Region Midtjylland. De væsentligste identificerede faktorer er: manglende enighed om terminologi, forskellige arbejdsgange, workarounds for at kunne arbejde i systemet, forsinkende sagsbehandling i de regionale fora for ensretning af dokumentationspraksis samt interessenter der har forskellige interesser i forhold til dokumentationen. Endvidere er der ikke interesse for hvordan der dokumenteres andre steder, ligesom valgt dokumentationspraksis heller ikke videregives til andre. EPJ organisationerne på hospitalet er ikke synlige, og der skal være ledelsesinvolvering før dokumentationspraksis ændres.

Konklusion

Projektet viser flere problemstillinger i forhold til ensartet dokumentation. Blandt andet vil det være relevant, at se på, om EPJ organisationen på de enkelte hospitaler er rustet til at sikre ensartet dokumentation, og om de anvendte problemløsningsstrategier er velvalgte. Projektet tydeliggjorde også, at fokus primært er på egen afdeling, så selvom MidtEPJ skal være et fælles regional EPJ system, er der ingen interesse i hvordan andre i organisationen dokumenterer. Der kan dog samtidig sættes spørgsmålstejn ved, i hvor stort omfang terminologi og arbejdsgange kan ensrettes og standardiseres på alle hospitalerne i Region Midtjylland.

Indholdsfortegnelse

Forord	2
Resumé	3
Indholdsfortegnelse	4
1. Indledning.....	6
2. Problemanalyse	7
2.1 Dokumentation i den elektroniske patientjournal.....	7
2.2 Introduktion til Sundhedsfagligt indhold (SFI)	10
2.3 Behov for ensartet dokumentation?	12
3. Afgrænsning og problemformulering.....	14
3.1 Sundheds fagligt indhold i MidtEPJ	14
3.2 Situationen i Region Midtjylland	19
3.3 Problemformulering.....	22
4. Metodebeskrivelse for interview	23
4.1 Det kvalitative interview	23
4.2 Planlægning af interview	26
4.2.1 Udarbejdelsen af interviewguide	27
4.2.2 Udvælgelse af informanter	27
4.3 Gennemførelse af interview.....	28
4.4 Transkription	28
4.5 Databehandlingsmetode.....	29
4.6 Ethiske overvejelser.....	30
5. Udførelse af interview og analyse	31
5.1. Udvælgelse af informanter	31
5.2 Gennemførelse af interview.....	33
5.3 Udførelse af analyse	34
6. Præsentation af resultater fra interviewundersøgelser	37
6.1 Genkendelighed, understøttelse af arbejdsgange og kvalitetssikring	38
6.1.1 Termer og begreber.....	38
6.1.2 Indhold og opbygning af SFI og arbejdsgange	39
6.1.3 Workarounds.....	43
6.1.4 Udvikling af SFI i forhold til retningslinjer og DDKM.....	44

6.2 Forventninger, roller og ansvar i Region Midtjylland	45
6.2.1 Forventninger til ledelsen	45
6.2.2 Implementeringsansvar og roller	47
6.2.3 Forståelse for fælles EPJ	50
6.3 Grupper og netværk	51
6.3.1 Faglige grupper i Region Midtjylland.....	51
6.4 Implementeringsstrategi og EPJ Produkters rolle	52
6.4.1 Opstartsfasen.....	52
6.4.2 EPJ Produkters rolle og forventninger til EPJ produkter.....	54
6.5 Opsummering af resultater fra interviewundersøgelser.....	55
7. Teoretiske perspektiver	58
7.1 Social Construction Of Technology	58
7.2 Forandringsledelse.....	61
8. Analyse af resultater i forhold til teori	66
8.1 Analyse af resultater i forhold til SCOT.....	66
8.2 Analyse af resultater i forhold til Kotters teori om forandringsledelse	71
9. Diskussion	72
9.1 Diskussion af metode.....	72
9.2 Diskussion af teori	74
9.3 At forske i egen organisation.....	75
9.4 Diskussion af resultater	76
10. Konklusion	77
10.1 Samlet konklusion	81
11. Perspektivering.....	82
Abstract	85
Referencer	86
Bilagsfortegnelse	90

1. Indledning

I Danmark er der fokus på digitalisering i sundhedsvæsenet, og hvordan digitaliseringen skal medvirke til bedre kvalitet i patientbehandlingen. Der har været flere nationale IT strategier, og senest har regionerne i fællesskab nedsat Regionernes Sundheds-It Organisation (RSI) hvor regionerne har forpligtiget sig til en fælles sundheds-it indsats, med henblik på de udfordringer der er i nutidens sundhedsvæsen (Regionernes Sundheds-IT-Organisation (RSI), Danske Regioner 2010).

I "National Strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2008-2012" (Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark 2008) opstillede Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark (DSDS) en række mål og ambitioner for digitalisering af sundhedsvæsenet i Danmark. En måde at digitalisere sundhedsvæsenet er, at udskifte papirjournalen med elektroniske patientjournaler (EPJ).

RSI formulerede i 2010, fire overordnede pejlemærker for regionernes sundheds-it indsats (Regionernes Sundheds-IT-Organisation (RSI), Danske Regioner 2010). Den grundlæggende præmis i udarbejdelsen af pejlemærkerne var, at opfyldelse af pejlemærkerne skulle føre til bedre kvalitet i patientbehandlingen. De fire overordnede pejlemærker, som regionerne forpligtigede sig til at arbejde med er:

1. Den kliniske it-arbejdsplads
2. Optimering af sygehusdrift
3. Sammenhæng og samarbejde
4. Patient empowerment.

Under den kliniske it-arbejdsplads beskrives, at ved at it-understøtte det kliniske personales rutiner og daglige arbejdsgange og udbrede adgang til data på tværs af afdelinger og hospitaler, vil kvaliteten af patientbehandlingen og personalets arbejdsvilkår forbedres, samtidig med at klinikerne vil undgå spildtid. En af indsatserne til at opnå dette er at arbejde hen imod at *"Hver region har et konsolideret epj-landskab inden udgangen af 2013"*. (Regionernes Sundheds-IT-Organisation (RSI), Danske Regioner 2010), hvilket betyder, at alle regioner i øjeblikket er i gang med at konsolidere til ét regionalt EPJ system i hver region. For Region Midtjyllands vedkommende har det betydet, at de 5 EPJ systemer amterne i den nuværende region har brugt, skulle konsolideres til ét fælles EPJ system.

I Region Midtjylland har man, på baggrund af konsulentfirmaet Deloittes kortlægning af tre af de fem EPJ systemer i 2007 (Deloitte Business Consulting 2007), besluttet at konsolidere til det fælles system MidtEPJ, der indeholder modulerne Medicin, Rekvisition/svar, Booking, PatientAdministrative System (PAS) og Klinisk Proces (KP).

I dette projekt vil det blive KP delen der er i fokus, da det er her, klinikerne udfører deres daglige dokumentation. KP indeholder al den dokumentation de kliniske faggrupper tidligere har gjort i papirjournal, sygeplejecardex, registreringsskemaer, terapeutkort, observationsskemaer etc. Til at komme af med data i KP, anvendes begrebet Sundheds Fagligt Indhold (SFI), der er de præ-modellerede datafelter, hvor ind-data skal dokumenteres. Helt konkret betyder det, at der i Region Midtjylland skal skabes enighed om, hvordan patientbehandling og pleje skal dokumenteres, hvilket indtil nu har vist sig at være ganske udfordrende i Region Midtjylland. Det er disse udfordringer, der undersøges nærmere i dette projekt.

2. Problemanalyse

2.1 Dokumentation i den elektroniske patientjournal

I Digitaliseringsstrategien (Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark 2008) beskrives at digitalisering i sundhedsvæsenet, herunder indførelsen af EPJ, kan hjælpe til at sikre høj kvalitet og et sammenhængende sundhedsvæsen blandt andet ved at:

- Øge tilgængelighed til patientdata, understøtte udveksling og genbrug af data mellem sundhedsprofessionelle i forbindelse med det enkelte patientforløb.
- Give overblik over den enkelte patients forløb og status
- Stille klinisk beslutningsstøtte til rådighed
- Understøtte effektive arbejdsgange
- Muliggøre at registrerede data kan anvendes direkte til sekundære formål, fx kvalitetssikring, ledelsesinformation og forskning. Kvalitetssikring og forskning er en forudsætning for løbende forbedring af sundhedsvæsenet.

Det er mange forventninger til EPJ, og S. Vikkelsø mfl (Vikkelsø, Billeskov & Winthereik 2006) beskriver, at der i sundhedsvæsenet er modsatrettede forventninger til EPJ, og forskellige interessenter ser forskelligt på potentialet og formålet med EPJ. Forfatterne mener man i forventningerne til EPJ, bør forholde sig til de fire modstridende målsætninger beskrevet som:

1. Effektivisering af interne arbejdsgange

2. Udveksling af informationer mellem sygehuse
3. Forskning
4. Forbedret styring af sygehuse

Forfatterens holdning er, at det i de fleste tilfælde vil være umuligt både at effektivisere arbejdsgange, øge det tværorganisatoriske samarbejde og skabe brugbare data til forskning, da effektivisering af arbejdsgange og udveksling af informationer mellem sygehusene kræver mindre strukturering af data, end de data der skal anvendes til forskning og DRG afregning (Vikkelsø, Billeskov & Winthereik 2006).

For at effektivisere arbejdsgangene, skal EPJ systemerne være så fleksible, at de kan understøtte den enkelte afdelings dokumentationsbehov på en måde, der både optimerer arbejdsgangene og hvor den tid der skal anvendes til dokumentation blive mindst mulig. Men da effektive arbejdsgange både handler om at klinikerne skal kunne afleverer og genfinde data i EPJ på en effektiv måde, stiller det også krav om en vis enighed om hvordan data dokumenteres i EPJ. Uden ensartet dokumentation vil det ikke være muligt at effektivisere arbejdsgangene, og uden struktureret og ensartet dokumentation vil det ikke være muligt, at udveksle informationer mellem sygehusene, hvis målet er, at data skal opsamles automatisk fra EPJ. For data der skal bruges til forskning, kvalitetssikring og DRG-afregnings systemet, stilles ligeledes krav om struktureret og ensartet dokumentation. (Vikkelsø, Billeskov & Winthereik 2006, Vikkelsø 2006).

Der er altså forskellige målsætninger med EPJ, men de har alle det til fælles, at uanset hvilke interessenter der er tale om, er behovet for struktureret og ensartet dokumentation væsentligt, for at opfylde de ovenfor nævnte målsætninger.

Dokumentation bruges i dette projekt, som en fælles betegnelse for de klinikernes journalføring over patientens behandling og pleje.

Struktureret dokumentation

Kendetegnende ved struktureret dokumentation (Egerod 2007) er, at data er:

1. Klinisk relevante
2. Mulige at overføre til andre databaser
3. Mulige at anvende til forskning og udvikling

4. Mulige at anvende til DRG¹-afregning.

Der skelnes mellem højt og lavt strukturerede data. Højt struktureret dokumentation giver mulighed for valg eller afkrydsning i foruddefinerede kategorier og/eller klassifikationer, og dermed mulighed for udveksling til andre systemer. Lavt strukturerede data ofte er et resultatnavn, efterfulgt af et frittekstfelt hvor klinikerne kan dokumentere i prosa (Egerod 2007) .

Ensartet dokumentation

Den definition af ensartet, der er anvendt i dette projekt er taget fra Den Danske Ordbog, hvor ensartet beskrives på følgende måde:

”Som (stort set) foregår på samme måde fra gang til gang”

Ensartet dokumentation betyder altså, at der dokumenteres på samme måde fra gang til gang. Herunder hører også, at der til bestemte diagnosegrupper udføres en ensartet dokumentation. Ensartet dokumentation behøver derfor ikke at være højt struktureret. Det kan være lavt strukturerede data i frittekst, der er skrevet under et bestemt resultatnavn. Resultater kan da fremsøges ved at søge på resultatnavn, og dermed få vist de data der er dokumenteret under dette resultatnavn (). Pointen er, at for at fremsøge data på denne måde, skal der dokumenteres under det samme resultatnavn hver gang.

Tidligere foregik klinikernes dokumentation på papir, og efter nogen oplæring på hospitalet, var de klar over, hvor de forskellige oplysninger skulle findes. Egen erfaring med papirjournalen er, at der var regler for hvordan de forskellige papirer var organiseret i journalen. På den måde, var det i papirjournalen muligt at finde de oplysninger der var brug for. Ligeledes havde sygeplejerskerne i deres cardex, overblik over vigtige oplysninger om patienten på stamkortet.

Det skred der sker når dokumentations mediet bliver elektronisk er, at klinikerne står over for den udfordring, at hvor der tidligere var regler for, hvor i journalen de forskellige papirer var, skal de nu vende sig mod EPJ og finde ud af, hvor de skal finde tingene og hvordan. Men uden regler for ensartet dokumentation, vil de aldrig vide hvor de skal lede efter data. Dette understøttes af Marc Berg, der skriver, at papirjournalens overblik kan være vanskeligt at overføre til elektroniske patientjournaler (Berg 2004, Vikkelsø 2005).

¹ DRG (diagnoserelaterede grupper) anvendes som afregning i sygehussektoren ved patienter fra andre regioner samt analyse af omkostninger og aktiviteter på sygehusene.

Regionshospitalet Viborg har de sidste 8 år anvendt Viborg EPJ, og udfordringerne med ensartet dokumentationspraksis, er et område jeg kender særdeles godt fra mit arbejde på regionshospitalet Viborg. Som medlem af det sygeplejefaglige dokumentationsråd på hospitalet, har jeg, i samarbejde med gruppen, udarbejdet en manual for sygeplejedokumentation i Viborg EPJ. Baggrunden for dette arbejde var, at klinikerne dokumenterede på vidt forskellige måder i EPJ, hvilket gav store problemer med at genfinde data, hvis patienten blev flyttet til en anden afdeling (Det Regionale Dokumentationsråd). Undervejs i denne proces, har de deltagende klinikere i gruppen, haft forskellige argumenter for, at den måde de dokumenterede på var den ”bedste”, og det har været meget svært at opnå enighed om, hvor de forskellige oplysninger om patienten skulle dokumenteres. Den erfaring jeg har gjort gennem dette arbejde er, at klinikerne på den ene side godt kunne se det gode i, at de data de havde dokumenteret også kunne genfindes af andre, men at de samtidig havde meget svært ved, at skulle ændre deres arbejdsgange, for at andre skulle have mulighed for at finde det de havde skrevet.

2.2 Introduktion til Sundhedsfagligt indhold (SFI)

Indtil videre er begrebet Sundheds Fagligt Indhold ikke indeholdt i Sundhedsstyrelsens begrebsbase. Sundheds Fagligt Indhold blev første gang introduceret tilbage i 2002, og definitionerne har udviklet sig i løbet af de 10 år der er gået (Fabricius 2008, Kristensen, Kristensen 2010). I nogle af definitionerne nævnes, at Sundheds Fagligt Indhold er standardplaner, standardaktiviteter og standardresultater. Region Hovedstadens definition fra 2008 er, at SFI er *”Al sundhedsfaglig viden, som skal indbygges i et informationssystem”*. (Fabricius 2008, Kristensen, Kristensen 2010).

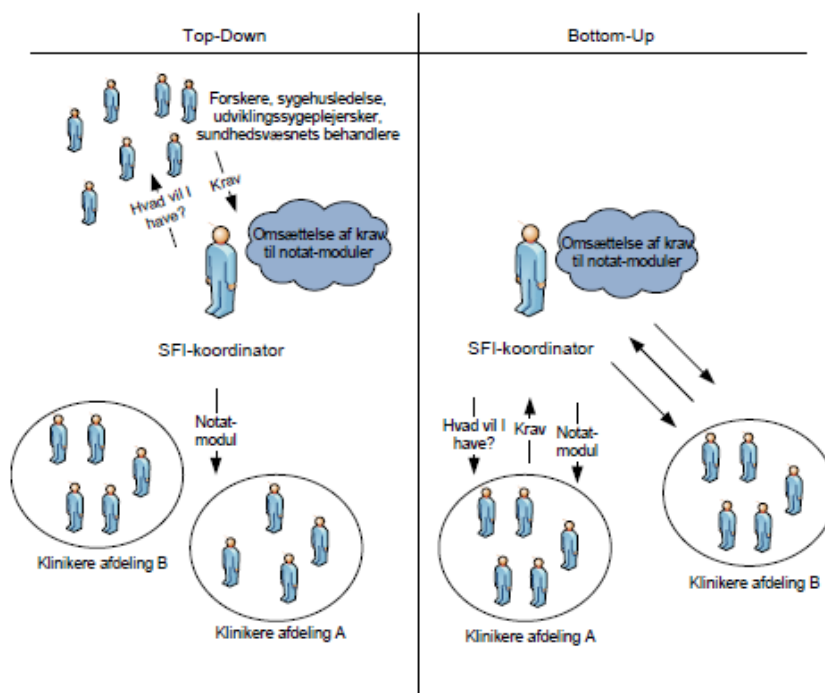
- I en analyserapport fra 2008 (Bernstein, Bruun-Rasmussen & Pedersen 2008), beskriver Bernstein mfl at SFI overordnet kan opdeles i to områder:
- Procesorienteret SFI, som indeholder procesbeskrivelser, beskrivelser af sekvenser af sundhedsfaglige aktiviteter, tidsmæssige sammenhænge og beslutningspunkter.
- Dokumentationsorienteret SFI, som beskriver struktur og indhold af den information, der skal dokumenteres i forbindelse med bestemte aktiviteter eller kliniske situationer, gruppering af aktiviteter i form af simple standardplaner, samt skabeloner for dokumentation af denne information.

Det er primært den dokumentationsorienterede SFI der er i brug i MidtEPJ indtil videre. Når SFI skal specificeres, tages der udgangspunkt i den eksisterende dokumentation i de forskellige trin i

de kliniske processer, samt behovene for data til beslutninger og genbrug etc. I samme rapport beskrives, at det sundhedsfaglige indhold skal fastlægges for at sikre, at oplysningerne er entydigt defineret, så de kan genbruges på tværs af systemer og sektorer (Bernstein, Bruun-Rasmussen & Pedersen 2008).

SFI er med andre ord de aktiviteter og planer hvori det kliniske personale dokumenterer deres oplysninger om patienten. En standardaktivitet kan være en blodtryksmåling, hvor standardresultatet er de værdier klinikerne skriver i standardaktiviteten. Standardaktiviteter og standardplaner bør så vidt muligt baseres på evidensbaseret viden, hvorved kvalitetsudviklingen også vil understøttes. Derfor er SFI ikke en statisk størrelse, men kræver ændringer når ny viden opstår (Egerod 2007).

Overordnet er der, som illustreret på figur 1, to tilgange til udarbejdelsen af SFI, Top-Down og Bottom-Up. Bottom-up processen forholder sig ikke til den sekundære anvendelse af data, og betyder samtidig at forskellen mellem de enkelte afdelinger kan blive ret betydelig. Omvendt er det i Top-down processen svært at efterkomme forskelligt rettede krav, og resultatet kan blive, at SFI ikke understøtter arbejdsgangene. Typisk bruges der i Danmark en blanding af Top-down og Bottom-Up (Rosenbeck 2009).



Figur 1 Forskel mellem Top-Down og Bottom-up processen i udvikling af Sundhedsfagligt Indhold. (Kilde. (Rosenbeck 2009).

2.3 Behov for ensartet dokumentation?

Standard 1.3.3 i Den Dansk Kvalitetsmodel (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet 2009) omhandler ensartethed og genkendelighed i forhold til patientrelaterede data, og standarden lyder:

”Patientrelaterede data dokumenteres struktureret, ensartet og genkendeligt”

Standardens formål er at sikre klarhed og ensartethed i journaloplysninger samt at forebygge utilsigtede hændelser.

I Region Midtjyllands regionale retningslinjer (Region Midtjylland a) er yderligere beskrevet at *”Journalen skal understøtte den kliniske beslutningsproces og sikre information af og om patienten samt fremme kontinuiteten i patientforløbet, behandlingskvaliteten og patientsikkerheden”*. I den regionale retningslinje står endvidere omkring dokumentationen af journaldata, at *”Dokumentationen finder sted i patientjournalen de relevante steder afhængig af journalens opbygning”*.

Der er altså overordnede krav om, at dokumentationen i patientjournalen skal være ensartet og genkendelig. For Region Midtjyllands ansatte gælder endvidere, at der skal dokumenteres de relevante steder, og da MidtEPJ anvendes i efterhånden hele Region Midtjylland, må relevante steder forventes at være det samme for alle hospitalerne.

I Region Midtjylland har Det Sygeplejefaglige Regionale Dokumentationsråd beskrevet en strategi for sygeplejedokumentationen på hospitalerne i Region Midtjylland, hvor visionen er, at *”Strategien skal danne grundlag for en systematik, så data kan genkendes, genfindes og genbruges”*. (Det Regionale Dokumentationsråd). At kunne genbruge, genfinde og genkende data, er dog essentielt for hele sundhedsvæsenet, og ikke kun for sygeplejen, og dette fordrer, at samme data dokumenteres de samme steder (Dansk sygeplejeselskabs dokumentationsråd og Dansk Sygeplejeråd, Dansk Sygeplejeråd 2008). Hvis oplysningen om, at patienten er småtspisende og forkvalmet dokumenteres under resultatnavnet ”søvn og hvile”, vil oplysningerne ikke umiddelbart vises, når indholdet under resultatnavnet søges frem. Dvs. data kan hverken genkendes, genfindes eller genbruges.

Ved anvendelsen af EPJ skal data altså dokumenteres, så de kan genbruges, genfindes og genkendes. Derfor er disse begrebers betydning undersøgt i Den Danske Ordbog, hvorfra de følgende betydninger er hentet:

Genbruge – ”*Bruge igen, på samme måde som før eller på en ny måde*”. Ved at genbruge data i patientforløbet, kan dobbeltdokumentation mindskes. Genbrug af data har betydning for anvendelsen af data til sekundære formål fx forskning, administration og afregning, hvor de data der er dokumenteret, kan trækkes ud af EPJ til andre systemer (Sylvest Olsen 1998, Region Midtjylland b). Data anvendes også til kvalitetsudvikling, hvor dokumentation af udvalgte indikatorer på en fastlagt måde muliggør, at data kan udtrækkes til kliniske kvalitets databaser (Kjærgaard 2001). Men igen, er data ikke registreret korrekt, er udtræk og genbrug af data ikke muligt.

Genfinde – ”*Finde noget der ligner eller svarer til noget andet*”. Genfinding af data har betydning for det enkelte patientforløb, hvor det er vigtigt, at klinikerne kan finde og få vist alle relevante data på en nem måde (Region Midtjylland b). For de data der *ikke* automatisk kan indberettes til andre systemer, vil det have betydning, når de udvalgte data skal findes, at dataindberetteren ved hvor data skal findes eller fremsøges (Møller 2011). Til afdelingernes interne kvalitetsopfølgning og sammenhængende patientforløb, herunder overgange mellem afdelinger, er det på samme måde af betydning, at de ønskede data kan genfindes.

Genkende – ”*Identificere en person, genstand el.lign (blandt flere) som allerede kendt eller som repræsentant for en type*”. Hvis data dokumenteres på samme måde, vil det, foruden muligheden for at genfinde data, også betyde, at de klinikere der rokerer mellem Region Midtjyllands hospitaler, umiddelbart vil vide hvor de enkelte oplysninger om patienten dokumenteres, da strukturen er genkendelig. Dette forudsætter, at der er enighed om den terminologi der anvendes i aktiviteterne (Nicolajsen, Bojsen & Boisen 2004). I oplæringsmæssig sammenhæng, vil dette betyde mindre oplæring/undervisning af nyt personale.

Nikula (Nikula, Elberg & Svedberg 2000) har beskrevet, at for at drage det fulde udbytte af EPJ, må klinikerne være klar over, at det også kræver noget af dem. Nikula benævner dette ”Price-to-Pay”, og beskriver, at bla. struktureret dokumentation og fælles terminologi er væsentlige elementer, for at kunne genbruge data, søge efter data og udveksle data.

Aktiviteter og standardplaner kan opbygges, så de understøtter kliniske retningslinjer, og dermed bedst evidens. Det evidensbaserede grundlag som kliniske retningslinjer introducerer, kan ses

som anbefalinger der sikre en ensartet behandling. I forbindelse med en ensartet behandling vil en ensartet dokumentation være gavnlig, fordi alle informationer der er relevante for det kliniske problem dokumenteres. Med henblik på at sikre en ensartet dokumentation, kan forskellige datastrukturer overvejes, f.eks. om klinikeren skal dokumentere sin viden i et fritekstfelt, der har en lav struktureringsgrad, eller om det skal være fra, eksempelvis, en valgliste, hvori et svar udelukker de øvrige svarmuligheder (Kristensen, Kristensen 2010). Hvis der findes sådanne aktiviteter og/eller standardplaner, bør disse anvendes, for at sikre, at patienten får den bedste kvalitet i pleje og behandling.

3. Afgrænsning og problemformulering

I dette afsnit beskrives først hvordan dokumentation og præsentation af data fungerer i MidtEPJ. Herefter eksemplificeres de udfordringer Region Midtjylland står over for, i forhold til, at dokumentations praksis ikke er ensartet på Region Midtjyllands hospitaler.

3.1 Sundheds fagligt indhold i MidtEPJ

I det følgende afsnit, beskrives det Sundheds Faglige Indhold (SFI) i KP modulet i MidtEPJ. Afsnittet er medtaget for at vise den sammenhæng der er mellem dokumentation af data, og den efterfølgende mulighed for at søge efter og få vist data.

I MidtEPJ bruges ikke konsekvent termene standardaktiviteter og standardresultater, men blot aktiviteter og resultater, og når brugere af MidtEPJ taler om SFI, bruges SFI ofte synonymt med en aktivitet. Fx vil aktiviteten ”Blodtryksmåling” (figur 2) af brugerne blive benævnt som ”En SFI”.

En standardplan er en samling af aktiviteter, som skal foretages på forskellige tidspunkter, men hvor samtlige aktiviteter forventes at skulle udføres. Standardplaner er knyttet til diagnoser/sundhedstilstande, hvor planen for hvad der skal ske med den enkelte patient, er fastlagt på forhånd (EPJ-Produkter 2011).

Dokumentation af data i MidtEPJ

En **aktivitet** i MidtEPJ kan være Blodtryksmåling (figur 2), og denne aktivitet kan have tilknyttet en SKS kode, så registreringen automatisk sker i PAS, når der dokumenteres i aktiviteten.

Blodtryksmåling - Z23160

Systolisk:*

Diastolisk:

Kommentar:

Udført: 02.05.2012 15.17 af Sygeplejerske RRA Kursist Bruger12, Orto...

Speciale(r):* Indtast/Vælg speciale Indtast/Vælg speciale

Tilføj aktivitet... ☐ Kladde OK Annuller

Figur 2 Aktiviteten Blodtryksmåling i MidtEPJ

Flere aktiviteter kan sættes sammen, og der tales så om **sammensatte aktiviteter**, som er oplysninger om patienten, der altid dokumenteres på samme tidspunkt.

Afdelingerne definerer **standardplaner** (figur 3), hvor de aktiviteter der skal dokumenteres ved fx indlæggelse af en akut urologisk patient, er samlet i en plan der åbnes når patienten indlægges.

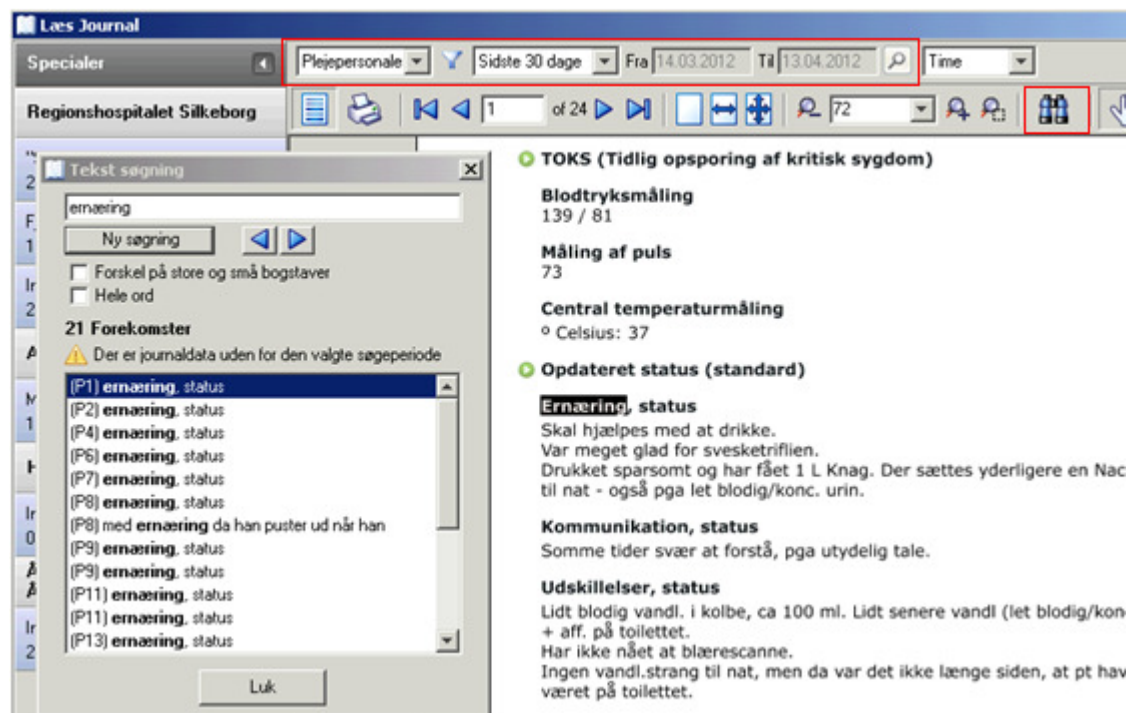
Patientplan		Periodeoversigt
Aktuel periode		Fra: 01.05.2012 Til: 01.06.2012
	Aktivitet	Ordineret Status
☐	Patientplan	
☐	Akut urologisk patient	02.05.12 15... Igang
☐	Modtagelse af patient + ...	02.05.12 15... Planlagt
☐	Blodtryksmåling	02.05.12 15... Planlagt
☐	Måling af puls	02.05.12 15... Planlagt
☐	Temperatur	02.05.12 15... Planlagt
☐	Saturation i %	02.05.12 15... Planlagt
☐	Respirationsfrekvens pr min	02.05.12 15... Planlagt
☐	Ankomststatus + ...	02.05.12 15... Planlagt
☐	Supplerende anamnese + ...	02.05.12 15... Planlagt
☐	Ernæringscreening + ...	02.05.12 15... Planlagt
☐	Journaloptagelse + ...	02.05.12 15... Planlagt
☐	Opdateret status (standard) + ...	02.05.12 15... Planlagt
☐	Journalnotat + ...	02.05.12 15... Planlagt
☐	Venflon + ...	02.05.12 15... Planlagt
☐	Undersøgelser	02.05.12 15... Planlagt
☐	Information og vejledning + ...	02.05.12 15... Planlagt
☐	Prøver	02.05.12 15... Planlagt
☐	Urinundersøgelse med stix	02.05.12 15... Planlagt
☐	Mål	02.05.12 15... Planlagt
☐	Udvidet væskeregnskab + ...	02.05.12 15... Planlagt
☐	Rygeanamnese + ...	02.05.12 15... Planlagt
☐	Urologisk udskrivelse	02.05.12 15... Igang
☐	Målinger + ...	02.05.12 15... Planlagt
☐	Afføringsregistrering	02.05.12 15... Planlagt
☐	Kostform	02.05.12 15... Planlagt
☐	TOKS (Tidlig opsporing af kritisk sygd...	02.05.12 15... Planlagt
☐	TOKS, ordination + ...	02.05.12 15... Planlagt

Figur 3 Eksempel på standardplanen "Akut urologisk patient"

Præsentationen af data i MidtEPJ

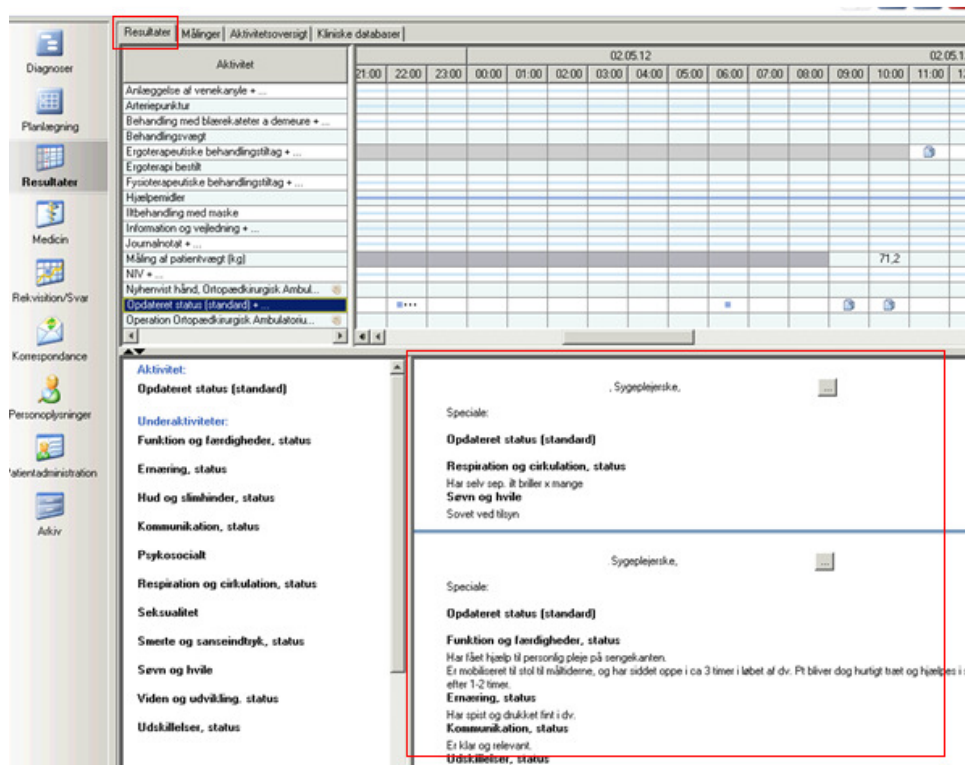
Præsentationen af data i MidtEPJ kan ske på forskellige måder, og herunder er vist, hvordan data kan ses i "Resultater", "Aktivitetsoversigt", "Læs journal" og "Overblik". I MidtEPJ er alle aktiviteter tilknyttet en kategori, hvilket har betydning for hvor og hvordan data kan præsenteres.

I **Læs journal** (figur 4) præsenteres alt der er dokumenteret i aktiviteterne. Der kan vælges forskellige profiler, idet der i profilerne kun medtages udvalgte kategorier. Fx vises aktiviteterne i kategorien "Klinisk status" ikke i lægeprofilen. Det er muligt at afgrænse efter kategorier, speciale og tids periode. I Læs journal er endvidere en søgefunktion, der muliggør søgning efter bestemte ord i hele eller udvalgte dele af journalen.

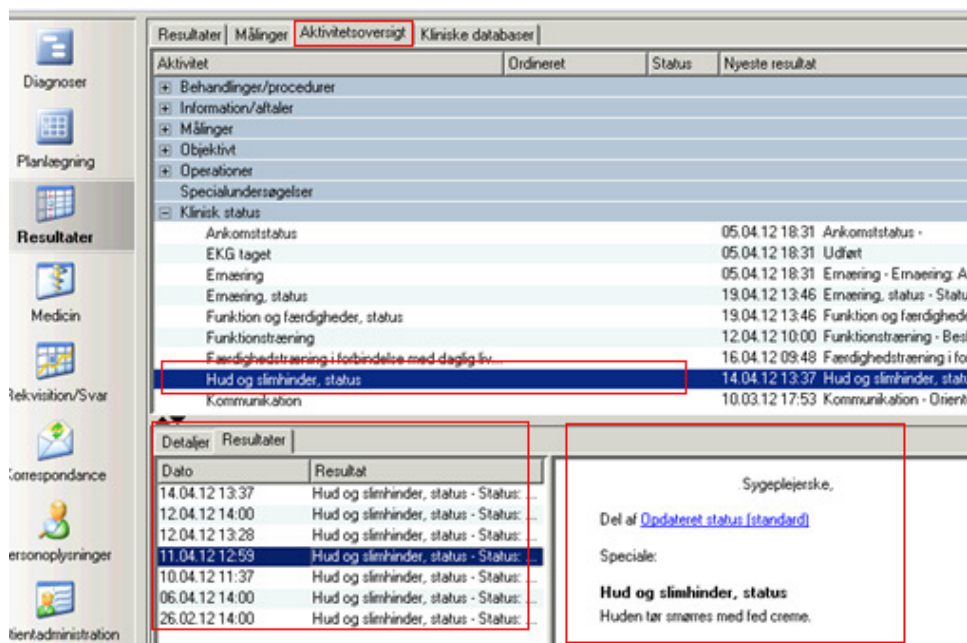


Figur 4 "Læs journal" funktionen i MidtEPJ, med visning af søgning på ordet "ernæring".

Under **resultater** (figur 5) vises dokumenterede data i et detailbillede, når der markeres i feltet.



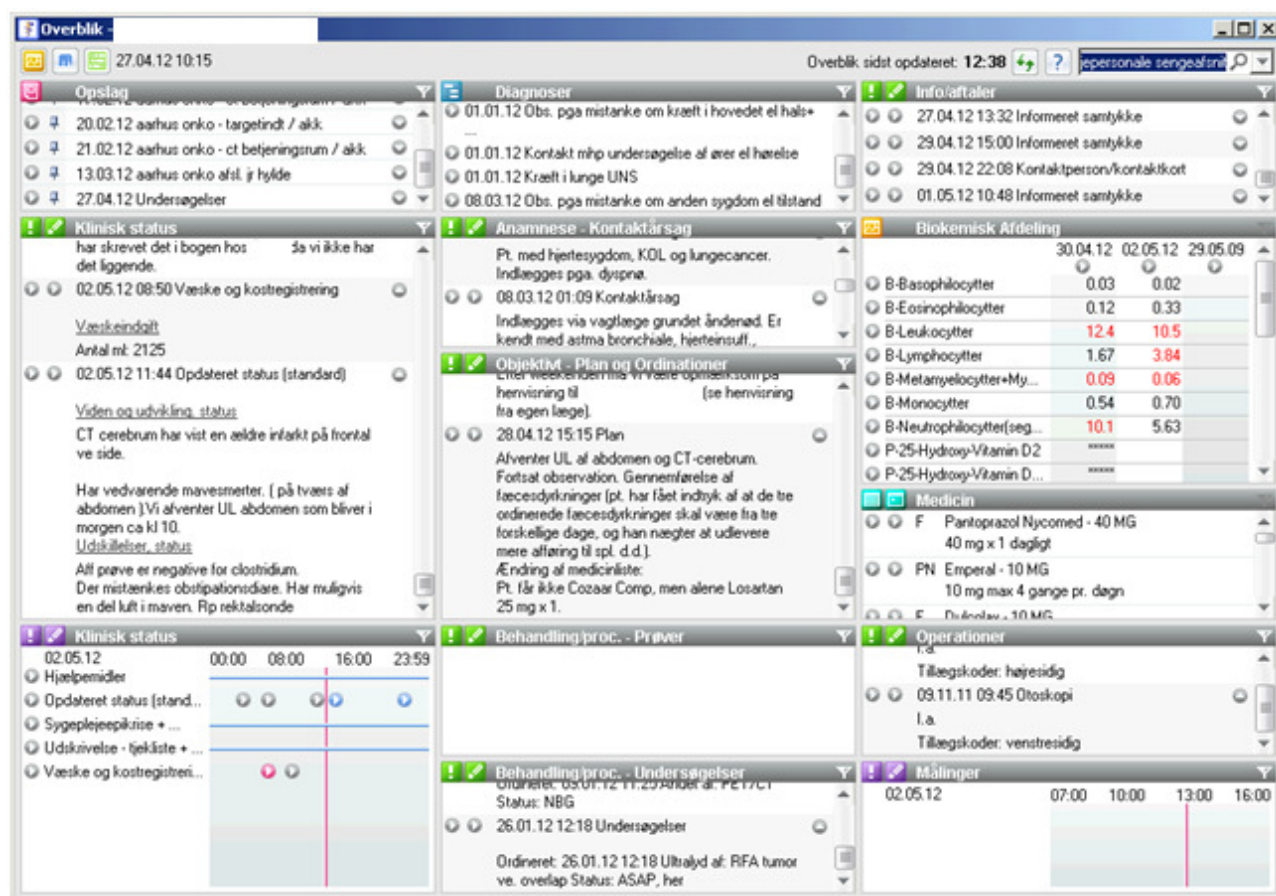
Figur 5 Visning af data i "Resultater". Her er markeret aktiviteten "Opdateret status", og de seneste dokumentationer vises i detailbilledet til højre.



Figur 6 Aktivitetsoversigten. Her kan samlet vises det der er dokumenteret under en bestemt aktivitet. Ved at markere i detailfeltet til venstre, vises i højre side hvad der er dokumenteret det pågældende tidspunkt. I øverste del af skærbilledet, er vist de forskellige kategorier.

I **aktivitetsoversigten** (figur 6) er det muligt at få vist alle data der er dokumenteret i den samme aktivitet. Herunder et eksempel på præsentationen af alt hvad der er dokumenteret i aktiviteten ”Hud og slimhinder”.

Afdelingerne kan selv definere hvad deres **overbliksbillede** (figur 7) skal indeholde, og det er de kategorier de vælger at få vist, der præsenteres her. Der kan konfigureres flere overbliksbilleder, fx til fremsøgning af data i forbindelse med journal audit eller NIP indberetningsdata.



Figur 7 Overbliksbilledet. Hvert felt viser forskellige kategorier, og der kan opsættes forskellige overblik til samme afdeling.

Præsentation og visning af data i MidtEPJ, er således afhængig af hvilke aktiviteter der dokumenteres i, og hvilke kategorier disse er tilknyttet.

3.2 Situationen i Region Midtjylland

I 2009 beslutter Regionsrådet at udrulle MidtEPJ på Regionshospitalet Randers, hvorefter EPJ produkter² sammen med klinikere på Regionshospitalet Randers, definerer det SFI der skal modelleres til EPJ. Randers går i drift i foråret 2010, og Regionsrådet beslutter efterfølgende, at MidtEPJ skal udrulles på alle hospitalerne i Region Midtjylland (Regionsrådet). Forud for implementeringen på de øvrige hospitaler, har EPJ produkter sammen med klinikere fra hospitalerne afholdt workshop, hvor det manglende SFI blev identificeret, og efterfølgende modelleret af EPJ Produkter. I Region Midtjylland har man valgt Bottom-Up modellen da SFI arbejdet startede, men på nuværende tidspunkt, er processen begyndt at blive mere Top-Down styret (Strategisk Sundhedsledelses Forum 15/12 2012).

I 2007 vurderede Deloitte, at det ville kræve en betydelig ensartethed i dokumentationspraksis indenfor og på tværs af Region Midtjyllands afdelinger, hvis klinikerne skulle kunne danne sig overblik over den enkelte patient i MidtEPJ. Deloitte vurderede også, at det ville lette brugen af MidtEPJ, hvis der blev etableret en meget ensartet dokumentationspraksis på tværs af faggrupper, afdelinger og hospitaler, mens en stærkt varierende dokumentationspraksis højst sandsynligt ville medføre øget tidsforbrug. Deloitte vurderer i rapporten også at:

”... der ved en for høj grad af individuel implementering vil blive taget beslutninger, som kan resultere i, at regionen ikke vil kunne fungere hensigtsmæssigt på tværs af specialer og hospitaler. Hvis ikke dokumentationspraksis er ensartet på tværs af specialer og hospitaler, vil det ikke være muligt at opnå det patientoverblik og den effektivitet, som ellers tilstræbes.”
(Deloitte Business Consulting 2007).

Medio 2011 blev der nedsat en Regional SFI gruppe, da der var behov for et forum, der kunne tage stilling til konfliktende ønsker til brug og opbygning af SFI (EPJ Hjørnet b).

Én af gruppens opgaver er i kommissoriet beskrevet som:

”Den Regionale SFI-gruppe skal sikre, at det samlede regionalt fremstillede SFI bliver optimalt udformet til kliniske dokumentationsopgaver både på og mellem hospitalerne. Hovedfokus er desuden at sikre let adgang til at aflevere og genfinde

² EPJ Produkter er det kontor der modellerer de enkelte aktiviteter i Midt EPJ.

[http://www.rm.dk/sundhed/faginfo/epj-hj%c3%b8rnet/organisation/epj+-+kontor+\(tidl-c8-+dvh\)](http://www.rm.dk/sundhed/faginfo/epj-hj%c3%b8rnet/organisation/epj+-+kontor+(tidl-c8-+dvh))

den kliniske information for klinikere, herunder at sikre en høj grad af ensartethed med respekt for behov for lokale tilføjelser.” (EPJ Hjørnet b)

Det SFI der vedtages i den regionale SFI-gruppe, skal sikres organisatorisk implementering og ibrugtagning i klinikken. Der er derfor udpeget kontaktpersoner på hvert hospital, som skal være bindeled mellem Den Regionale SFI-gruppe, hospitalsledelserne, hospitalernes tværfaglige dokumentationsråd og sundheds it-afdelinger samt klinikken (Strategisk Sundhedsledelses Forum 15/12 2012). Indtil videre er der kun vedtaget fire regionale SFI'er i Region Midtjylland (EPJ Hjørnet a).

Trods disse tiltag, er der stadig problemer med at få ensrettet dokumentationen i MidtEPJ. Ét af problemerne er, at der er modelleret mange aktiviteter der dækker det samme, og hvor den aktivitet klinikerne vælger, har betydning for den visning og søgning af data, der er mulig (Strategisk Sundhedsledelses Forum 15/12 2012, Systematic). Et eksempel herpå, er aktiviteter til at dokumentere kateter anlæggelse hos en patient, hvor indholdet er identisk men resultatnavnene forskellige. Dette kan være et udtryk for, at der enten ikke har været overblik over, hvilke aktiviteter der allerede eksisterer, eller et udtryk for, at de klinikere der har ønsket aktivitet figur 9, har haft brug for resultatnavnet ”Kateter i urinveje” i stedet for ”KAD”, fordi ”KAD” ikke dækker andre typer end kateter á demeure.

KAD, obs og pleje af patient med

☐ Udført i følge instruks

Kateter fungerer: ☐ Ja ☐ Nej

Kommentar:

Udført: 30.01.2012 09:57

Udført af Sygeplejerske RRA Kursist Bruger12, AKUTKL Akutklinikken - Grenaa

☐ Kladde

OK Annuller

Figur 8 Aktiviteten med resultatnavnet "KAD, obs og pleje af patient med".

Figur 9 Aktiviteten med resultatnavnet "Kateter i urinveje, obs og pleje af patient med".

Skal de dokumenterede data fremsøges i journalen, vil det personale der er vant til "KAD" aktiviteten, søge på "KAD". Hermed vil de data der er dokumenteret under "Kateter i urinveje" ikke blive vist.

Nogle afdelinger har fået modelleret aktiviteter der er navngivet med deres hospitalsnavn. Selvom andre afdelinger kunne have gavn af at anvende aktiviteten, vil de ikke gøre dette, da resultatnavnet vil blive vist i journalen. Et eksempel på dette er vist i Bilag 1 med aktiviteterne "Hidtidigt dagligt funktionsniveau, neurologisk afdeling" og "Hidtidigt dagligt funktionsniveau, intensiv".

Et tredje eksempel er to neurologiske afdelinger der har fået modelleret hver deres SSS Score³. Fra NIP databasen for Apopleksi foreligger den SSS Score der skal indberettes i forhold til, og det kan derfor undre, at der er udviklet to forskellige versioner af SSS Scoren i EPJ. Dele af de to SSS Score er vist i Bilag 2.

Dette er blot få eksempler på uhensigtsmæssigt SFI i MidtEPJ. Uhensigtsmæssigt, fordi det dels kræver at EPJ Produkter bruger tid på at modellere aktiviteter der dækker det samme, og dels fordi klinikerne der skal dokumentere og finde dokumentationen senere, ikke kan være sikre på, i hvilken aktivitet der er dokumenteret.

Den manglende enighed om dokumentationspraksis viser sig også ved, at hvert hospital der har implementeret MidtEPJ, har udviklet deres egen EPJ manual, der anviser hvordan der skal dokumenteres i MidtEPJ. I Bilag 3 er vist eksempler fra forskellige manualer på, hvorledes det

³ Scandinavian Stroke Scale. Er oplysninger der skal indberettes til NIP apopleksi databasen.

skal dokumenteres, at der er bestilt undersøgelser på patienten. Ud over risikoen for at overse data, må det overvejes, om de ressourcer hvert enkelt hospital har brugt til at udarbejde manualen, kunne være brugt bedre i et fælles arbejde på at udvikle en fælles manual, så dokumentation ville blive ensartet i hele Region Midtjylland frem for bare på det enkelte hospital.

For yderligere at få ensartet dokumentationspraksis i Region Midtjylland, blev i 2012 nedsat en regional KP ERFA (Klinisk Proces erfarings gruppe), der skal medvirke til afstemning og koordinering af ensartet anvendelse af SFI (KP ERFA gruppe Region Midtjylland 2012).

I øjeblikket er udfordringerne med ensartet dokumentation løftet til Sundheds-It styregruppen i Region Midtjylland, og behandlet på et møde ultimo marts 2012. I sagsfremstillingen til dette møde fremgik det, at der er i forbindelse med udrulningen af MidtEPJ er opstået et behov for at sikre ensartet og korrekt registrering af patientrelaterede data, og at:

”Forudsætningen for, at dokumentation kan genfindes i MidtEPJ er, at der er enighed om, hvor og hvordan journalelementer dokumenteres. Derfor er det vigtigt med en overordnet regional retningslinje for registrerings- og dokumentationspraksis.” (Region Midtjylland Sundheds-It styregruppe 22/3 2012).

Seneste i sagen er, at Kvalitet og Sundhedsdata i Region Midtjylland nu arbejder på en regional retningslinje, der skal dække registrering og dokumentation i MidtEPJ, herunder både anvendelse af SFI og visninger af data i forskellige overblik.

3.3 Problemformulering

Ud fra beskrivelsen af situationen i Region Midtjylland er der problemer med at genfinde, genbruge og genkende data i MidtEPJ, fordi der ikke dokumenteres ensartet. Der har i Region Midtjylland vist sig en stigende erkendelse af, at for at kunne drage det fulde udbytte af en fælles regional EPJ, er det nødvendigt at standardisere og ensrette arbejdsgange og dokumentationspraksis i Region Midtjylland.

Måden man i Region Midtjylland indtil videre har valgt at øge ensretningen, er ved:

1. Nedsættelse af en Regional SFI gruppe der tager overordnede bestemmelser om anvendelsen af SFI i Region Midtjylland.

2. Udpegning af SFI kontaktpersoner på hospitalerne der skal sikre organisatorisk implementering og ibrugtagning i klinikken.
3. Nedsættelse af en KP ERFA gruppe der via erfaringsudveksling skal medvirke til ensartet brug af SFI på hospitalerne.
4. Kvalitet og Sundhedsdatas udarbejdelse af fælles regionale retningslinjer for dokumentation i EPJ.

Men hvilke faktorer er det, der har betydning for at dokumentationen kan blive ensartet på Region Midtjyllands hospitaler, og løses det alene ved pålæg og indførelse af retningslinjer?

Det leder frem til problemformuleringen for dette projekt:

Hvorfor dokumenteres der ikke ensartet i MidtEPJ?

Til at undersøge problemformuleringen arbejdes ud fra følgende forskningsspørgsmål:

- *Er der faglige begrundelser for at dokumentationspraksis ikke kan ensrettes?*
- *Er der kulturelle begrundelser for at dokumentationspraksis ikke kan ensrettes?*
- *Hvilken betydning har de forskellige led i organisationen i forhold til at medvirke til ensretning af dokumentationspraksis?*
- *Hvilken betydning har udrulnings- og implementeringsprocessen haft med hensyn til at få ensartet dokumentationspraksis?*

4. Metodebeskrivelse for interview

4.1 Det kvalitative interview

For ethvert forskningsprojekt gælder, at det er projektets formål der er bestemmende for de valgte undersøgelsesmetoder (Lunde, Ramhøj 1996). I dette tilfælde er formålet at undersøge problemformuleringen *"Hvorfor dokumenteres der ikke ensartet i MidtEPJ?"*

Kvalitative metoder bygger oftest på en fænomenologisk tilgang, hvor formålet er at afdække individuelle meninger, motiver og mønstre, for hermed at blive i stand til at forstå fænomener ud fra aktørernes perspektiver, *"og beskrive verden som den opleves af aktørerne, ud fra den antagelse, at den vigtige virkelighed er den mennesker opfatter"* (Kvale, Brinkmann 2009).

Målet er at gøre aktørernes forståelse forståelig for andre, for derved at sætte andre i stand til at forstå fænomenet mere nuanceret. På denne baggrund er det relevant og begrundet, at vælge en kvalitativ metode til undersøgelse af projektets problemstilling, da fænomenet herved kan nuanceres og belyses ud fra forskellige aktørers forståelse og holdning til fænomenet.

Kvale og Brinkmann beskriver det kvalitative forskningsinterview 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, Brinkmann 2009). Kvale og Brinkmann har opstillet nogle aspekter ved det kvalitative interview, der kort er beskrevet herunder (markeret med fed skrift), og som alle har betydning i planlægning, udførelse og analyse af interviewene i dette projekt.

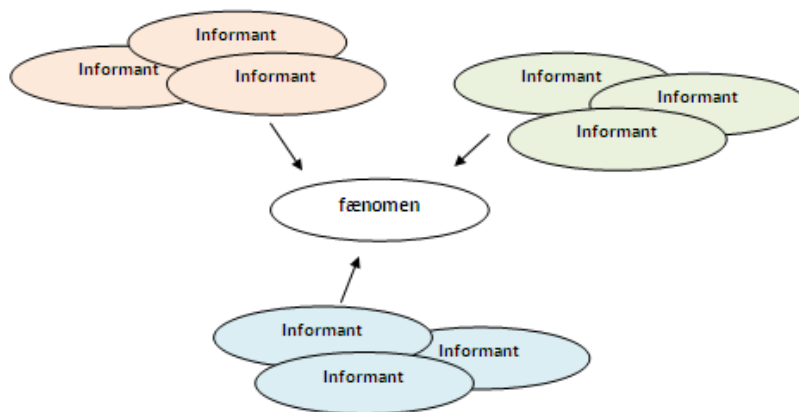
I det kvalitative forskningsinterviews er fokus informantens daglige *livsverden*, og forskeren søger i interviewet at fortolke *meningen* med centrale temaer i informantens livsverden. Interviewet sigter ikke mod kvantificering, men mod *kvalitative* nuancerede beskrivelser af forskellige aspekter af informantens livsverden. Forskeren viser åbenhed over for nye og uventede fænomener, og bør være nysgerrig og lydhør (*bevidst naivitet*) overfor det informanterne siger, og kritisk i forhold til egen forforståelse under interviewet. Hvad forskeren får ud af interviewet afhænger af egen forforståelse og *sensitivitet* for emnet. Interviewet er *fokuseret* på bestemte temaer og forskeren styrer interviewet. I interviewet må forskeren være opmærksom på, at *flertydigheder* kan afspejle både kommunikationsbrist i interviewet og/eller ambivalens i informantens livsverden. Interviewets spørgsmål kan give anledning til refleksionsprocesser (*forandring*), og kan dermed være en læreproces for både forsker og informant. Den viden der produceres i interviewet er konstrueret af den *interpersonelle situation*, der opstår mellem forsker og informant under interviewet, da de påvirker og påvirkes af hinanden (Kvale, Brinkmann 2009).

Det kvalitative forskningsinterview er en professionel samtale, og der vil være et asymmetrisk magtforhold mellem forsker og informant, så forskeren må have reflekteret over hvilken betydning dette har på de oplysninger der kommer frem i interviewet (Kvale, Brinkmann 2009). Styrken i det kvalitative forskningsinterview ligger i nærheden til informanten, hvor forskeren undervejs i interviewet har mulighed for at validere informantens udsagn med henblik på at sikre forståelsen er korrekt, og samtidig får både forsker og informant mulighed for at opdage nye aspekter af fænomenet (Lunde, Ramhøj 1996, Kvale, Brinkmann 2009).

I projektet udføres semi-strukturerede interviews, hvor temaerne vælges ud fra forskerens interesse, med henblik på efterfølgende at fortolke betydningen af de beskrevne fænomener (Kvale, Brinkmann 2009). Formuleringen af interviewspørgsmålene og rækkefølgen af spørgsmålene kan være forskellige i interviewene, og afhænger af forløbet i samtalen (Lunde, Ramhøj 1996). Det semi-strukturerede interview ligger imellem det strukturerede interview og det åbne interview, og giver dermed mulighed for, at forskeren kan bevare strukturen i interviewet, men samtidig at der er mulighed for at informanten har mulighed for at åbne nye vinkler forskeren ikke havde tænkt på, eller forskeren kan selv åbne for nye vinkler, hvis situationen byder det. Ved anvendelse af det semistrukturerede interview med interviewguide, sikrer forskeren sig således, at det er de samme emner/temaer informanterne belyser, hvilket er en forudsætning for efterfølgende at kunne sammenholde svarene fra informanterne (Riis 2005).

Ved det individuelle kvalitative interview opstår et nært personligt samspil mellem forsker og informant, hvor informanten åbner sig, og fortæller om sin oplevelse af fænomenet, og forskeren kan i interviewet spørge uddybende til informantens beskrivelser (Kvale, Brinkmann 2009). En interview situation kan således give både forskeren og informanten mulighed for, at konstruere nye synspunkter (Kvale, Brinkmann 2009). På nær det første interview, som bliver et gruppeinterview med to personer, er alle interview individuelle interview. Gruppeinterviewet vælges, idet det er en mulighed for, dels at få to informanters oplevelse af fænomenet på forholdsvis kort tid, og dels at informanterne via diskussioner i interviewet giver forskeren mulighed for at få indsigt i flere synspunkter og holdninger (Lunde, Ramhøj 1996).

I projektet vælges kildetriadning, som er anvendelse af mange kilder inden for den samme metode – her kvalitative interview. Kildetriadning er en måde at få forskellige interessenters opfattelse af problemstillingen *"Hvorfor dokumenteres der ikke ensartet i MidtEPJ?"*, og dermed kaste mere lys over situationen. De forskellige kilder giver forskellige oplysninger og vurderinger af fænomenet, og giver samtidig mulighed for at opdage divergerende opfattelser af fænomenet (figur 10) (Lunde, Ramhøj 1996, Kruuse 2001).

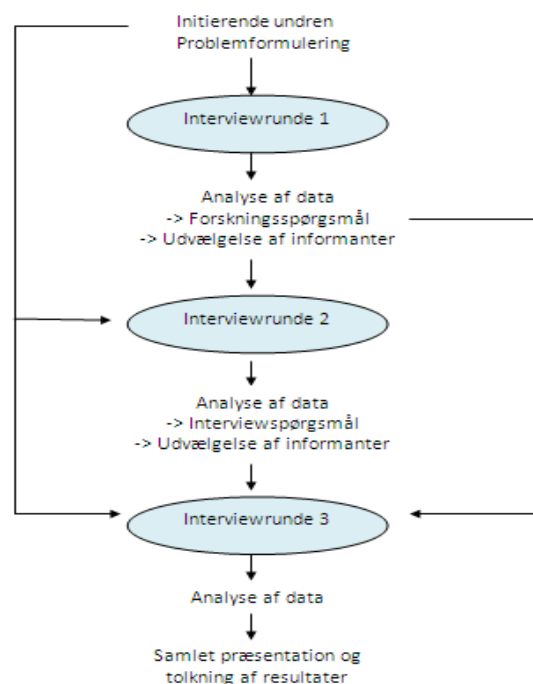


Figur 10 Kildetriangulering. her ses hvordan informanter fra forskellige grupper er med til at belyse problemstillingen "Hvorfor dokumenteres der ikke ensartet i MidtEPJ?" (Egen figur)

4.2 Planlægning af interview

Design af interviewguide og udvælgelse af informanter i de valgte grupper, er en iterativ proces i dette projekt, idet udarbejdelse af interviewguide og udvælgelse af informanter, er betinget af analyserne af de forrige interviewrunder.

Denne proces kan illustreres som vist i figur 11.



Figur 11 Hvordan udarbejdelse af interviewguide og valg af informanter er afhængig af tidligere interviews (Egen figur)

4.2.1 Udarbejdelsen af interviewguide

I projektets første interview er det væsentligt, at få et mere nuanceret billede af hvilken erfaring og opfattelse andre med mere viden om fænomenet har. Første interview skal således være med til, at give mig mere viden om fænomenet. Derfor vil den første interviewguide også blive udformet med mere åbne spørgsmål end de efterfølgende, da det er vigtigt for mig på dette tidspunkt, at blive klogere på fænomenet. De åbne spørgsmål åbner for mere fleksible svarmuligheder og inviterer til, at informanterne fortæller og forklarer i deres egen sprog hvad de mener, har betydning (Riis 2005). Spørgsmålene vælges ud fra at, de kan være med til at belyse problemstillingen og underspørgsmålene beskrevet i problemanalysen.

De efterfølgende interviewguides vil, foruden problemformulering, problemanalyse og egen empiri, også tage afsæt i resultaterne fra første interview. Analysen af første interview fører til generering af forskningsspørgsmål, der danner grundlag for interviewspørgsmålene i de to næste interviewguide. På samme måde vil analyse af interviewrunde to generere nye interviewspørgsmål. Den sidste interview guide udarbejdes på baggrund af problemformulering samt forsknings- og interviewspørgsmål udledt af interviewrunde et og to. De tre interview guides er vist i Bilag 4, 5 og 6.

Forskningsspørgsmål er ofte formuleret lidt abstrakt, og kan være vanskelige for informanterne at svare på, hvorfor der ud fra forskningsspørgsmålene udarbejdes egentlige interview spørgsmål.. Forskningsspørgsmålene søger efter forklaringer på bestemte fænomener, hvorimod interview spørgsmål søger efter beskrivelser af fænomenerne, og derfor formuleres der i begge interviewguider interviewspørgsmål, der er mere konkrete, og nemmere for informanterne at svare på (Tanggaard, Brinkmann 2010).

Interviewguiderne to og tre pilottestetes på en af mine kollegaer, og tilrettes herefter, såfremt der er behov for det, med henblik på at få interviewspørgsmål der er forståelige, og er formuleret på en sådan måde, at svarene er med til at belyse problemstillingen. Første interviewguide pilottestetes ikke, da der er tale om meget åbne spørgsmål. I stedet diskuteres spørgsmålenes udformning med kollegaer.

4.2.2 Udvælgelse af informanter

Som tidligere beskrevet vælges kildetriangulering (Lunde, Ramhøj 1996), hvilket stiller krav om, at udvælgelse af informanter skal sikre, at fænomenet bliver belyst af personer med forskellig berøring med fænomenet. Til at belyse problemformuleringen *hvorfor dokumenteres der ikke ensartet i MidtEPJ?* vælges at interviewe nogle af de personer i organisationen, der ud fra deres

arbejde, har både oplevelser og meninger om dette (Riis 2005). Den første udvælgelse der sker, er at der ønskes interview med informanter der har potentiale til at belyse problemstillingen (Malterud 2003). Her vælges tre grupper: De der modellerer skærbillederne i MidtEPJ (EPJ Produkter), de der implementerer MidtEPJ på hospitalerne (Sundheds-It) og de der dokumenterer i systemet (Slutbrugere). Der bliver således i projektet tre interview runder baseret på følgende grupper af informanter:

- Ansatte i EPJ produkter
- Ansatte i Sundheds-It
- Slutbrugere

Rækkefølgen af interviewene er, som beskrevet ovenfor, at første interview skal give mig selv mere viden om fænomenet. Informanterne udvælges konsekutivt, hvilket i projektet betyder, at efter analyse af tidligere interviewrunder, udvælges hvilke informanter der kan være med til at belyse fænomenet, og de oplysninger der er fremkommet i analysen, og således vil inklusionskriterierne for udvælgelse af informanter afhænge af dette.

4.3 Gennemførelse af interview

For alle interview gælder, at de skal foregå hvor informanterne arbejder og befinder sig, og informanterne må derfor orienteres om, at finde et lokale interviewene kan foregå i. Første interview (gruppeinterviewet) er planlagt til en times varighed, og de efterfølgende interviews 20-25 minutter. Alle interviews vil blive indledt med præsentation af mig selv og projektets formål, samt information til informanterne om anonymitet. Forud for interviewene vil informanterne også blive informeret om, at interviewet bliver optaget på diktafon, og efterfølgende transskriberet.

4.4 Transkription

At transkribere betyder at transformere, dvs skifte fra én form til en anden, i dette tilfælde fra tale- til skriftsprog (Kvale, Brinkmann 2009). Transskription er en måde at gøre datahåndterbare på, men der sker samtidig en betydelig datareduktion og tolkning (Lunde, Ramhøj 1996). I transskriptionen går der en del informationer tabt, idet kropssprog og stemmeføring ikke umiddelbart kan transskriberes, ligesom sproglige fænomener fx ironi kan være uforståelige uden for interaktionens kontekst (Tinggaard, Brinkmann 2010). Dette søges imødegået ved at det bliver markeret i transskriptionen, såfremt det anses som betydningsfuldt. Transskriptionerne foretages ordret, dog med udeladelse af egne opmuntringer samt interviewpersonernes øh og hm,

ligesom gentagelser af ord i samme sætning bliver udeladt og kun meget lange pauser bliver markeret.

4.5 Databehandlingsmetode

Til at analysere interview data anvendes systematisk tekstkondensering som beskrevet af Malterud, da dette er velegnet til en tværgående analyse af fænomener med oplysninger fra flere forskellige informanter (Malterud 2003). Hovedstrukturen i systematisk tekstkondensering udgøres af fire trin:

1. At få et helhedsindtryk

Her gennemlæses de transskriberede interview, med det formål at blive kendt med materialet, og se efter temaer der ganske intuitivt vækker opmærksomhed. Det er væsentligt at lægge forforståelse til side, og undgå trangen til at systematisere. Hvert af temaerne repræsenterer de foreløbige idéer om forskellige sider af den problemstilling der skal belyses. De 4-8 temaer der fremkommer ved denne gennemlæsning gives et midlertidigt navn.

2. At identificere meningsbærende enheder

Her skilles relevant tekst fra irrelevant tekst ved at identificere de meningsbærende enheder, der siger noget om de udvalgte temaer fra første trin. De meningsbærende enheder kodes i forhold til de temaer der blev dannet i trin 1. Under dette kodearbejde dukker behovet for nye temaer op, eller nogle temaer kan slås sammen til én eller helt udgå, fordi de alligevel ikke siger noget om problemstillingen. Der skal udvikles et reflekteret forhold til kategorierne, ved at tage stilling til forskelligheder og ligheder mellem tema og koder. De meningsbærende enheder samles under de tilhørende koder, gennemgås med henblik at blive klar over hvilke inklusions- og eksklusionskriterier der ligger til grund for placering af den meningsbærende enhed under denne kode.

3. At abstrahere indholdet i de enkelte meningsbærende enheder

Indholdet i de enkelte koder sorteres i subgrupper, der hver beskriver en del af kodens indhold, og de meningsbærende enheder grupperes i subgrupperne. For hver subgruppe udvikles et kunstigt citat, der er en genfortælling og sammenfatning af det der befinder sig i subgruppen. Det kunstige citat er et arbejdsnotat, der skal bruges som udgangspunkt for resultatpræsentationen i trin 4. Der udvælges citater, der på forskellig måde illustrerer det, der er abstraheret i subgruppen.

4. At sammenfatte betydningen

Med udgangspunkt i de kunstige og udvalgte citater, laves en indholdsbeskrivelse for hver subgruppe og disse samles under kodegruppen. I denne proces kan det vise sig, at visse subgrupper ikke har stærk nok forankring i materialet, til at der kan laves en sammenfatning, og her reflekteres over, inden subgruppen udelades, hvad det var der gjorde den syntetisk betydningsfuld. Når indholdsbeskrivelserne er sammenfattede, gås tilbage i de meningsbærende enheder, for at finde citater, der giver det mest træffende billede af det der er omtalt i teksten. Kodegrupperne gives overskrifter, der sammenfatter hvad det hele handler om.

I systematisk tekstkondensering, vendes flere gange i processen tilbage til det oprindelige materiale, hvorfor hver del i det transskriberede materiale skal mærkes, så det er muligt at validere de meningsbærende enheder og citater, i forhold til den sammenhæng det er hentet fra, og sikre korrekt præsentation af informanternes udsagn.

Analysestrategien er datastyret, dvs. består i at forskellige enheder i teksten identificeres, og danner grundlag for udvikling af data baserede kategorier, der kan bruges til at reorganisere teksten, sådan at meningsindholdet kommer tydeligt frem (Malterud 2003).

4.6 Ethiske overvejelser

Ifølge Kvale og Brinkman (Kvale, Brinkmann 2009) er der fire etiske tommelfingerregler der bør overvejes igennem hele forskningsprocessen. Disse er: informeret samtykke, fortrolighed, konsekvenser og forskerrollen. Omkring informeret samtykke er det vigtigt, at informanterne er informeret om projektets overordnede formål, hvordan interviewet bliver behandlet samt hvad projektet skal bruges til. Alle informanter bliver forud for selve interviewene informeret om dette. Fortrolighed indebærer at private data der kan identificere informanterne ikke afsløres. Specielt kan denne del blive problematisk hvad angår interviewene med EPJ Produkter og Sundheds-IT, da der er begrænset antal ansatte der opfylder informantkriterierne. Informanterne fra EPJ Produkter og Sundheds-IT må informeres om denne måske begrænsede anonymitet. Overvejselsen af, om deltagelse som informant kan give anledning til konsekvenser skal også overvejes gennem hele processen. Af tidsmæssige årsager, tilbydes ingen af informanterne at læse og kommentere de transskriberede interview. Det er endvidere forskerens rolle at være loyal mod informanternes udsagn, og være bevidst om egen forforståelses betydning for indsamling og tolkning af resultater, hvilket gør, at der undervejs i interviewene må valideres, om deres udsagn er forstået korrekt. I interview situationerne er det ligeledes vigtigt, at forskeren

er bevidst om, hvilke magtrelationer der er imellem forsker og informant, og håndterer denne asymmetri (Kvale, Brinkmann 2009).

5. Udførelse af interview og analyse

I dette afsnit beskrives udvælgelsen af informanter, samt hvordan interviewene blev udført og efterfølgende analyseret.

5.1. Udvalgelse af informanter

Ud fra ønsket om kildetriangulering, var på forhånd valgt, hvilke type af informanter der kunne være med til at belyse problemstillingen. Som beskrevet i metodeafsnittet ønskedes der således at lave interview med:

- Ansatte i EPJ produkter (Interviewrunde 1)
- Ansatte i Sundheds-It (Interviewrunde 2)
- Slutbrugere (Interviewrunde 3)

Interviewrunde 1 – udvælgelse af informanter

Inklusionskriterierne for informanter til interviewrunde 1 var, at informanterne havde erfaring fra afholdelse af workshop på forskellige hospitaler i regionen. Gruppeinterviewet kom i stand gennem en henvendelse til lederen for EPJ Produkter, med en anmodning om at formidle kontakt til 2-3 af de ansatte, der opfyldte kriterierne, således at de havde stor erfaring indenfor afholdelse af workshop (Bilag 7). Herefter henvendte 2 informanter sig, og der blev indgået aftale for gruppeinterviewets udførelse.

Informanterne er begge sygeplejersker, har begge en Master i Sundhedsinformatik, og har arbejdet med MidtEPJ i henholdsvis 5 og 14 år.

Interviewrunde 2 – udvælgelse af informanter

Udvælgelse af de næste informanter fra Sundheds-It (jvf figur 11) var betinget af resultaterne fra interviewet med EPJ Produkter, hvor det kom frem, at tidligere brug af en anden EPJ, havde betydning for accepten af EPJ, samt at specialiseringsgraden på det enkelte hospital, havde betydning for hvilke SFI der ønskes lavet og hvordan. På den baggrund besluttedes det, at foruden at være ansat i Sundheds-It i implementeringsperioden og have deltaget i flere workshop, skulle informanterne fra Sundheds-It repræsenteres fra:

- Et hospital der tidligere havde brugt en anden EPJ.(Sygehus A)
- Et hospital uden større specialiseringsgrad.(Sygehus B)
- Et Universitetshospital med større specialiseringsgrad.(Sygehus C)

Qua egen viden om udbredelsen af MidtEPJ i regionen og hospitalernes specialiseringsgrad var jeg klar over, hvilke hospitaler der opfyldte kriterierne. Kontakten til informanterne kom i stand ved en henvendelse til lederen for det lokale Sundheds-It afsnit, om at henvise til potentielle informanter der opfyldte inklusionskriterierne og med hvem jeg kunne aftale yderligere om interviewets gennemførelse (Bilag 8).

Eftersom det ene hospital ikke responderede på henvendelsen vedrørende interview (Hospital A), er der i projektet kun lavet interview med informanter fra Hospital B og C.

Informanterne er begge sygeplejersker. Den ene informant er fast tilknyttet Sundheds-It, og har arbejdet med MidtEPJ i 10 år. Den anden informant var tilknyttet Sundheds-It ca. 1 år i implementeringsperioden, og er nu tilbage i det kliniske arbejde som EPJ ansvarlig.

Interviewrunde 3 – udvælgelse af informanter

Udvælgelse af informanter blandt slutbrugerne fulgte udvælgelsen af informanter fra Sundheds-It, således at der blev valgt informanter fra samme hospitaler, begrundet i, at det så var den samme situation der blev belyst fra forskellige vinkler. Kontakten til disse informanter foregik ved, at der i forbindelse med interviewet med den ansatte i Sundheds-It, blev lavet aftale om at denne, på et senere tidspunkt, ville formidle kontakt til 2 slutbrugere med henblik på interview. Informanten i Sundheds-It blev informeret om, at der ville blive tale om læger eller sygeplejersker, da det er disse to faggrupper der genererer flest kliniske data der skal journalføres. I interviewet med ansatte i Sundheds-It fremgik det, at der for sygeplejerskernes vedkommende var lavet flere regionale retnings linjer for dokumentation, og i interviewet med EPJ produkter fremgik det, at sygeplejerskerne generelt ikke havde så stort et kendskab til kollegaernes arbejde på de andre hospitaler. Egen erfaring er endvidere, at ambulatorie sygeplejersker dokumenterer betydeligt mindre end sygeplejersker ansat i sengeafsnit. Da ønsket var at få slutbrugernes belysning af problemstillingen, fravalgtes sygeplejersker der enten var EPJ- eller dokumentationsansvarlige og/eller havde deltaget i workshop arbejdet. På den baggrund blev kriterierne til udvælgelse af slutbruger informanterne:

- Har været ansat på hospitalet i implementeringsprocessen.
- Dokumenterer i EPJ i det daglige arbejde.
- Er ikke EPJ- eller dokumentationsansvarlig på hospitalet.
- Har ikke deltaget i workshop arbejdet.
- Er sygeplejerske.
- Arbejder i en sengeafdeling

Der blev sendt mail til informanterne fra Sundheds-It, om at formidle kontakt til hver to informanter, der opfyldte ovenstående kriterier, og som havde lyst og mulighed for at deltage i et interview (Bilag 9).

Sundheds-It informanten fra Sygehus B var ikke på arbejde i en længere periode, hvorfor der blev taget kontakt til Sundheds.it på et sammenligneligt hospital, med henblik på at formidle kontakt til to slutbrugere. Der blev derefter aftalt interview med to slutbrugere på de to hospitaler.

På begge hospitaler var den ene af informanterne syge på interviewdagen, hvilket jeg først blev orienteret om, da jeg stod i afdelingen. På begge afdelinger lykkedes det, at finde nye informanter, der opfyldte kriterierne for de udvalgte informanter.

Informanterne fordeler sig som nedenstående:

1. Sygeplejerske i 10 år. 10 år på nuværende afdeling. Arbejdet med Klinisk Proces i ½ år.
2. Sygeplejerske i 38 år. 31 år på nuværende afdeling. Arbejdet med Klinisk Proces i 2 mdr.
3. Sygeplejerske i 2 år. 2 år på nuværende sfdeling. Arbejdet med Klinisk Proces i 1 år.
4. Sygeplejerske i 20 år. 3½ år på nuværende afdeling. Arbejdet med Klinisk Proces i 1 år.

5.2 Gennemførelse af interview

Som information forud for første interview havde informanterne fra EPJ Produkter bedt om information om projektets formål og temaer for interviewet, hvilket blev tilsendt på mail (Bilag 10). Informanterne i Sundheds-It fik tilsendt interviewspørgsmålene, begrundet i, at interviewene var planlagt til at vare 20-25 minutter, så en vis forberedelse ville kunne give mere fokuserede og velfunderede svar og dermed mulighed for at overholde tidsrammen. Slutbrugerne har ikke fået information forud for interviewet.

Gruppeinterviewet med EPJ Produkter foregik i et af deres konferencerum, og varede ca. 70 minutter. Interviewene med Sundheds-It foregik henholdsvis i et konferencerum og et

personalekøkken, hvor der i sidstnævnte var enkelte afbrydelser. Begge interview havde en varighed af ca. 35 minutter. Interviewene med slutbrugerne varede ca 25 minutter, og foregik i de lokaler informanterne havde til rådighed. I alle tilfælde var det aflukkede rum, men for de tre af interviewene gjaldt at det var beliggende i sengeafsnittene, hvilket betød flere afbrydelser i form af fysiske afbrydelser af kollegaer, samt uro i rummene, da alle klokkekald hørtes i højtalerne.

Alle interviewene blev optaget på diktafon, og informanterne informeret om, at de opbevares af undertegnede indtil projektets afslutning, hvorefter de bliver slettet.

Informanterne fra EPJ Produkter blev informeret om en måske begrænset anonymitet, og indvilligede i interview og anvendelse af interviewet trods dette.

Af informanterne har jeg arbejdsmæssigt haft sporadisk kontakt med informanterne fra EPJ Produkter og informanten fra Sundheds-It på Sygehus C i form af regionale stormøder om MidtEPJ, men jeg har ikke haft noget konkret samarbejde med nogen af informanterne.

5.3 Udførelse af analyse

Som beskrevet i metodeafsnittet, er de tre grupper af interview analyseret hver for sig, med henblik på, at den opnåede viden fra de to første interviewrunder, skulle bruges som forskningsspørgsmål i de efterfølgende interview (jvf figur 11).

Til analyse af det første interview, har fremgangsmåden fulgt de fire trin, som beskrevet i systematisk tekstkondensering i metodeafsnittet. I analysen af interviewene med informanter fra Sundheds-It, er som udgangspunkt fastholdt de koder der blev dannet fra første interview. Da informanterne kom med oplysninger, der ikke kunne dækkes under de allerede udarbejdede subgrupper, og der samtidig dukkede ny viden op fra informanterne, der synes væsentlig at medtage, er koder og subgrupper tilrettet dette.

Tredje interviewrunde er analyseret på samme måde som anden interviewrunde, og også her er tilføjet nye subgrupper, hvor dette var aktuelt. Tilføjjelsen af nye subgrupper har været vigtig, da en fastholden i de allerede udviklede koder og subgrupper ikke er forenelig med, at forskeren skal være åben for nye oplysninger.

I det efterfølgende beskrives analyseprocessen mere detaljeret, og der vil være fokus på hvordan koder og subgrupper ændrede sig gennem processen.

5. At få et helhedsindtryk

Ved gennemlæsningen af det første interview fremkom følgende intuitive temaer:

- Modellering af SFI
- Behov for indflydelse
- EPJ Produkters rolle og funktioner
- Forankring og opbakning fra ledelsen
- Enighed i Regionen
- Retningslinjer og Den Danske Kvalitetsmodel
- Patientens sikkerhed

6. At identificere meningsbærende enheder

Herefter blev de meningsbærende enheder i interviewet i forhold til temaerne identificeret og kodet, ved en mere grundig gennemgang af det transskriberede interview. Herved fremkom følgende koder:

- Genkendelighed og understøttelse af arbejdsgange
- Regional enighed og hospitalerne
- Kvalitetssikring
- Grupper og netværk
- Implementerings strategi og EPJ Produkters rolle

7. At abstrahere indholdet i de enkelte meningsbærende enheder

De meningsbærende enheder blev herefter sorteret i subgrupper, der beskrev en del af kodens indhold, og holdt op imod problemformuleringen, sådan at det blev sikret, at det var emner af relevans for problemstillingen der kom frem.

I interviewrunde to og tre, er analysen startet på trin 3, idet der er taget udgangspunkt i de koder og subgrupper, der blev dannet ud fra analysen af det første interview. Der er i processen tilføjet nye subgrupper, flyttet subgrupper og ændret i subgruppe overskrifterne, for at sikre åbenhed overfor nye data. Det har ligeledes været nødvendigt, at ændre enkelte af kodeoverskrifterne, og slå to koder sammen.

Denne proces er illustreret i Bilag 11, og de endelige koder og subgrupper ses i Tabel 1.

Den samlede analyse af alle interview endte ud med følgende koder og subgrupper.

Kode	Subgrupper
Genkendelighed, understøttelse af arbejdsgange og kvalitetssikring	Termer og begreber
	Indhold og opbygning af SFI og arbejdsgange
	Udvikling af SFI ifht retningslinjer og DDKM
	Work-arounds
Forventninger, roller og ansvar i organisationen	Forventninger til ledelse
	Implementerings ansvar og roller
	Forståelse for fælles EPJ
Grupper og netværk	Faglige netværk i regionen
Implementerings strategi og EPJ Produkters rolle	Opstartsfasen
	Forventninger til EPJ Produkter

Tabel 1 De samlede koder og subgrupper efter analyse af interview runde 1-3

8. At sammenfatte betydningen

For hver interview runde, blev lavet indholdsbeskrivelser med de meningsbærende enheder, således at hvert interview resulterede i en samlet fremstilling med meningsbærende enheder, indholdsbeskrivelser og udvalgte citater, der er repræsentative for indholdet. Et eksempel fra denne proces er vist herunder i Tabel 2. Det er fra interviewrunde 2 og det er koden ”Implementerings strategi og EPJ Produkters rolle” der her er illustreret.

Kode	Subgruppe	Meningsbærende enhed	Indholdsbeskrivelse
Implementerings strategi og EPJ Produkters rolle	Opstart	H16 Vores største problem igen har været her den forcerede proces. DVH har mistet overblikket over hvad der fandtes - og det har vi også. Så der er blevet bestilt rigtig meget, hvor der måske var noget der var tilsvarende	Den ene informant oplever at det største problem med ensretning af dokumentationen, har været den forcerede proces. Både EPJ Produkter og personalet i Sundheds-It har mistet overblikket over hvilket SFI der var lavet, og derfor er der blevet bestilt meget nyt SFI, hvor der måske var noget tilsvarende. <i>Men der er mistet overblikket og der er, der har blevet stor bestilt og stor produceret SFI'er, men der er bare ikke nogen der har haft overblikket til at kunne ensrette, eller anbefale "Kunne du bruge en anden én?"</i> Begge informanter fortæller, at de i starten ikke vidste hvordan de skulle finde de forskellige SFI, og at de ikke kunne gennemskue konsekvenserne af hvilken SFI de brugte. Det skyldes igen den forcerede proces, fordi de ikke har haft tid til at sætte sig ind i tingene, og manglede undervisning.
		S35 Ja og sagt "Ja men vi ved faktisk vi har lavet det og det. Kan I bruge det i stedet for?" Og nogle gange kunne vi, og nogen gange kunne vi så ikke. Så har de lavet noget nyt. Men det har været meget uoverskueligt at finde ud af, hvad var der egentlig. Meget uoverskueligt, det var Prøv dig frem. Gæt på hvad du skal søge på.	
		H4 Jamen jeg vil hellere gå lidt længere tilbage og sige, at implementeringen af MidtEPJ har været forceret... af politiske årsager, og det betyder, at man for sent begynder at konstatere, at vi har brug for at ensrette noget af dokumentationspraksis,	
		H46 Så vi har mistet overblikket fuldstændigt. Så det handler noget om at få gennemgået noget af det SFI, få smidt noget gammelt ud der ikke skal bruges mere, det findes jo også, selvom der er enighed om det, så kan du stadigvæk tilgå det. Så væk med det, men det er at få overblikket over hvad det er.	

Tabel 2 Eksempel på udvikling af indholdsbeskrivelse under koden Implementerings strategi og EPJ Produkters rolle

6. Præsentation af resultater fra interviewundersøgelser

I dette afsnit præsenteres de analyserede og sammenstillede data fra de tre interview runder.

I Problemanalysen er beskrevet henholdsvis aktiviteter og standardplaner i MidtEPJ, og når informanterne i den følgende præsentation af data fra interviewene taler om at bruge en bestemt SFI, så er det reelt en bestemt aktivitet der er tale om.

6.1 Genkendelighed, understøttelse af arbejdsgange og kvalitetssikring

6.1.1 Termer og begreber

Informanterne fra EPJ Produkter oplever, at det på hospitalerne i Region Midtjylland, er forskellige termer og produktnavne der anvendes, og oplyser samtidigt, at de har valgt at imødekomme klinikernes ønsker om specifikke termer/produktnavne, med den begrundelse, at jo mere genkendeligt det er for klinikerne, jo hurtigere kommer de i gang med at anvende EPJ. Der er således lavet aktiviteter, der er dedikerede til navngivne hospitaler, for at få klinikerne i gang med at bruge EPJ.

”Vi vil gerne have en der hedder AUH i enden, vi vil gerne have én der hedder Randers, vi vil gerne have én der hedder HEV” for det er som vi gør det. Og det har vi gjort, simpelthen fordi vi skal have den her EPJ ud at køre, og des mere genkendeligt tingene er for dem der skal bruge det, des hurtigere får du det ind under huden.”(EPJ Produkter)

Informanterne fra Sundheds-It oplever, at hospitalerne mange gange bliver nødt til at acceptere de termer og produktnavne, der allerede er modelleret ind i en given aktivitet, selvom det betyder, at klinikerne på deres hospitaler skal vænne sig til nye termer og produktnavne, som er de, der var naturlige for de der har bedt om at få lavet den oprindelige aktivitet.

”Altså der kom et eller andet med en SFI til noget med at suge børn, og så brugte de en svane Hals, og det aner vi ikke hvad er for noget. Vi ved ikke hvad det er når man skal suge et barn. Så sådan nogle ord der...altså der var nogle ting hvor man tænkte ”altså der må da gerne stå svane Hals, hvis de bruger den i XXX, men så skal der bare stå det vi skal bruge også.” (Sundheds-It)

Det er ikke altid det er muligt at få ændret i aktiviteterne fordi det allerede bruges på andre hospitaler, men begge informanter fra Sundheds-It mener, at det kunne være godt, hvis der kunne skabes enighed på hospitalerne om, hvilke termer og produktnavne, der skal bruges i aktiviteterne, og fortæller samtidig, at klinikerne heller ikke kan forstå hvorfor det skal være forskelligt. Når det bliver ændret, kan klinikerne dog, ifølge den ene informant fra Sundheds-It, bedre bruge det, så det understøtter det de plejer at gøre.

”Men altså det blev i hvert tilfælde ændret, sådan at vi kunne bruge det, til det vi plejer at gøre. Ja.” (Sundheds-It)

Slutbruger informanterne oplever, at det kan være svært at finde de aktiviteter, de skal dokumentere i, fordi de ikke altid hedder noget logisk, i forhold til den måde de tidligere har været vant til at dokumentere på.

”Jeg synes somme tider jeg skal lede lidt, for at finde det jeg skal bruge. Jeg synes ikke at det de hedder, er logisk i forhold til hvordan vi tidligere har arbejdet.”
(Slutbruger)

Informanterne fra EPJ Produkter oplever, at læger har nemmere ved at acceptere det, der er lavet et andet sted, fordi de i større grad end sygeplejersker bevæger sig mellem hospitalerne, og fordi det minder meget om den måde de er vant til at diktere en journal på.

For slutbrugernes anvendelse af aktiviteterne har det betydning, at de anvendte termer er nogle de kender. Er dette ikke tilfældet, søger de at få ændret termen. Dette kan ses som et udtryk for fortolkningsfleksibilitet, hvor de

6.1.2 Indhold og opbygning af SFI og arbejdsgange

Det enkelte hospitals specialiseringsgrad afgør hvor meget der skal kunne dokumenteres i en aktivitet. Derfor kan der være nogle aktiviteter for det samme, hvor den ene er døbt ”Udvidet”.

Klinikerne vil gerne have aktiviteterne til at ligne det papirskema de kender (termer og rækkefølge). Samtidig er de ikke interesseret i, at der i en aktivitet er felter de ikke skal bruge i deres arbejde. Informanterne fra EPJ Produkter sammenligner sidstnævnte med, at de heller ikke skal udfylde alt i et skema, og at det er det samme i en aktivitet.

”Der er selvfølgelig nogen der siger, at når der kommer sådan en dialog op, så tror man, at man skal udfylde det hele, men når man så ligesom prøver at sige ”plejer I at gøre det når I gør det på papir?” ”Nej” ”Nå men så er det det samme så” (EPJ Produkter)

Samtidig siger informanterne fra EPJ Produkter, at det om nogen tid, vil være EPJ de er vant til at bruge og dermed det, der er det naturlige.

Informanterne fra Sundheds-It fortæller, at opbygningen af aktiviteter og standardplaner har været meget præget af, at man har forsøgt at løfte papirjournalen ind i EPJ, og fokus har været

på, at de skulle kunne dokumentere det de plejer at gøre. Opgaven gik på, at finde ud af hvordan opbygningen af SFI kunne understøtte dette, og ikke så meget på, om det ville understøtte arbejdsgangene at dokumentere i aktiviteterne.

”Så det var sådan meget fokuseret på, altså hvad plejer vi at få skrevet noget om, og hvordan får vi det indeholdt?”. (Sundheds-It)

Informanterne fra EPJ Produkter oplever specielle udfordringer, når de skal være med til implementeringen af EPJ på hospitaler, hvor man har brugt en anden EPJ i forvejen. Det betyder at klinikerne skal aflære nogle ting, for at lære en anden måde at dokumentere på. De er vant til at dokumentere elektronisk, og de ved præcis hvor og hvordan de skal gøre det. De er glade for den EPJ de har i forvejen, og som de selv har været med til at sætte op. Informanterne fra EPJ Produkter oplever det er vanskeligt, at oversætte begreberne fra ét journal system til et andet, ligesom der er nogle andre forventninger når man går fra et journalsystem til et andet. Et forhåndsbillede de ikke mener man har, når man kommer fra en papirjournal til et elektronisk journalsystem. De oplever ligeledes, at klinikerne prøver på at få det nye EPJ system ind i rammerne fra den EPJ de havde tidligere.

Om en aktivitet er opbygget med fritekstfelter, afkrydsning eller valg i klassifikationer, afhænger af arbejdsgangen på det hospital der har bedt om at få lavet aktiviteten. Det betyder, at der på andre hospitaler, hvor der ikke er de samme arbejdsgange, er problemer med at anvende aktiviteten. Ifølge informanterne fra EPJ Produkter er der forskel på, om læger dikterer eller skriver selv i journalen, hvilket afspejles i opbygningen af aktiviteterne.

”Og så kommer sekretærerne ind på banen og siger ”hvis vi skal skrive, så kan vi ikke hoppe fra element til element og sådan nogen ting. Vi vil have et fritekstfelt, hvor de kan knalde ind ligesom de har behov for”. (EPJ Produkter)

Dokumentationen skal give mening, og der er, ifølge en informant fra Sundheds-It, lavet nogle lappeløsninger, fordi EPJ ikke understøtter de optimale arbejdsgange. Det er fx medicinafstemning og medicingennemgang, hvor selve dokumentationen ikke giver mening for lægerne.

”Det skal give mening. Dokumentation skal give mening, der er jo ingen der er uenige i, at det er vigtigt at lave medicinafstemning og medicingennemgang, det får du ikke en kliniker med bare sund fornuft, til at sige nej til. Men den måde vi skal

dokumentere det på, altså – giver det mening at dokumentere på den måde?”
(Sundheds-It)

Informanterne fra Sundheds-It fortæller, at klinikerne bruger de aktiviteter de får at vide de skal, men at de (klinikerne) samtidig gør opmærksom på, at det er uhensigtsmæssigt opbygget eller sammensat. Klinikerne har meget fokus på, at det skal understøtte deres arbejdsgange, at dokumentere i det SFI der er til dem. Når de forsøger at få lavet ændringer og det ikke kan lade sig gøre, er holdningen hos klinikerne resignation og uforståenhed overfor, at de skal bruge nogle aktiviteter, andre har bestemt.

”Men altså undervejs i workshop processen har vi nogle gange måttet melde tilbage, at den her kan vi altså ikke få lavet om fordi der er nogle andre der bruger den. Og det synes de jo er noget underligt noget, fordi hvorfor er der nogle andre der skal bestemme, hvad vi egentlig skal bruge. Men så har de så været nødt til at sige ”Nå men okay, når det så har den her udformning, så må vi jo bruge det som det er”. Og så må vi jo se på, om vi kan få det lavet om senere. Så resignerer vi lidt og siger ”Nå, ja men hvis det er sådan det er, så må vi jo gøre det””. (Sundheds-It)

Sundheds It er i gang med en efter implementering, hvor de forsøger at få ryddet op i enslydende aktiviteter, og er blevet mere skarpe på, at spørge klinikerne om de ikke kan bruge noget af det der er, i stedet for at få lavet noget nyt. Mange nye ønsker sker, fordi der ikke er overblik over hvilke aktiviteter, der allerede er lavet. Sundheds-It er et filter hvor nye ønsker skal igennem, og informanterne fra Sundheds-It fortæller, at de er blevet dygtigere, både hvad angår kendskab til hvilke aktiviteter der allerede er, og også ved at være blevet bedre til at høre klinikerne om de ikke kan bruge noget andet.

”Så lige nu der er vi i gang med en efter implementering og prøver vi at sige om vi kan køre noget mere ensretning ind og ”behøver du virkelig at have den lille fnuller at kunne klikke af” eller kan du gøre det på en anden måde?” (Sundheds-It)

Slutbruger informanterne oplever, at SFI understøtter de hårde data (målinger) og procedurer meget godt, men at de bløde data er sværere at komme af med. De er bange for, at deres oplysninger bliver overset, fordi der ikke er noget oplagt sted at skrive dem. Samtidig er der nogle ting de ikke får dokumenteret, fordi de ikke ved hvor de skal gøre det henne.

”Jeg oplever tit at der ikke bliver dokumenteret, fordi man ikke kan finde ud af hvor man skal skrive det henne.” (Slutbruger)

Standardplaner er opbygget af forskellige aktiviteter, og når en patient indlægges, kan de aktiviteter i planen der ikke skal bruges, lukkes ned. Dette sker dog, ifølge slutbruger informanterne, sjældent, hvilket betyder, at oversigten over patientens plan bliver meget uoverskuelig. Samtidig vises aktiviteterne i alfabetisk rækkefølge, hvilket gør det svært for klinikerne at se, hvilke ting der hænger sammen, fordi det skal dokumenteres forskellige steder.

”Altså så synes jeg også, at ved det at de bliver sorteret alfabetisk, så bliver det meget svært at gennemskue hvad for nogen der hænger sammen. Altså for når jeg opretter en standardplan, så ser jeg ikke standardplanen inden at jeg skal oprette et resultat, og så ser jeg jo kun alle de der enkelt aktiviteter der ligger under standardplanen. Og så kan de godt stå tre forskellige steder i sådan en lang liste, og så .. altså så kan det være svært at gennemskue hvad der hænger sammen og hvorfor.” (Slutbruger)

To af slutbruger informanterne siger, at den største barriere for anvendelse af SFI er, at det ikke opleves som det bedste dokumentationsredskab, og at de har skullet tilpasse sig den ramme der allerede er/andre har defineret.

”Altså jeg tror, lang hen ad vejen har vi jo vænnet os til det fordi at det er sådan det ér. Altså måtte vi finde ud af det ud fra den ramme der så er, og så få tilpasset vores måde at gøre det på, og så få det ind i den ramme der.” (Slutbruger)

En af slutbruger informanterne mener, at hvis SFI skal kunne understøtte alle patientforløb, skal aktiviteterne være meget generelle, og der vil så være yderligere risiko for, at de ikke kan finde et sted at dokumentere det, de har brug for at give videre.

Slutbrugerinformanter synes det var nemmere at finde oplysningerne i papirjournalen, fordi de præcist vidste hvor de skulle lede efter dem. Når de skal danne sig overblik over patienten i EPJ læser de hele journalen igennem. De bruger ikke søgning på aktiviteter og heller ikke aktivitetsoversigten.

”Jamen det er det der med, at så skal man læse langt tilbage for at få sig et overblik over det og fordi at tingene, hvor vi jo før var vant til, at de stod, altså ville man vide noget om hvornår patienten sidst havde haft afføring, så var det ét

sted man gik ind og kiggede efter det, hvor det nu meget tit er, at man skal kigge langt tilbage for at få sig et overblik, fordi tingene står ikke samlet.” (Slutbruger)

Kun en enkelt af slutbruger informanterne oplever at kunne bruge overbliksbilledet, mens de andre ikke oplever at kunne bruge det.

”Jamen fordi altså, jeg kan se alt og ingenting. At der er samlet så mange oplysninger på et sted, at det bliver for overfladisk, det giver mig ikke noget klart billede af, hvad det er for en patient jeg står med her. Hvis jeg skal danne mig et overblik, så kan jeg meget bedre bruge den der med at læse journalen.” (Slutbruger)

Visningen af journalen i EPJ er på mange sider. En af slutbrugerinformanterne fortæller om en journal på 98 sider fra et intensivt forløb. Det er denne journal slutbrugerne læser, for at orientere sig om patienten, og typisk er det de dårligste patienter der genererer en stor journal.

6.1.3 Workarounds

Slutbruger informanterne ved ofte ikke hvor de skal komme af med deres oplysninger, og vælger så, at skrive det i opdateret status (Se Bilag 12), i stedet for at oprette en aktivitet til det. Det der er vigtigst for dem er, at de får skrevet oplysningerne et sted, så de er sikre på det bliver set af andre.

Jamen det, den SFI der bliver brugt mest nede ved os, det er den der hedder opdateret status, og der skriver man så alt ned. Så det der med at bruge plejeplanerne og indrette dem efter den enkelte patient, det er ikke noget der bliver brugt meget, men jeg tror det er fordi folk ikke er klar over, at muligheden er der”. (Slutbruger)

Samtidig opleves det som besværligt at skulle oprette nye aktiviteter at skrive i – det er nemmere at skrive en linje i opdateret status.

”Hvis jeg skal åbne tre nye aktiviteter og føre dem ind, så er det nogen gange lettere lige at skrive en kort linje, eller lige sige videre ”Jeg har lagt kateter” eller altså.”. (Slutbruger)

Oplysninger om fx af røntgen af thorax, sker for den ene slutbrugerinformant ved alle patienter. Hvis der er travlt i en vagt, er det ikke det de prioriterer, bliver dokumenteret, fordi ALLE deres patienter får taget røntgen af thorax. Dermed fremgår det heller ikke af EPJ, at patienten har været til røntgen af thorax.

”Nogen gange der løber vi rundt i otte timer, og så er det altså ikke røntgen af thorax jeg får skrevet de har været til, for det plejer de jo alle sammen at være til.”
(Slutbruger)

Slutbruger informanterne fortæller, at for at sikre at vigtige data bliver overgivet til andre, har klinikerne papirark, hvor vigtige ting skrives på. Det er fx informationer om hvilken i/v væske eller sondemad patienten skal have, om der er anlagt kateter, om patienten skal til en undersøgelse i løbet af dagen eller lignende. For alle oplysningerne gælder, at det ikke er oplysninger der figurerer i EPJ, så det er ikke muligt for andre at se efterfølgende hvad der er fx er givet af i/v væske.

Disse papirark har altid eksisteret, men efter indførelsen af EPJ, er der kommet betydelig flere oplysninger på arkene, dels fordi de ikke ved hvor de skal skrive det, og dels fordi de har brug for at skrive de vigtige oplysninger et bestemt sted de ved bliver set.

Der er nogle ting der fravælges at dokumentere i EPJ, fx hvis patienten skal TOKS⁴ scores hver halve time, fordi det opleves som for besværligt, at skulle til pc'en hele tiden og skrive værdierne ind.

6.1.4 Udvikling af SFI i forhold til retningslinjer og DDKM.

Der er lavet SFI der understøtter DDKM, og alle slutbrugerne har fået information af ledelsen om, at det er disse aktiviteter der skal anvendes, og de bliver brugt på alle hospitalerne. Den regionale kvalitetsafdeling har været med, for at sikre, at dokumentationen i disse aktiviteter indebærer, at man lever op til DDKM. Der har fra ledelsens side været massiv information og opmærksomhed på, at det SFI der betyder noget i forhold til hospitalets akkreditering, skulle bruges, men der har ikke været samme fokus på at sikre dokumentation i alle de andre aktiviteter.

*”Men det er jo nærmest bare, at vi bliver informeret om, at det er noget vi **skal** lave.”* (Slutbruger)

⁴ Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom (Patienten monitoreres med måling af systolisk blodtryk, puls, temperatur, respirationsfrekvens, SAT (iltmætning i blodet) og bevidsthedsniveau med faste intervaller)

Noget SFI er ikke udviklet ud fra retningslinjer, dels fordi EPJ Produkter ikke var så opmærksom på det i starten, og dels fordi der ikke har været retningslinjer da aktiviteterne blev lavet. I aktiviteterne kan linkes til retningslinjer, hvilket giver en god hjælp til novicen, men som ikke opleves som relevant for den erfarne sygeplejerske.

”Hvis det er noget som..... eller det er nogle opgaver som det er længe siden vi har haft dem indover, så kan vi gå ind og se hvad var det - eller du sidder med nogle studerende, så kan du sige ’ hvor vil du søge informationer om det der henne? Men er det det – de patienttyper vi har mest, og de kategorier og arbejdsopgaver vi har mest, så er det ikke så meget det vi bruger. Det er det altså ikke, fordi man kan komme meget langt med det sjov, - man ser jo aldrig patienten så. Jeg skal jo ind og se på, røre, mærke, snuse og fornemme – snakke med - mine øjne, mine sanser ...” (Slutbruger)

6.2 Forventninger, roller og ansvar i Region Midtjylland

6.2.1 Forventninger til ledelsen

Informanterne fra Sundheds-It har en klar holdning til, at den ensartede dokumentationspraksis i Region Midtjylland ikke fungerer, fordi der ikke er skabt et organ i Region Midtjylland til sikring af dette, og samtidig en forventning om, at dette initiativ og ansvar var Region Midtjyllands. De savner, at der har været en central koordinering til at sikre ensretning, fordi det er svært at sætte i værk fra hospitalernes side.

”Det kunne jeg godt tænke mig der var lidt mere initiativ til ovenfra. For jeg synes det er svært nede fra hullet af at få det forum skabt.” (Sundheds-It)

Denne koordinering kunne være sket i et tværregionalt dokumentationsråd, men da dette ikke er sket, opleves der nu mange problemer med at få ensrettet brugen af SFI, fordi nogle afdelinger allerede har vænnet sig til at bruge EPJ og SFI på den måde de gør nu.

”Men man burde meget tidligere have nedsat et regionalt (dokumentationsråd) og truffet nogle overordnede beslutninger. Det prøver man nu at løfte op på. Så vi kommer haltende bagefter, og det giver rigtig mange problemer eller udfordringer.” (Sundheds-It)

Den ene informant fra Sundheds-It oplever ikke, at Region Midtjylland har udmeldt en vision for anvendelsen af den fælles EPJ, og mangler også en udmelding fra hospitalsledelsen om, hvad målet var med dokumentationen i EPJ, og hvordan det skulle sikres, at det blev et fælles fagligt dokumentationsredskab.

”Man har ikke kunnet få øje på, jeg har ihverttilfælde ikke kunnet få øje på en vision om hvordan ville vi lave et fælles fagligt redskab, som var ensartet i vores region. Altså hvad er det indholdet skal være i det, hvordan skal vi forholde os til, hvad er det vi skal gå efter. Det synes jeg ikke har været tydeligt for mig.”
(Sundheds-It)

Hos denne informant er der ikke nedsat et tværfagligt dokumentationsråd på hospitalet, og hun mangler den tværfaglige holdning til dokumentationen. Hospitalsledelsens fokus var ikke, at det skulle være noget fælles, men mere på, at de skulle blive glade for at anvende EPJ, og at de skulle kunne gøre det de plejede at gøre.

”Jeg kan ikke sådan huske det har stået tydeligt frem i forbindelse med workshops processen. Det kan jeg ikke. Det kan jeg ikke sådan lige komme i tanke om, at de har været tydelige der..... De har været fremme med, at vi skulle alle sammen blive glade for at bruge EPJ.” (Sundheds-It)

På den anden Sundheds-It informants hospital, er der nedsat et tværfagligt dokumentationsråd, men dette dog først for ½ år siden, og altså et langt stykke inde i implementerings forberedelserne. Dette tværfaglige dokumentationsråd har fået uddelegeret beslutnings kompetencen fra hospitalsledelsen, og er således det organ der kan beslutte hvordan dokumentationspraksis skal være på hospitalet. Dette opleves af informanten som værende rigtig godt, idet der er mange tværfaglige diskussioner i rådet vedrørende dokumentationspraksis.

Når EPJ skal implementeres har det betydning, at hospitalets EPJ organisation er på plads, og at der er ledelsesopbakning og ledelsesforankring. Specielt opleves det vigtigt, at ledelserne har meldt ud på hospitalet, at det er en tvungen opgave at implementere EPJ, og ikke noget der kunne vælges fra. Det er alle informanternes oplevelse, at hospitalsledelserne har gjort dette.

”Det har der såmænd også været på de andre sygehuse her efterfølgende, fordi man har ligesom sagt, jamen det her det skal vi. Der er jo ikke noget med at de kan sige, Ja men det vil vi ikke.” (EPJ Produkter)

Slutbruger informanterne peger på at manglende formidling af viden og information om EPJ, manglende IT-mæssige kundskaber, manglende undervisning før opstarten med EPJ, samt manglende fokus på aflæring af gamle rutiner, har betydning for dokumentation i de rigtige aktiviteter. Alle områder som de forventer, er deres ledelses (afdelings- og hospitalsledelse) ansvar.

"Jamen jeg tror da vi alle sammen gerne vil, så det er vel viden om, at vi alle sammen har viden om, at gøre det på den rigtige måde eller gøre det på den måde der er mest hensigtsmæssig, eller så gøre det ens. Så viden og formidling. Og også at det kan gå begge veje måske." (Slutbruger)

6.2.2 Implementeringsansvar og roller

EPJ Produkter oplever, at det er vigtigt, at der til workshop sidder EPJ ansvarlige og/eller afdelingsledelser med, der bakker op omkring arbejdet og har fokus på fælles dokumentation, ligesom de oplever, at workshop deltagerne har fået at vide, at der skulle tages udgangspunkt i det SFI der allerede var udviklet.

"Tag udgangspunkt i det der er, og brug så vidt muligt det der er" Og det har de sandsynligvis fået at vide ude i hospitalerne." (EPJ Produkter)

Den måde EPJ organisationerne er organiseret på de enkelte hospitaler er ikke ens. Nogle steder sker al information og konfiguration af EPJ i Sundheds-It afsnittet, mens det på andre hospitaler er udlagt til EPJ ansvarlige på afdelingerne, at konfigurere og videreformidle den information de får fra Sundheds-It afsnittet. Information fra Sundheds-It afsnittet går her til afdelingsledelser og EPJ ansvarlige og nogle gange dokumentationsansvarlige sygeplejersker, der så har formidlingsansvaret videre ud til slutbrugerne. En af ulemperne ved dette er, siger informanten fra Sundheds-It afsnittet, at de ikke kan være sikre på, at informationen når frem til de der har brug for den.

Én af Sundheds-It informanten ser udelukkende de ansatte i Sundheds-It som konsulenter, som de EPJ ansvarlige kan spørge til råds.

"Men det er afdelingernes ansvar, det er helt klart lagt ud, det er afdelingernes ansvar at implementere, vi er og bliver konsulenter, og vi holder faktisk meget fast i, at det er ikke vores ansvar implementeringen, det er afdelingernes – det er ledelsens." (Sundheds-It)

Denne informant fortæller, at de EPJ ansvarlige hermed har fået en helt anderledes rolle end tidligere, da de nu også fungerer som en slags tværfaglige dokumentationsansvarlige i afdelingerne. En opgave der ikke er klart defineret eller struktureret i afdelingerne, og som er meget afhængig af den tid og kompetencer den enkelte EPJ ansvarlige har.

”Så skal det ud i afdelingerne, og der har vi en stor udfordring i forhold til: Hvem har ansvaret for at implementere det her? Og vores kommunikation fra DTD⁵, går til Centerledelser, afdelingsledelser og EPJ ansvarlige. Men pludselig får de EPJ ansvarlige faktisk en opgave som dokumentationsansvarlige, tværfagligt, som de ikke har haft. Og det vil sige, den organisering er der ikke, efter min mening, god nok struktur på.” (Sundheds-It)

Det SFI hvor der er uenigheder om indholdet, bliver sendt til den regionale SFI gruppe, for at denne gruppe kan tage beslutning om hvordan det skal være. Både informanterne fra EPJ Produkter og Sundheds-It oplever at det er en meget tung og langsommelig proces at få noget behandlet i denne gruppe. I ventetiden på at få en fælles regional afklaring, fortæller den ene informant fra Sundheds-It, at de så bliver enige på det enkelte hospital, og bestiller nogle nye aktiviteter hos EPJ Produkter, som de så kan dokumentere i, indtil der kommer en regional beslutning.

”Der er begyndt at nedsættes arbejdsgrupper, men vi har sendt rigtig meget op til, som vi ikke har fået svar på, og så har vi været nødt til at træffe vores egne beslutninger.” (Sundheds-It)

Det de enkelte afdelinger eller hospitaler får lavet af nye aktiviteter, formidles ikke på nogen måde til de øvrige afdelinger eller hospitaler, så de kan blive opmærksomme på, at der er udviklet noget nyt, og at det der bruges på hospital X til at dokumentere noget specielt i.

”Nej vi kører op lige nu for os selv. Men bare vi kan blive enige for vores ni operationsafdelinger, så er vi også nået et skridt.” (Sundheds-It)

Ydermere fortæller informanterne fra EPJ Produkter og informanterne fra Sundheds-It, at på grund af den langsommelige proces i Den regionale SFI gruppe, har man nu i Region Midtjylland nedsat en KP ERFA gruppe, der skal kigge på oprydning og ensretning af SFI.

⁵ DTD = Det tværfaglige dokumentationsråd

Deltagerne i denne gruppe er Sundheds-It ansatte fra de forskellige hospitaler i Region Midtjylland.

”Nu kommer vi til at gå rundt med en støvkost og skovl og hvad ved jeg, hvad hedder sådan en – kost til gulvet, for vi får rigtig meget oprydning - - - ensretning.” (Sundheds-It)

For at sikre en nogenlunde ensartet brug af SFI, har hvert hospital lavet deres egen manual for brugen af MidtEPJ. Det materiale kan de EPJ ansvarlige der konfigurere planerne og slutbrugerne benytte sig af, men som en af informanterne fra Sundheds-It siger, kan de ikke forhindre at folk gør noget andet.

”Men vi kan jo heller ikke bære det igennem, og konfigurationerne ude i afdelingerne afspejler jo meget hvad det er for en holdning man har til dokumentation. Hvor er det vi skal køre det ind, i hvilke SFI’er skal vi dokumentere, og hvordan skal vi dokumentere, og der har vi lavet en stor manual der siger at det er sådan og det er sådan og det er sådan, og det er sådan der skal ske, og du skal anvende dem. Men vi kan ikke forhindre folk gør noget andet.” (Sundheds-It)

Kun én af slutbruger informanterne oplever at få information når der sker nogle nye ting eller ændringer omkring SFI. Hun får det fra den EPJ ansvarlige på afdelingen. De sidste tre slutbruger informanter er uvidende om, hvem de i givet fald skulle have informationen af.

”Det synes jeg ikke sådan. Ikke sådan. Så skal det være et nyhedsbrev eller, ja. Vi a afdelingssygeplejersken ??? Jeg synes ikke vi har oplevet sådan decideret at få at vide, at nu er der kommet den her som vi skal bruge.” (Slutbruger)

”Jeg kunne forestille mig det er fra ledelsen af eller fra vores EPJ ansvarlige. Ja, en af delene. Eller vores udviklingssygeplejerske sidder også med.” (Slutbruger)

For slutbruger informanterne gælder, at de har større kendskab til, og trækker mere på de supportere der gik rundt i afdelingerne de første 14 dage de var i drift. Det er disse supportere der har svaret på spørgsmål, og bragt spørgsmål videre til Sundheds-It eller EPJ ansvarlige.

”Vores EPJ ansvarlige hvis du tænker, vi har jo haft de der EPJ supportere i afsnittet, men når du siger EPJ ansvarlige, så er det?” (Slutbruger)

Tre af slutbruger informanterne fortæller, at der i afdelingerne bruges tid på personale møder på at drøfte hvordan data skal dokumenteres, og at det også sker i det daglige. Disse drøftelser drejer sig om, hvordan de i de enkelte afdelinger kan dokumentere, så de kan overtage fra hinanden. Dermed bliver måden at dokumentere på meget afdelingsspecifik.

”Tager det op på personalemøde, og så bliver det meget sådan afdelings individuelt, hvor vi gerne vil have det bliver skrevet, tænker jeg.” (Slutbruger)

6.2.3 Forståelse for fælles EPJ

Både informanterne fra Sundheds-It og i informanterne fra EPJ Produkter oplever, at der hos workshop deltagerne er stor forståelse for, at der skal dokumenteres ensartet for at kunne genfinde og genbruge data, og at der ofte er en forventning om, at man skal bruge det SFI der allerede er udviklet. Ofte er det en forståelse workshop deltagerne får undervejs i workshop arbejdet.

Slutbruger informanterne fortæller at systemet anvendes, men det er noget de har fået at vide, at de skal, og de skal tilpasse sig det system der er.

”Jamen det betyder jo for mig, sådan helt sat på spidsen, at jeg har fået trukket et system ned over hovedet, som jeg skal bruge. Og så er det sådan lidt den der med ”Jeg skal bruge det, uanset om det fungerer eller ej”. ” (Slutbruger)

Slutbruger informanterne nævner alle, at det er umuligt at få folk til at dokumentere på samme måde, og at det bare på den enkelte afdeling er vanskeligt at gøre det på samme måde, selvom det er aftalt. Samtidig mener slutbruger informanterne, at når man deler patienter, er det vigtigt at dokumentere på samme måde.

”Men der er jo selvfølgelig noget rigtig godt i, at man kan, at det er nemt at danne sig et overblik derinde, fordi at tingene er gjort nogenlunde på samme måde. Men jeg ved, at vi gør det på mange forskellige måder, på de forskellige afdelinger, bare her i huset.” (Slutbruger)

For sygeplejerske dokumentationen gælder, at der i Det regionale sygeplejefaglige Dokumentationsråd er taget nogle regionale beslutninger om, hvordan sygeplejedokumentationen skal være på nogle områder. For eksempel skal sygeplejersker lave en ankomststatus på patienten, og denne aktivitet bruges af alle sygeplejersker ved modtagelsen af

en patient. At der skal laves en ankomststatus, er en del af DDKM, og derfor har det regionale Sygeplejefaglige Dokumentationsråd haft meget fokus på dette.

”Altså vi har noget der hedder Ankomststatus og så noget der hedder opdateret status. Det er en regional beslutning, og alle bruger de to SFI’er eller sammensatte SFI’er som det nu er. Og det er på sygeplejen, og det er man fuldstændig enige om. Så jeg synes nok at der er meget fokus på at gøre sygeplejen ens i regionen.” (Sundheds-It)

Informanterne fra EPJ Produkter og Sundheds-It starter deres workshop med at fortælle deltagerne, at det er vigtigt i forhold til patientbehandlingen, at der dokumenteres i de rigtige aktiviteter, da man ellers kan risikere, at overse nogle oplysninger som kan være til fare for patienten. Regionalt er der vedtaget nogle standard visninger i journalen, hvor klinikerne kan vælge at filtrere noget fra. Denne visning styres af, hvilke kategorier de enkelte aktiviteter er tilknyttet, og derfor er det vigtigt, at dokumentere i de rigtige aktiviteter, så det vises korrekt.

”Vi skal bruge de her data på tværs i regionen og det er for patientens skyld, og hvis man registrere noget det ene sted og det andet sted, hvordan skal vi så sikre at EPJ fanger alle de data der er relevante for patienten. Sådan at det er dem der bliver handlet ud fra.” (EPJ Produkter)

Informanterne fra EPJ Produkter fortæller, at de ofte oplever, at workshop deltagerne efter workshop, går hjem i egen afdeling og drøfter nogle ting, hvormed deres kollegaer får viden om EPJ, og at denne viden spreder sig som ringe i vandet, sådan at alle kommer til at vide noget om EPJ.

6.3 Grupper og netværk

6.3.1 Faglige grupper i Region Midtjylland

Informanterne fra EPJ Produkter fortæller, at der i Region Midtjylland er nedsat regionale faglige grupper, fx terapeuter, jordemødre og anæstesilæger, der gør meget i forhold til det at kunne dokumentere på tværs. I grupperne bliver man enige om hvordan data skal dokumenteres, hvilket har den betydning for informanterne fra EPJ Produkter, at de ved hvem de skal henvende sig til, og at beslutninger der er vedtaget i disse grupper er nemmere at argumentere for, fordi de netop er vedtaget i den faglige gruppe.

”Og de bliver så enige om et eller andet. Og så er det lige som, så har de været med ind over processen, og så kan man gå ud og argumentere godt for at tingene er som de er.” (EPJ Produkter)

Ingen af slutbruger informanterne er dog klar over, at der eksisterer sådanne grupper, og har intet kendskab til, hvordan der dokumenteres inden for samme speciale på andre hospitaler. Den ene af slutbruger informanterne mener heller ikke hun har noget at bruge denne viden til, da hun kun skal passe patienterne på sit eget hospital.

”Det har jeg ingen anelse om – det har jeg ingen indflydelse på og det har jeg ikke tjekket. Jeg har ikke noget at bruge det til. Jeg skal passe patienterne, men jeg er ikke i XXX.” (Slutbruger)

6.4 Implementeringsstrategi og EPJ Produkters rolle

6.4.1 Opstartsfasen

Informanterne fra EPJ Produkter fortæller, at da EPJ skulle implementeres, startede de med at modellere de aktiviteter klinikerne i Randers gerne ville have, og enigheden om SFI i Region Midtjylland måtte komme på et senere tidspunkt. Som nævnt i afsnittet om termer og begreber, har EPJ Produkter også navngivet aktiviteter til de enkelte hospitaler, med den begrundelse, at ibrugtagningen af EPJ ville være lettere, og EPJ *skulle* sættes i gang. Informanterne fra Sundheds-It oplever, at den største barriere for ensretning af dokumentationen har været den forcerede proces omkring udrulningen af EPJ, hvilket har betydet, at det først er nu man bliver klar over behovet for ensretning og den udfordring det medfører, og at det skyldes, at man ikke på et tidligere tidspunkt har lavet nogle overordnede regionale beslutninger.

”Implementeringen af MidtEPJ har været forceret... af politiske årsager, og det betyder, at man for sent begynder at konstatere, at vi har brug for at ensrette noget af dokumentationspraksis.” (Sundheds-It)

Fordi processen har været så forceret, oplever informanterne fra Sundheds-It, at både de og EPJ Produkter har mistet overblikket over hvilket aktiviteter der er lavet.

”Men der er mistet overblikket og der er, der har blevet stor bestilt og stor produceret SFI'er, men der er bare ikke nogen der har haft overblikket til at kunne ensrette, eller anbefale ”Kunne du bruge en anden én?” (Sundheds-It)

Når aktiviteterne til opbygningen af standardplaner har skullet findes, har informanter fra Sundheds-It og de EPJ ansvarlige prøvet sig frem, ved at søge på de ord de kunne forestille sig aktiviteten var navngivet, og når de ikke fandt noget der matchede, oprettede de et ønske om ny aktivitet ved EPJ Produkter. Derfor er der modelleret enslydende aktiviteter som man nu er ved at rydde op i.

"Det var prøv dig frem. Søg og du skal finde. Se om du kan finde på et godt ord at lede på, for at se... Fordi der var ingen oversigt over hvad der egentlig var, altså det var prøv at søg i hele biblioteket. Og nogle gange kunne man finde noget, og andre gange kunne man ikke, og så lavede man et ændringsønske." (Sundheds-It)

Selv om det er besluttet, at nogle aktiviteter ikke skal bruges mere, er det stadig muligt for klinikerne at anvende det. Informanterne fra Sundheds-It oplever ikke, at de har haft tid nok til at sætte sig ind i tingene, og den ene siger lige frem, at de ikke var dygtige nok, og ikke vidste hvad de gjorde.

"Men der har været for travlt, og vi var ikke dygtige nok, vi vidste for lidt. Vi var ikke klædt godt nok på." (Sundheds-It)

Hvis det besluttet regionalt, at der skal anvendes nyt SFI, er det henholdsvis Sundheds-It og de EPJ ansvarliges ansvar at få dette ændret i de standardplaner det indgår. Der findes ikke en funktion i EPJ der kan vise, hvor den aktuelle aktivitet er anvendt. Én af informanterne fra Sundheds-It fortæller, at de i starten noterede i en skabelon, hvilke aktiviteter der indgik i de forskellige standardplaner, men at det var så uoverskuelig en opgave, at de siden har opgivet det, og dermed på nuværende tidspunkt ikke har noget overblik over hvilke aktiviteter der indgår i hvilke planer.

"Og vi forsøgte i vores naivitet her i starten her på XXX, at lave et regneark hvor vi ville sætte ind hvilke SFI'er blev brugt i hvilke afdelinger, og det vil jeg sige at det havde vi ikke tid til at opdatere. Så vi har mistet overblikket fuldstændigt." (Sundheds-It)

Kun en af slutbruger informanterne fortæller, at hun har været til en 3 timers undervisning i brugen af EPJ. De andre informanter har været til informationsmøde af 2-3 timers varighed, hvor EPJ blev præsenteret. Fokus på både informationsmøde og undervisning var, for alles vedkommende, på det tekniske i forbindelse med brugen af EPJ fx oprettelse af en standardplan,

og der har ikke efterfølgende været en opfølgningsperiode, hvilket én af slutbruger informanterne efterlyser.

Ingen af slutbruger informanterne oplever, at de har haft indflydelse på hvilke aktiviteter der skulle bruges, og hvordan de skulle se ud. Én af slutbrugerne har bevidst fravalgt, at have indflydelse, fordi hun synes hun er et andet sted med sin sygepleje.

”Jeg har fravalgt det, fordi mit liv - min sygepleje er et andet sted.” (Slutbruger)

6.4.2 EPJ Produkters rolle og forventninger til EPJ produkter

Informanterne fra EPJ Produkter har et modelleringsværktøj, hvor de kan se, hvilke aktiviteter der er udviklet, men da der er over 3000 aktiviteter, har de ikke tidsmæssigt mulighed for at tjekke om der allerede er en aktivitet, der er lavet til det samme, hvilket kan være årsag til, at der udvikles enslydende aktiviteter. En anden årsag kan være, at de ansatte i EPJ Produkter deltager i workshop på samme tid, og så ikke får koordineret oprettelsen af nye aktiviteter. Informanterne fra Sundheds-It fortæller at de har mistet overblikket over hvilke aktiviteter der findes, og samtidig at de har en forventning om, at EPJ produkter skal have overblikket, da det er dem der modellerer alle aktiviteterne..

*”Jamen som udgangspunkt burde EPJ Produkter jo vide hvad de laver.”
(Sundheds-It)*

Den ene informant fra Sundheds-It havde en forventning om, at EPJ Produkter havde en rolle/funktion, i forhold til det at ensrette dokumentationen i Region Midtjylland, men oplever, at det ikke er en rolle EPJ Produkter selv synes de har. Hun synes ofte det er lagt ud til de enkelte afdelinger og hospitaler, at blive enige om, hvordan SFI skal se ud, og ønsker at EPJ Produkter kunne have en mere koordinerende og forhandlende rolle, når afdelinger og hospitaler er uenige om udformningen af SFI, fordi det er svært fra hospitalets side, at finde ud af hvem man skal kontakte på de andre hospitaler.

”Altså min forventning til EPJ Produkter havde måske nok været, at de måske havde haft en mere aktiv rolle i den der ensretning. Fordi der er nogen ting hvor de ligesom har..., hvis vi har ønsket et eller andet, jamen så har de sagt ”Det kan vi ikke lave om på” ”Den her SFI kan vi ikke lave om på, fordi den bruger de andre steder”. Og så har det ligesom været op til os selv at kommunikere med de der

andre steder, og det synes jeg er enormt svært, når man sidder herude i sit eget hospital.” (Sundheds-It)

Nogle gange oplever hun, at EPJ produkter søger at kontakte de forskellige hospitaler for at finde en løsning, men hun er ikke klar over, i hvilke situationer det er noget EPJ Produkter tager sig af, og hvornår det forventes hun selv skal gøre noget.

”Så det har været lidt svært at finde ud af, hvornår var det dem der tog det på sig, og hvornår skulle man selv ligesom snakke med nogen om det.” (Sundheds-It)

Den måde hvorpå EPJ Produkter har kategoriseret de forskellige aktiviteter, er ikke gennemskueligt for informanterne fra Sundheds-It, og det har stor betydning at kende til dette, når der konfigureres planer til afdelingerne, da visning i både journal og overblik afhænger af dette. Den ene informant kalder kategoriseringen lemfældig, og mener der skal ryddes op i det.

Begge informanterne fra Sundheds-It mener, at de ansatte i Sundheds-It skal bruge hinanden noget mere for at blive klogere, og en af informanterne mener, at selvom EPJ Produkter er med ved implementeringerne, så kan de ikke videregive erfaringer, fordi de ikke som de ansatte i Sundheds-It sidder med det i praksis og drift.

6.5 Opsummering af resultater fra interviewundersøgelser

Informanterne i interviewene giver udtryk for, at følgende har betydning for om der kan dokumenteres ensartet i EPJ:

- Arbejdet understøttes bedst, hvis der i aktiviteterne er anvendt termer og begreber der er kendt af klinikerne. Klinikerne vil have strukturen i EPJ til at ligne den dokumentationsform de tidligere har brugt (papir eller anden EPJ). Jo mere genkendeligt det er, jo hurtigere kommer de i gang med at anvende EPJ.
- Opbygningen af aktiviteterne afspejler arbejdsgange, og da disse er forskellige fra sted til sted, understøttes arbejdet ikke alle steder ved anvendelsen af en aktivitet. Klinikerne oplever ikke altid, at det de skal dokumentere giver mening, og de må tilpasse arbejdsgangene, så de passer ind i rammen for EPJ
- Sygeplejerskerne synes dokumentation i aktiviteterne understøtter de ”hårde data”, men ikke de ”bløde data”. Sygeplejerskerne skriver de fleste oplysninger i ”Opdateret status”, dels fordi de ikke ved, hvor de ellers skal skrive dem, og dels fordi de er lettere end at åbne flere nye aktiviteter.

- Vigtige oplysninger om patienten skriver sygeplejerskerne på koordinationsark (papir), da de er bange for oplysningerne ellers bliver overset. Efter indførelsen af EPJ, er der kommet flere oplysninger på disse papirer.
- Sygeplejerskerne skaber overblik over patientens situation ved at læse journalen i "Læs journal". Der anvendes ikke søgning på aktiviteter eller aktivitetsoversigt. Ej heller anses overbliksbilledet som anvendeligt.
- De aktiviteter der understøtter DDKM, har klinikerne af ledelsen fået at vide, at de *skal* dokumentere i, hvilket de også gør. Ingen af informanterne ved, at der findes regionale SFI der skal anvendes. Generelt dokumenteres i de aktiviteter, hvor ledelsessystemet har udmeldt at de skal anvendes.
- Aktiviteter med link til retningslinjer er en hjælp til novicen og til opgaver/procedurer der ikke udføres så ofte. Erfarne sygeplejersker anvender ikke at linke til retningslinjerne, da de mener at vide, hvad de skal gøre.
- Der opleves ikke at have været en central koordinering med henblik på ensretning af dokumentationen i Region Midtjylland, hvilket informanterne mener, er et ledelsesansvar. Der opleves heller ikke, at der er synliggjort en vision for anvendelsen af en fælles regional EPJ.
- Sygeplejerskerne nævner manglende formidling af viden og information om EPJ, manglende undervisning, manglende IT-kundskaber, og manglende fokus på aflæring af gamle vaner, som barrierer for ensartet dokumentation, hvilket de mener er et ledelsesansvar.
- Information om og konfigureret af EPJ, er uddelegeret til mange forskellige, hvilket betyder, at ikke al information kommer ud til alle, og anvendelsen af aktiviteter i standardplanerne er afhængig af den viden standardplan opsætteren har. Sygeplejerskerne ved ikke om de skal have informationerne fra ledelse, EPJ-ansvarlige eller Sundheds-It.
- Hvert hospital her lavet deres egne manualer for brugen af EPJ, og ved siden af dette, laves der afdelingsspecifikke aftaler om hvordan der skal dokumenteres i EPJ.
- Det er en langsommelig proces, at få noget behandlet i den Regionale SFI gruppe. Derfor får hospitalerne udviklet nye aktiviteter, som de kan dokumentere i indtil der kommer en regional afklaring. Formidling om at der er lavet nye aktiviteter, gives ikke videre til andre hospitaler.

- Klinikerne har stor forståelse for, at der skal dokumenteres ensartet, når man deler de samme patienter. Samtidig mener klinikerne dog, at det er umuligt at få folk til at dokumentere på samme måde, bare på den enkelte afdeling.
- Workshop deltagerne er informeret om betydningen af ensartet dokumentation, men slutbrugerne oplever, at der ved deres introduktion til EPJ, var mere fokus på det tekniske, og de er ikke informeret om betydningen af ensartet dokumentation. Slutbrugerne oplever ikke, at de har haft indflydelse på, hvordan aktiviteterne er opbygget.
- Ingen af sygeplejerskerne er klar over, at der i Region Midtjylland er nedsat faglige grupper, der arbejder med fælles SFI indenfor faggruppe/speciale. De ved ikke hvordan der dokumenteres på sammenlignelige afdelinger, de oplever ikke at der er samarbejde mellem hospitalerne om dokumentationspraksis, og en enkelt af sygeplejerskerne mener heller ikke hun har noget at bruge det til, da hun kun passer patienter på sin egen afdeling.
- Den forcerede implementerings proces har været en barriere for ensretning af dokumentationen. De ansatte i Sundheds-It har ikke fået tilstrækkelig oplæring og undervisning, og har, med egne ord, ikke været dygtige nok, og derfor bestilt og fået lavet aktiviteter, hvor der allerede eksisterede noget tilsvarende. Hverken EPJ produkter eller Sundheds-It har overblik over, hvilke aktiviteter der findes.
- Når en aktivitet udgår, dvs. det er vedtaget at noget andet skal anvendes i stedet for, er det op til de enkelte standardplan opsættere, at udskifte aktiviteten. Dette gøres manuelt, og der er ingen måde de kan se, hvilke standardplaner aktiviteten indgår i. Udgående aktiviteter kan stadig tilgås og anvendes af brugerne i EPJ.
- Ingen har den koordinerende rolle i forhold til, at de forskellige afdelinger og hospitaler kan blive enige om indholdet i aktiviteterne. Sundheds-It har en forventning om, at det er EPJ Produkters ansvar.
- Det er EPJ Produkter der deltager i workshop, når nye hospitaler skal i gang med EPJ. Der trækkes ikke på andre hospitalers Sundheds-It ansatte, hvilket ifølge Sundheds-It betyder, at de nye hospitaler ikke bliver godt nok rustet til opgaven, da EPJ Produkter er for langt fra klinikerne, og ikke ved hvordan det fungerer i drift.

7. Teoretiske perspektiver

I dette afsnit præsenteres de teorier, der er valgt til at belyse problemstillingen. Som beskrevet i afsnit 4.5, er undersøgelsen datastyret, og teorierne er således valgt ud fra resultaterne i interviewanalysen.

I interviewene kom det frem, at slutbrugerne anvender EPJ på forskellige måder, ud fra hvordan det understøtter deres arbejde bedst. Det fremgik også, at hospitalerne i Region Midtjylland har udarbejdet egne manualer med beskrivelse af arbejdsgange ved anvendelsen af EPJ, og at der ikke er samarbejde mellem hospitalerne om anvendelsen af EPJ. På denne baggrund vælges SCOT som teori, da udgangspunktet i SCOT er, at teknologiske forandringer må forstås som en social proces, og at det er muligt at forandre eller at påvirke den teknologiske udvikling gennem social handling imellem relevante sociale grupper. Inden en ny teknologi stabiliseres, vil de relevante sociale grupper der har berøring med teknologien, forsøge at sætte hver deres præg på hvordan teknologien skal anvendes og udvikles. Den fremtidige anvendelse af teknologien vil afhænge af denne proces.

Indførelse af MidtEPJ i Region Midtjylland, må ses som en forandrings proces, og da flere af informanterne gav udtryk for, at forandringsprocessen, af forskellige årsager, ikke var forløbet optimalt, vælges Kotters teori om forandringsledelse til at analysere forandringsprocessen i forhold til undersøgelsesresultaterne.

7.1 Social Construction Of Technology

Science, Technology and Society (STS) er studiet af, hvordan sociale, politiske og kulturelle værdier påvirker videnskabelig forskning og teknologisk innovation, og hvordan disse igen påvirker samfund, politik og kultur (Bruun Jensen, Lauritsen & Olesen 2007).

Ét af perspektiverne i STS er Social Construction of Technology (SCOT), som Trevor Pinch og Wiebe Bijker fremkom med i starten af 1980'erne. Deres grundlæggende påstand er, at teknologi må forstås som en social proces, og at det er muligt at forandre eller påvirke den teknologiske udvikling gennem social handling. De argumenterer for, at det sociale og teknologiske ikke kan holdes adskilt, men skal ses i en sammenhæng, samt at teknologiens betydning og design er et produkt af sociale grupperes arbejde og forhandlinger (Bruun Jensen, Lauritsen & Olesen 2007).

SCOT opstod som en protest/kritik mod deterministiske studier, hvor det antages, at teknologien er autonom og udvikler sig uafhængigt af samfundet og sociale relationer. En kritik af SCOT er, at der er et blindt punkt ifht magtrelationer, hvilket Bijker har imødekommet ved at fremhæve, at

SCOT analyse viser, at teknologien kunne have været udviklet anderledes, hvis styrkeforholdet mellem aktørgrupperne havde været anderledes (Bruun Jensen, Lauritsen & Olesen 2007).

De lineære modeller, hvor et eksisterende artefakt i en lige linje, kan føres tilbage til tidligere versioner, og afvigelser betragtes som ”fejlskud”, kritiseres af Bijker og Pinch. De argumenterer for at teknologiens udvikling i stedet skal forstås som multidirektionel. Undersøgelser ud fra SCOT perspektivet viser hvordan flere udgaver af teknologien har konkurreret, og hvordan historiske begivenheder har været afgørende for, at ét design har ”vundet” over et andet.

Undersøgelser af teknologi har ifølge Pinch og Bijker været asymmetriske, og de pointerer, at det er vigtigt at se på både succeser og fiaskoer. Enhver vurdering af en teknologis succes/fiasko, må foretages i forhold til en bestemt historisk sammenhæng.

Udgangspunktet er, at teknologi kun er hvad den er, i forhold til en bestemt gruppe mennesker, og om teknologien virker eller ikke virker, afhænger i forhold til SCOT af, i hvor høj grad tingen er betydningsfuld for nogen. Man skal spørge under hvilke forudsætninger tingen virker: Hvem virker den for? Hvornår virker den? Hvad gør at den måske ikke virker for alle? SCOT analysen bestræber sig på, at forklare hvorfor en bestemt udvikling slog igennem frem for en anden.

SCOT kan anvendes til at forstå den kontekst en teknologi udvikles og stabiliseres i (Bruun Jensen, Lauritsen & Olesen 2007), og de centrale begreber i SCOT er beskrevet herunder.

Relevante sociale grupper

Bijker (Bijker 1995) argumenterer for, at teknologi er socialt konstrueret gennem interaktionen mellem de relevante sociale grupper. Relevante sociale grupper er grupper af aktører, der på forskellig vis har relationer til teknologien, og hvor aktørerne i den samme gruppe tillægger teknologien samme betydning. De relevante sociale grupper kan have forskellige meninger om, hvordan teknologien skal bruges, og i udviklingsprocessen af teknologien, tillægger hver relevant sociale gruppe teknologien forskellig mening (Bijker 1995). Bijker beskriver hvordan de relevante sociale grupper kan identificeres ved at ”roll a snowball” (Bijker 1995). Her interviewes et antal personer der er relevante for undersøgelsen, og de bedes om at nævne andre det ville være relevante at tale med, for at danne et komplet billede. Bijker beskriver også, at forskeren gerne selv må identificere relevante sociale grupper ud fra egne erfaringer og interesser (Bruun Jensen, Lauritsen & Olesen 2007).

Fortolkningsfleksibilitet

Eftersom de relevante sociale grupper tillægger teknologien forskellig mening, vil der være en fortolkningsmæssig fleksibilitet i forhold til en teknologi der er ved at blive udviklet. Hver fortolkning indeholder vurderinger af hvilke problemer der er ved en teknologi, og hvilke løsninger der kunne være (Bijker 1995). Fortolkningsfleksibilitet afdækker teknologiens flertydighed, således at der ved en lille fortolkningsfleksibilitet, er enighed blandt de relevante sociale grupper, om anvendelsen af teknologien. Heri ligger også, at teknologi, hvis udformning i dag tages for givet, på et tidligere tidspunkt har været genstand for kontroverser mellem forskellige sociale grupper.

Stabilisering og lukning

Bijker beskriver (Bijker 1995), at kontroverser aftager over tid, og teknologien finder en forholdsvis stabil betydning og udformning. Teknologisk lukning involverer stabiliseringen af teknologien. Ved at lukke en teknologisk kontrovers forstås, at den relevante sociale gruppe selv betragter problemet som løst. Det betyder ikke at problemer er løst, men at problemet er forsvundet, det vil sige ikke opleves som et problem længere (Bruun Jensen, Lauritsen & Olesen 2007). Lukningen af en kontrovers om hvad en teknologi er eller bør være, indebærer også en stabilisering af teknologien. Der er flere grader af stabilisering, da processen er relateret til én eller flere sociale grupper. Bijker (Bijker 1995) beskriver to lukningsstrategier:

- Retorisk lukning – en gruppe forsøger at overbevise modparten om, at en given teknologi er enten problematisk eller uproblematisk.
- Redefinering af problemet – løsningen af ét problem giver nogle andre fordele i forbindelse med at der søges en løsning på kontroversen om teknologien.

Teknologiske rammer

Ifølge Bijker (Bijker 1995) vil de relevante sociale grupper, ofte operere ud fra hver deres teknologiske ramme. En teknologisk ramme bygges op når der opstår et samspil omkring en ny teknologi, og forståelsen af teknologien er blevet den samme i den relevante sociale gruppe. Den teknologiske ramme leder til tilskrivningen af mening til tekniske artefakter, og dermed til konstitueringen af teknologi. Med dette kan forklares, hvorfor sociale grupper konstruerer en teknologi på én måde frem for en anden måde, da den teknologiske ramme indeholder de ressourcer aktørerne anvender i konstruktionen af teknologien. Bijker beskriver, at den teknologiske ramme opstår i et samspil mellem de relevante sociale gruppers fortolkninger af

teknologien (Bijker 1995). Elementerne i den teknologiske ramme kan fx være mål – Nøgleproblemer – Problemløsningsstrategier – Eksisterende teorier – Tavs viden – Testprocedurer – Designmetoder og Eksemplariske artefakter.

At se på den teknologiske ramme er mest effektivt, når der fokuseres på situationer der er præget af ustabilitet, kontrovers og forandring. Når aktører møder et nyt artefakt, vil de trække på eksisterende teknologiske rammer, men interaktionen kan også medføre, at nye rammer etableres. Til en social gruppe hører en bestemt teknologisk ramme, men enkelte aktører kan være medlem af flere grupper og dermed have/indgå i flere teknologiske rammer. Frem til stabilisering og lukning kæmper de teknologiske rammer om, at komme til at dominere på en af de tre måder herunder.

- Når der ikke er én dominerende teknologisk ramme → innovation
- Når én dominerende gruppe er i stand til at insistere på sin definition af problemet og en passende løsning → udviklingen følger konventionelle spor og aktørernes kreativitet dæmpes.
- To eller flere grupper i hver deres teknologiske ramme → kontroverser hvor aktørerne ofte vil appellere til forhold uden for rammerne for at lukke kontroverserne.

I forhold til dette projekt, anvendes SCOT perspektivet til at undersøge fortolkningsfleksibiliteten ved at identificere de problemer nogle af de relevante sociale grupper tillægger teknologien, hvilke strategier der anvendes for at lukke en kontrovers og stabilisere teknologien, samt beskrivelse af elementer i de teknologiske rammer der har betydning for konstruktionen af teknologien.

7.2 Forandringsledelse

John P. Kotter er amerikansk forfatter og professor i ledelse ved Harvard Business School, og er især kendt for sine teorier om forandringsledelse. Han har gennem mange år studeret, hvordan man gennem omstruktureringer, ændring af arbejdsgange og kulturel fornyelse, kan komme igennem med vellykkede forandringer i organisationer. I bogen "Leading Change" beskriver Kotter hvordan en forandringsproces i en organisation inkluderer 8 trin, der skal gennemføres førend en forandring kan blive en succes. Til fremstillingen af Kotters teori om

forandringsledelse i dette afsnit, er referencen oversættelsen af bogen "Leading Change" (Kotter 1999).

Kotter fremfører, at når forandringer ikke lykkes efter hensigten, er det ofte fordi hele forandringsprocessen ikke er gennemført, og han peger på 8 fejltagelser som organisationer ofte begår. De 8 fejl er at:

1. Man accepterer for stor selvtilfredshed.
2. Man formår ikke at skabe en tilstrækkelig stærk, styrende koalition.
3. Undervurdering af visionens magt.
4. Visionen kommunikeres utilstrækkeligt.
5. Forhindringer får lov at blokere for den nye vision.
6. Man forsømmer at skabe kortsigtede gevinster.
7. Sejren fejres, før slaget er vundet.
8. Man forsømmer at forankre forandringerne i virksomhedskulturen.

Kotter beskriver 8 trins processen som grundlag for at skabe større forandringer, og endvidere er processen med til at undgå de overstående 8 fejl.

Ifølge Kotter er det vigtigt i forbindelse med forandringer at forstå:

- Hvorfor organisationer modsætter sig forandringer.
- Hvorfor og hvordan 8-trins processen skal gennemføres.
- Hvad betydningen af lederskab i processen er.

Når medarbejderne modsætter sig forandring, drejer forandringsprocessen sig om at forstå, hvordan organisationsstrukturer og kulturer påvirker individerne i organisationen, og dermed også viden om og forståelse for, hvordan organisationen kan påvirke dette.

De 8 trin, som beskrives kort nedenfor, skal følges i den nævnte rækkefølge og samtlige trin skal medtages. Hvis der springes trin over eller forceres ét trin, er der stor sandsynlighed for, at forandringen ikke lykkes. Kotter skriver dog samtidig, at man ofte kører lidt frem og tilbage mellem de forskellige trin, da det ikke er en lineær proces.

Kotter skelner mellem ledelse og lederskab i organisationen. Ledelse medfører forudsigelighed og kan skabe kortsigtede gevinster ved hjælp af planlægning og budgettering, organisering og bemanning samt styring og problemløsning.

Lederskab medfører derimod forandring og afføder nyttige ændringer i organisationen. Kotter skriver herom at:

"Lederskab er en samling processer, der først og fremmest skaber organisationer eller, tilpasser dem til markant ændrede vilkår. Lederskab definerer, hvordan fremtiden bør se ud, får medarbejderne til at slutte op bag den vision og inspirerer dem til at realisere den trods forhindringer." (Kotter 1999)

Ved lederskab er de vigtigste elementer: motivation, inspiration samt opbakning til ændringer. Ifølge Kotter er vellykket forandring betinget af 70-90 % lederskab og 10-30 % ledelse. Kun lederskabet kan motivere til de handlinger, der er nødvendige for at ændre adfærd, og efterfølgende få forankret ændringerne i organisationen.

Trinene i Kotters 8 trins proces er beskrevet herunder.

1. Etablering af en oplevelse af nødvendighed

Det er nødvendigt, at medarbejderne forstår behovet for forandring, dvs. at de ikke er for selvtilfredse, og dermed ikke oplever behovet for forandring. Når medarbejderne erkender, at der er et behov for ændring, vil de samarbejde omkring forandringen. Kotter beskriver flere kilder til selvtilfredshed bla. ubekymret ledelse, menneskets evne til at fornægte, kulturen, manglende præsentationsfeedback fra eksterne kilder, fravær af synlig krise, og organisationsstrukturer der får de ansatte til at fokusere på snævre funktionelle mål.

Hvis organisationen forsøger at reducere medarbejdernes selvtilfredshed, er der risiko for konflikter og at der opstår frygt hos medarbejderne. For at øge oplevelsen af nødvendighed er det nødvendigt, at både ledere og mellemlederes har en stærk følelse af behov for forandring.

2. Oprettelse af den styrende koalition

Den styrende koalition er vigtig, da det er her der sammensættes det team, der skal arbejde videre med forandringen. Det er nødvendigt med bred ledelsesmæssig opbakning og fælles mål.

Det stærke team skal etableres ud fra følgende overvejelser om kvaliteter som teamet skal repræsentere:

- Personer, der har evner for lederskab og ledelse, samt personer der har en stærk formel indflydelse, høj troværdighed og er eksperter i området.
- Teamets arbejde skal være baseret på tillid og fælles mål, hvor målene skal være rationelt fornuftige og samtidig appellere følelsesmæssigt til organisationen.

3. Udvikling af en vision og en strategi

Visionen er et billede af fremtiden, og det mål der arbejdes hen imod, og skal appellere til så mange aktører som muligt. Formålet med visionen er at præcisere den generelle kurs for forandringen, motivere medarbejderne til initiativ og koordinere handlinger. Visionen er endvidere vigtig, for at bevare overblikket i forandringsprocessen. En god vision kan desuden bidrage til at medarbejderne overvinder deres uvilje.

Kendetegnende ved udviklingen af visionen er ifølge Kotter, at én eller nogen sætter noget i gang, hvorefter flere involveres og påvirker udkastet til visionen. Samarbejde er væsentligt, og processen med at udvikle visionen er iterativ. Samtidig pointerer Kotter, at visionen skal være enkel og kunne formidles på få minutter.

4. Kommunikation af forandringsvisionen

Der skal bruges ressourcer på at kommunikere visionen, og strategien for hvordan den kan realiseres. Det er både en intellektuel og følelsesmæssig udfordring at skulle acceptere en ny vision, da den enkelte ifølge Kotter, vil sætte spørgsmålstejn ved, hvad det betyder for én selv.

Kotter siger om formidlingen af forandringsvisionen at:

- Den skal være enkel, uden fag termer og gerne formidles via metaforer.
- Den skal gentages mange gange, både formelt og uformelt, på flere forskellige måder og gennem forskellige kanaler.
- Ledere og andre personer med indflydelse skal være de gode eksempler, og visionens relevans for dagligdags problemstillinger skal fremhæves.
- Tovejskommunikation er vigtigt, dvs. der skal være mulighed for diskussion i forbindelse med formidling af visionen.

5. Styrkelse af medarbejdernes kompetencer

Der skal fjernes så mange barrierer som muligt, så medarbejderne kan udvikle deres kompetencer for at efterleve den nye vision. Barrierer kan være organisationsstrukturen, ansvarsfordeling i organisationen eller opsplitning af ressourcer og ansvar.

Der er en opgave omkring både tekniske og sociale færdigheder/holdninger, så nye ændringer kan fungere i organisationen. Vigtige holdningsændringer kan være nødvendige for at implementere vision og strategi. Det indebærer også, at ledelsesstil ses efter, ligesom det kan være nødvendigt at konfrontere ledere der ikke bakker op om forandringsprocessen.

Omkring udvikling af medarbejdernes kompetencer til gennemførelse af forandring skriver Kotter endvidere, at hvis der ikke er de rette muligheder for uddannelse, vil medarbejderne føle sig magtesløse, ligesom ledelsens indstilling til udvikling af kompetencer er af stor betydning.

6. Generering af kortsigtede gevinster

Der skal opstilles nogle kortsigtede mål og opnåelse af de kortsigtede mål skal medvirke til, at medarbejderne indser, at det ikke er forgæves, det de gør, at give skulderklap til de, der fører an i forandringsprocessen, hjælpe til at justere vision og strategi, samt være med til at omvende skeptikere til tilhængere. Det er samtidig et middel til at undgå, at negative medarbejdere får mulighed for at blokere fremdriften, ligesom det signalerer opadtil i organisationen, at man er på rette vej.

Kortsigtet pres kan være en måde at opretholde oplevelsen af nødvendighed, og dermed skal man til stadighed blive ved med at kommunikere vision og strategi.

7. Konsolidering af resultater og produktion af mere forandring

Man kan ikke blive ved med at leve på de kortsigtede gevinster, da følelsen af nødvendighed så vil gå tabt. Det er topledelsens ansvar at opretholde følelsen af nødvendighed.

Problemet med konsolidering kan ifølge Kotter, være den indbyrdes afhængighed, der er i organisationen, idet kun få ting kan ændres uden at andre elementer også skal ændres. Det drejer sig bl.a. om organisationsstruktur, organisationskultur, personalevaner, forhold til kollegaer og arbejdsledere, og dette skal samtidig ses i sammenhæng med krav fra individer, grupper og afdelinger i organisationen. Man bliver nødt til at ændre andre systemer i organisationen, for eksempel uddannelsesprogrammer, normering m.m., for ikke at fastlåse og begrænse forandringsprocessen.

Disse ændringer kræver lederskab, for selvom der ved kortsigtede gevinster er skabt succes, er det vigtigt at tænke langsigtet, sørge for, at forandringerne forankres, og at de kortsigtede gevinster stimulerer til yderligere forandring.

8. Forankring af nye fremgangsmåder i kulturen

Kulturen i organisationer er meget stærk. Den er baseret på adfærdsnormer og fælles værdier i organisationen. Det er vanskeligere at ændre værdierne end normerne, da disse er mindre synlige. Ofte har medlemmerne også en stærk følelsesmæssig tilknytning til organisationen gennem kulturen. Kotter skriver omkring forankringen at:

”Jo bedre man forstår den eksisterende kultur, desto lettere kan man finde ud af, hvordan man kan forstærke oplevelsen af nødvendighed, etablere den styrende koalition, forme visionen osv.” (Kotter 1999)

Kulturen ændres, når man ændrer medarbejdernes holdninger, og den nye adfærd har resulteret i en fordel gennem længere tid, så medarbejderne har set forbindelsen imellem de nye handlinger og præstationsforbedringerne. Kotter skriver, at man skal hjælpe den nye praksis med at slå rødder, der er dybe nok til at kunne nå helt ned til den basale kultur eller er stærke nok til at erstatte den.

Kotter hævder, at når folk er presset til noget, springer de til tider trin i processen over, hvilket giver problemer senere i forandringsprocessen. Ligeledes beskriver Kotter, at mange organisationer prøver at starte på trin 5, 6 og 7, hvilket betyder, at det grundlag der skulle skabes ved opvarmning og optøning af organisationen ikke er etableret, og der vil være stor sandsynlighed for, at forandringen ikke lykkes.

8. Analyse af resultater i forhold til teori

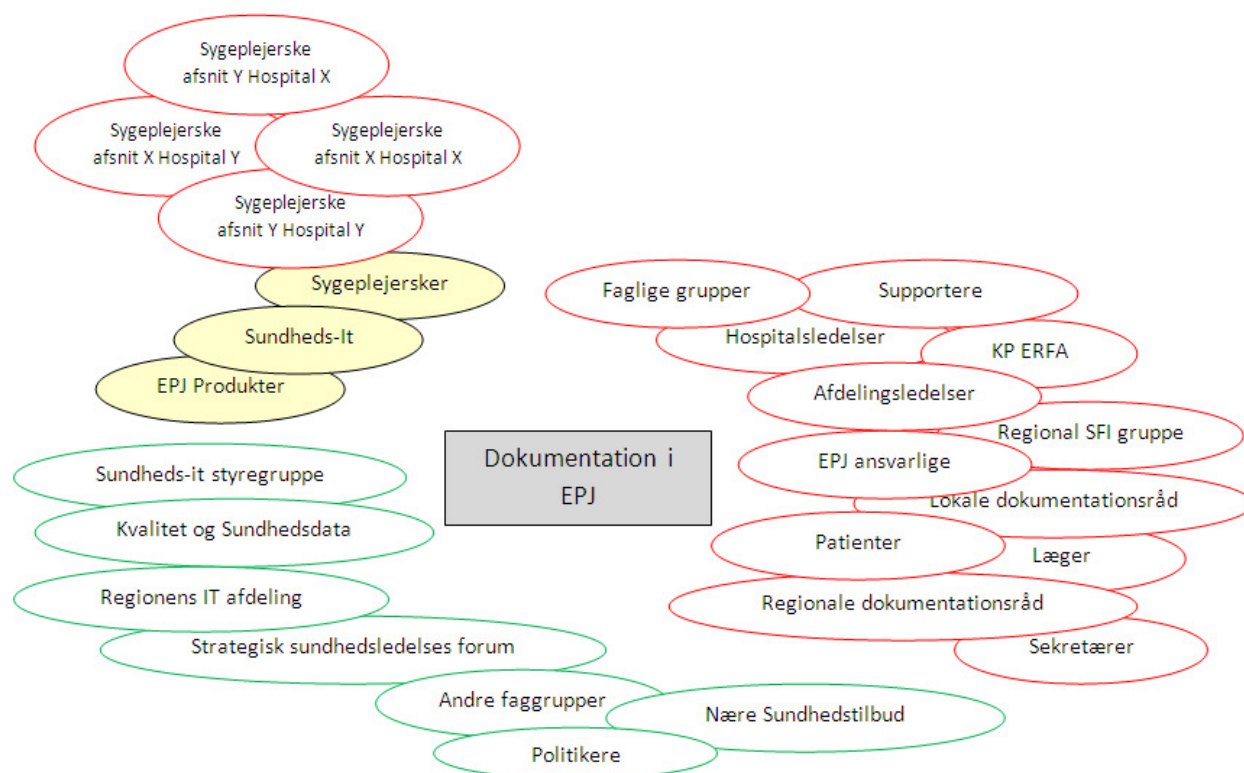
I dette afsnit tolkes undersøgelsesresultaterne i forhold til de valgte teorier om Social Construction Of Technology og forandringsledelse.

8.1 Analyse af resultater i forhold til SCOT

Relevante sociale grupper

Informanterne nævner de grupper de oplever, har interesse i hvordan der dokumenteres i EPJ, og dette er ifølge Bijker en måde at identificere de relevante sociale grupper (Bijker 1995). De relevante grupper i forhold til problemstillingen om manglende ensartethed i dokumentationen i MidtEPJ, er illustreret i figur 12. De gule figurer er informantgrupperne, de røde figurer er de grupper informanterne omtaler i interviewene. Ifølge Bijker og Pinch kan der tilføjes relevante sociale grupper ud fra egen erfaring og interesse (Bruun Jensen, Lauritsen & Olesen 2007), hvilket er illustreret med de grønne figurer.

Sygeplejerskerne på de enkelte afsnit på samme hospital har forskellige interesser i forhold til det at dokumentere i EPJ. Hver sygeplejerskegruppe i en afdeling repræsenterer således også en relevant social gruppe. Det er forventeligt, at det ved undersøgelse af andre faggrupper vil tegne sig det samme billede.



Figur 12 Oversigt over identificerede relevante sociale grupper i interview og problemanalyse. De gule figurer er informantgrupperne. De med rødt kantede grupper er identificeret af informanterne, og de med grønt kantede er begrundet i egne erfaringer.

At der er så mange relevante sociale grupper betyder ifølge Bijker, at der er tilsvarende teknologiske rammer, hvor for eksempel mål, nøgleproblemer og problemløsningsstrategier er forskellige.

Teknologiske rammer

I EPJ Produkters teknologiske ramme indgår, at deres mål er, at få klinikerne til at anvende EPJ hurtigst muligt. Et mål der er politisk besluttet, og som EPJ Produkter handler ud fra. For Sundheds-It's vedkommende, er de på samme måde pålagt at gennemføre implementeringen som besluttet politisk. Målet for Sundheds-It er således at gennemføre en vellykket implementeringsproces. Sygeplejerskernes mål er, at de ved dokumentationen i EPJ kan komme

af med og finde oplysninger om patienten, og samtidig har et arbejdsredskab, der understøtter deres arbejds gange.

Som illustreret i figur 12 har alle sygeplejersker ikke nødvendigvis den samme teknologiske ramme endnu, heller ikke på det enkelte afsnit. For sygeplejerskerne vedkommende kommer patienten i første række, hvilket får betydning for den måde de anvender teknologien. En af sygeplejerskerne udtaler således:

”Nogen gange der løber vi rundt i otte timer, og så er det altså ikke røntgen af thorax jeg får skrevet de har været til, for det plejer de jo alle sammen at være til.”.

Ud over at disse værdier er elementer i den teknologiske ramme, viser det også, at sygeplejerskerne ud fra egne værdier vurderer hvad der er vigtigt at få dokumenteret. Sygeplejerskernes mål er, at dokumentationen i EPJ skal medvirke til at optimere pleje- og behandlingskvaliteten, men de har samtidig deres egen opfattelse af hvad der er væsentligt at dokumentere.

Eksemplariske artefakter er også elementer i den teknologiske ramme, og i undersøgelsen nævnes både papirjournalen, diverse papirskemaer og tidligere anvendte EPJ systemer som eksemplariske artefakter. For alles vedkommende gælder, at klinikerne forsøger at forstå den nye teknologi i forhold til de erfaringer de har med disse artefakter. For eksempel vil de gerne have, at aktiviteterne i EPJ er nøjagtig magen til de papirskemaer de tidligere har udfyldt, og på samme måde vil de klinikere der tidligere har anvendt en EPJ, gerne have at det nye EPJ system til at ligne det gamle. Alene det, at der på hospitalerne kan være anvendt forskellige skemaer til det samme viser, at fortolkningsfleksibiliteten er ganske betydelig i forhold til hvordan der skal dokumenteres.

Fortolkningsfleksibilitet og stabilisering/lukning

Undersøgelsesresultaterne viser flere eksempler på, hvad de relevante sociale grupper opfatter som problematisk med teknologien, og ligeledes hvilke stabiliserings og lukningsstrategier der anvendes.

Fortolkningsfleksibiliteten er stor, hvilket ses ved, at der blandt klinikerne ikke er enighed om de termer der er anvendt i de forskellige aktiviteter. Termerne er ikke logiske i forhold til den måde de tidligere har arbejdet på, og de forsøger at få ændret termerne, så de passer til det de kender

og er vant til. Der anvendes tre lukningsstrategier i forhold til dette: 1) EPJ Produkter melder ud at det ikke kan ændres, 2) EPJ Produkter tager kontakt til andre relevante sociale grupper for at se om det kan ændres, eller 3) EPJ Produkter beder én relevant social gruppe om selv at finde en løsning med de andre relevante sociale grupper. Målet med lukningsstrategierne er, at opnå stabilisering, men af undersøgelsen fremgår, at i forhold til terminologiens fortolkningsfleksibilitet, er der adskillige relevante sociale grupper der skal blive enige, før en evt stabilisering kan komme på tale.

Klinikerne oplever problemer med teknologien, når de skal dokumentere nogle ting de ikke oplever, giver mening, for eksempel måden de skal dokumentere medicinafstemning.

”Men den måde vi skal dokumentere det på, altså – giver det mening at dokumentere på den måde?”

Deres problemløsningsstrategi er, at de gør opmærksom på, at det er uhensigtsmæssigt og ikke understøtter deres arbejdsgange. Alligevel dokumenterer de som de har fået at vide de skal. Dette er ikke stabiliseret, men det kan siges, at der er én dominerende gruppe (evt. hospitalsledelsen?) der har insisteret på sin definition af problemet og bestemt en løsning på problemet.

EPJ Produkter har navngivet nogle aktiviteter med organisatorisk enhed, fordi de mener det gør det mere genkendeligt for klinikerne. Dette kan ses som et udtryk for at EPJ Produkter søger at lukke en kontrovers ved at nogle af de relevante sociale grupper anser problemet som løst.

Når der er forskellige fortolkninger om hvordan teknologien skal anvendes, vil de teknologiske rammer kæmpe om at komme til at dominere. Dette kan betyde, at grupperne appellerer til forhold uden for rammen for at få lukket kontroverserne. Undersøgelsen viser, at når der ikke kan skabes enighed mellem grupperne, bliver det den Regionale SFI gruppe der skal tage stilling til uenighederne og dermed lukke kontroversen. Det kan betyde, at nogle grupper anser problemet som løst, men er ikke ensbetydende med, at andre grupper anser det for løst. De områder hvor EPJ Produkter melder ud, at der ikke kan ændres i aktiviteterne, kan medføre at aktørernes kreativitet dæmpes, fordi EPJ Produkter insisterer på deres definition af problemet og hvad løsningen er. Undersøgelsen viser, at klinikerne i disse tilfælde enten resignerer eller senere prøver at få ændret det ønskede.

Sygeplejerskerne oplever problemer med at få dokumenteret i EPJ, og vælger i flere tilfælde at skrive deres oplysninger i opdateret status, fordi det er meget nemmere. Sygeplejerskerne

forsøger her ved workarounds, at tilpasse teknologien til deres arbejdsgange. Workarounds kan i dette tilfælde ses som fortolkningsfleksibilitet.

Sygeplejerskerne forsøger gennem snak i afdelingerne og personalemøder at skabe enighed om hvordan dokumentationen skal være i deres eget afsnit. Der kan således ske en stabilisering og lukning i eget afsnit, men da der mellem hospitalerne ikke udveksles erfaringer og information om dokumentation i EPJ, vil det kun være i det enkelte afsnit teknologien stabiliserer sig på denne måde.

Der har i undersøgelsen også vist sig områder, hvor det tyder på, at der allerede er sket en stabilisering, og dokumentationen på disse områder er ensartet. Det er typisk brug af SFI, hvor personer højere oppe i hierarkiet har taget beslutning om, at der er noget specielt SFI der skal anvendes. Om aktiviteter der skal understøtte DDKM udtaler en informant

*”Men det er jo nærmest bare, at vi bliver informeret om, at det er noget vi **skal** lave.”*

På samme måde er det SFI der er besluttet af det regionale sygeplejefaglige dokumentationsråd, heller ikke noget der sættes spørgsmålstegn ved, dvs der er enighed blandt de relevante sociale grupper, om anvendelsen af teknologien.

Selve opbygningen af aktiviteter giver også anledning til fortolkningsfleksibilitet. I undersøgelsen beskrives, hvordan opbygningen har betydning for om lægerne dikterer eller skriver deres journalnotater selv. De relevante sociale grupper er her læger og sekretærer, men som med sygeplejerskerne, vil der blandt læger og sekretærer også være flere relevante sociale grupper på de enkelte afdelinger, fordi arbejdsgangene ikke er den samme på alle afdelinger.

De relevante sociale grupper giver udtryk for, at de ikke kan forstå hvorfor andre relevante sociale grupper skal bestemme hvilke aktiviteter de skal dokumentere i. På samme tidspunkt giver de også udtryk for, at det ville have været rart med noget mere central koordinering og at EPJ Produkter kunne have en større rolle i forhold til at mindske fortolkningsfleksibiliteten. Dette kan ses som et dilemma, hvor de gerne vil være med til at påvirke teknologiens udformning, men samtidig appellerer de til andre uden for rammerne om at få lukket kontroversen.

8.2 Analyse af resultater i forhold til Kotters teori om forandringsledelse

Kotter pointerer, at for at få en vellykket forandring i organisationer, skal de 8 beskrevne trin gennemføres, og der må ikke springes trin over. I det følgende sammenholdes undersøgelsesresultaterne med Kotters teori om forandringsledelse.

Sygeplejerskerne har ikke oplevet en følelse af nødvendighed, hvilket ifølge Kotter er en forudsætning for forandring. Sygeplejerskerne beskriver således den oplevede nødvendighed med, at de har fået trukket et system ned over hovedet, som de skal bruge, uanset om de synes det fungerer eller ej. Sygeplejerskernes udsagn understøttes af udsagnet fra EPJ Produkter om, at det er meldt ud at det er noget man skal, og der ikke er nogen der kan sige de ikke vil.

Af undersøgelsen fremgår det, at de fleste af informanterne, ikke kender noget til visionen, og de efterlyser, at de havde kendt til denne:

”Man har ikke kunnet få øje på, jeg har i hvert tilfælde ikke kunnet få øje på en vision om, hvordan ville vi lave et fælles fagligt redskab, som var ensartet i vores region”.

Workshop deltagerne er informeret om vigtigheden af ensartet dokumentation, så data om patienten kan bruges på tværs i regionen, men det er ikke information der er kommet videre til deres kollegaer. Selvom der er udviklet en vision, er denne altså ikke formidlet i organisationen. Set i lyset af Kotters 4 trin om formidlingen af visionen, må det siges ikke at være lykkedes.

EPJ Produkters strategi har været, at for at få EPJ i gang, har de modelleret det klinikerne gerne ville have, og så ment at der kunne tages stilling til enigheden på et senere tidspunkt. Hvordan denne enighed skulle komme udtaler de sig ikke om. Samtidig giver informanterne udtryk for, at det er kommet bag på alle, at der ville blive så store problemer med at få ensrettet dokumentationen i EPJ. Dette kunne tyde på, at der fra starten ikke har været en klar strategi for hvordan forandringen skulle gennemføres, og hvilke elementer der skulle indgå i strategien.

Undersøgelsen viser, at informanterne fra Sundheds-It flere gange giver udtryk for, at de ikke har haft de rigtige kompetencer til at varetage implementeringen.

”Men der har været for travlt, og vi var ikke dygtige nok, vi vidste for lidt. Vi var ikke klædt godt nok på.”

Med indførelsen af EPJ som arbejdsredskab for sygeplejerskerne, har der heller ikke været fokus på de IT-mæssige kundskaber, og de efterlyser at de havde fået undervisning i EPJ. I forhold til Kotters 5 trin må det siges, at der ikke har været opmærksomhed på, at få styrket medarbejdernes kompetencer.

Styrende koalitioner i forhold til ensretning af dokumentationen, kunne være den regionale SFI gruppe og de tværfaglige dokumentationsråd på hospitalerne. Da disse først er nedsat over et år efter implementeringen i Region Midtjylland startede, viser dette, at der ikke har været en styrende koalition fra start, og dermed ikke nogen der kunne føre an i forandringen.

Opsummerende om den forandringsproces der foregår på hospitalerne kan siges, at undersøgelsesresultaterne peger på, at der er flere trin i forandringsprocessen, der ikke er gennemført, hvilket kan vise sig at få betydning for forandringens succes på længere sigt.

9. Diskussion

I dette afsnit diskuteres først anvendeligheden af den anvendte metode og teori i forhold til projektets problemstilling og resultater. Endvidere diskuteres kort betydningen af, at forske i egen organisation. Sidst i afsnittet diskuteres undersøgelsens resultater.

9.1 Diskussion af metode

Interviews

Interviewguiderne i interviewrunde to og tre er udviklet ud fra de foregående interviews, og det er forventeligt, at havde rækkefølgen af interviewene været anderledes, ville interviewguiderne have afspejlet dette. Uanset hvilken rækkefølge der er valgt, har det været vigtig hele tiden at være åben for nye oplysninger og ny viden. Dette har vist sig ved, at der i analysen af interviewene, løbende er ændret i koder og subgrupper, for at få alle relevante oplysninger med. På den anden side har det også betydet, at analysen af det første interview har lagt linjen for, hvad der skulle spørges om i de næste interview, og nogle af de oplysninger der fremkom i de sidste interview, er ikke emner der er berørt eller kommenteret af informanterne i de foregående

interview. Kvalitative interview som dataindsamlingsmetode har betydet, at informanterne hver især har fortalt om deres oplevelse af fænomenet, og på den baggrund har valget af kvalitative interview været en anvendelig metode, til at få nogle enkelte informanternes opfattelse af problemet.

Udvælgelse af informanter

Udvælgelsen af informantgrupper er i første omgang sket ud fra egen empiri om, hvem der kunne belyse problemstillingen. Her faldt valget på, at det første interview skulle være med EPJ Produkter, herefter ansatte i Sundheds-It og til sidst slutbrugere. Den konkrete udvælgelse af informanter er sket ved at bede lederne af henholdsvis af EPJ Produkter og Sundheds-It om at etablere kontakt til informanter. Slutbruger informanterne blev udvalgt af informanterne i Sundheds-It. Denne udvælgelse af informanter kan have betydet, at de informanter jeg fik kontakt til, var udvalgt fordi de enten var positive eller negative overfor problemet, men da to af slutbruger informanterne trådte til på grund af sygdom hos de udvalgte informanter, kan dette aspekt anses som mindre sandsynligt hvad angår slutbruger informanterne.

Informanterne fra EPJ Produkter blev informeret om den måske begrænsede anonymitet, og indvilligede i at deltage alligevel. Betydningen heraf kan være, at de har været tilbageholdende med nogle oplysninger. For informanterne fra Sundheds-It vedkommende, var de lovet anonymitet, hvilket har betydet, at ikke hele deres baggrund er beskrevet i projektet, da de ellers begge ville være genkendelige for læsere der kender til Sundheds-It afsnittene i Region Midtjylland. At både slutbruger informanter og informanterne fra Sundheds-It var lovet anonymitet kan have betydet, at de alle var meget åbne under interviewene. Informanterne fra EPJ Produkter fik tilsendt forskningsspørgsmålene på forhånd, hvilket kan have betydet, at jeg enten kan have fået mere velovervejede svar, eller at jeg har fået mindre impulsive svar.

Antallet af informanter

Om antallet af informanter skriver Kvale (Kvale, Brinkmann 2009), at antallet af informanter afhænger af undersøgelsens formål. Formålet med dette projekt er, at finde nogle tendenser i forhold til hvorfor der ikke dokumenteres ensartet i MidtEPJ. Antallet af informanter er afgjort ud fra ressourcemæssige hensyn, og da den oprindelige projektgruppe til skrivning af masterspecialet, blev opløst i slutningen af januar, har projektudarbejdelsen og interviewene skullet gennemføres og bearbejdes indenfor en relativ begrænset tidsperiode. Informanterne er ikke tilbudt at validere de transskriberede interview, dels af de overfor beskrevne tidsmæssige

begrænsninger, og dels fordi transskriptioner ikke altid fremstår som sammenhængende tale, og da kan informanterne ved gennemlæsning blive chokerede over deres udsagn, og fortryde de lod sig interviewe (Kvale, Brinkmann 2009).

9.2 Diskussion af teori

Teoriene er valgt ud fra, at de skulle være egnede til at tolke undersøgelsens resultaterne og derved kunne svare på problemformuleringen ”*Hvorfor dokumenteres der ikke ensartet i MidtEPJ*”, og samtidig være med til at give svar på forskningsspørgsmålene:

- *Er der faglige begrundelser for at dokumentationspraksis ikke kan ensrettes?*
- *Er der kulturelle begrundelser for at dokumentationspraksis ikke kan ensrettes?*
- *Hvilken betydning har de forskellige led i organisationen i forhold til at medvirke til ensretning af dokumentationspraksis?*
- *Hvilken betydning har udrulnings- og implementeringsprocessen haft med hensyn til at få ensartet dokumentationspraksis?*

Valget af SCOT har betydet, at der gennem informanternes udsagn, er identificeret flere af de relevante sociale grupper, der har en interesse i hvordan dokumentation i EPJ skal udføres. Ved at se på fortolkningsfleksibilitet og de teknologiske rammer, er der skabt en indsigt i, hvorfor det er så vanskeligt at få ensartet dokumentationen. Samtidig har teorien været anvendelig til at synliggøre de problemer de forskellige grupper har med teknologien, og hvilke problemløsningsstrategier de anvender. I dette lys har teorien været medvirkende til, at kunne besvare forskningsspørgsmål 1, 2 og 3.

Kotters teori om forandringsledelse beskriver hvad der skal til, for at en forandring kan blive vellykket. Ud fra informanternes udsagn, er undersøgt hvordan forandringsprocessen er forløbet. Dette kan være en måde at forstå, om forandringsprocessens forløb har haft noget betydning for, at der ikke dokumenteres ensartet i MidtEPJ. På den baggrund synes teorien velvalgt, da det kan være med til at give svar på forskningsspørgsmål 3 og 4.

Beslutningen om valg af teori ud fra undersøgelsens resultater, har været betinget af, at ønsket om at være åben for ny viden. Udelukkelse af ny viden kunne være sket, hvis interview guiderne udelukkende var udformet, til at undersøge problemformuleringen i forhold til enkelte teorier.

Teoriene har således været anvendelige til at belyse dele af undersøgelsesresultaterne, men der er i undersøgelsen fremkommet oplysninger der kunne være belyst ved hjælp af andre teorier. Blandt andet kunne det også have været relevant, at have set nærmere på de værdier der ligger til grund for, sygeplejerskernes holdninger til hvordan dokumentationen skal være.

9.3 At forske i egen organisation

En af de største fordele ved at forske i egen organisation, at det er engagement og et ønske om at forandre, der driver processen (Repstad 2007). I dette tilfælde er ønsket, at jeg med min opnåede viden om hvorfor der ikke dokumenteres ensartet i MidtEPJ, kan medvirke til, at disse problemer mindskes når jeg selv skal implementere MidtEPJ på Regionshospitalet Viborg. Samtidig kan jeg i regional sammenhæng bruge den erhvervede viden, når ensartet dokumentationspraksis bringes på banen.

Omvendt kan det være svært at skrive negative ting, og det er ét af de mest kritiske aspekter ved at forske i egen organisation (Nielsen, Repstad 2006). Heri kan ligge en risiko for, at nogle af de data der er fundet, bagatelliseres eller udelades, fordi jeg selv er en del af organisationen, og derfor er påvirket af etiske overvejelser samt det fremtidige arbejde/samarbejde i organisationen.

Som beskrevet i metodebeskrivelsen, har jeg ikke tidligere haft samarbejde med informanterne, men et væsentligt aspekt at være opmærksom på er, at både informanterne fra EPJ Produkter og jeg selv har været klar over, at der på et tidspunkt ville blive tale om et tæt samarbejde, når Regionshospitalet Viborg skal implementere MidtEPJ. Det kan på den ene side, have betydet, at jeg måske ubevidst i interviewene har undgået at stille konfronterende spørgsmål, af hensyn til det fremtidige samarbejde. På den anden side kan det også have betydet, at informanterne har været mere venligt indstillede, fordi de også var bevidste om det fremtidige samarbejde.

Overvejelserne i forhold til rapporteringen af dette projekt, har på den baggrund været, om der var oplysninger i fremstilling og analyse af informanternes udsagn, der ville kunne påvirke det fremtidige samarbejde med informanterne. Jeg har i rapporteringen fremstillet de oplysninger der har relevans for problemstillingen, og bestræbt mig på ikke at udelade eller bagatellisere oplysninger.

9.4 Diskussion af resultater

Projektet har afdækket, at der er mange relevante sociale grupper der har interesse i dokumentationen i EPJ. At fortolkningsfleksibiliteten er stor i forhold til anvendelsen af EPJ, understøttes af S. Vikkelsø mfl beskrivelse af problemet med de forskellige forventninger og målsætninger for EPJ (Vikkelsø, Billeskov & Winthereik 2006). Det ville give et mere nuanceret billede af hvilke problemer der er med teknologien, hvis de øvrige relevante sociale grupper fik mulighed for at ytre sig, fordi konstruktionen af teknologien netop er en social samhandlen mellem de relevante sociale grupper.

I forhold til forandringsprocessen, er der ikke søgt oplysninger fra ledelsespersoner, hvilket også ville være relevant at undersøge, for at se på, hvad de har gjort for at sikre en vellykket forandringsproces. Men undersøgelsen viser, at forandringsprocessens trin ikke er gennemført.

Et af undersøgelsens resultater er, at anvendelse af terminologi har stor betydning for, hvordan der dokumenteres. Af et interview fremgår, at til workshop hvor der arbejdes med det sundhedsfaglige indhold i journalen, bruges der op til 30% af tiden på terminologiafklaring (Rosenbeck 2009), så regional konsensus om terminologi må formodes at have stor betydning for, om klinikerne kan dokumentere ensartet i regionen.

Sygeplejersker mener ikke det er nødvendigt at vide, hvordan der dokumenteres på andre afdelinger og hospitaler, da de kun passer patienterne på egen afdeling. Ligeledes mener Sundheds-It informanterne ikke det er nødvendigt, at videregive beslutninger om dokumentationspraksis til andre hospitaler. Da EPJ er et fælles regionalt system, vil det ligeledes være relevant, at undersøge disse holdninger yderligere, med fokus på, hvordan det kan blive muligt at ændre dem. Dette også set i lyset af, at forankringen i kulturen er væsentlig, for at forandringen skal lykkes (Kotter 1999).

I projektet er der således fundet forskellige grunde til, at der ikke dokumenteres ensartet i MidtEPJ, og samtidig eksempler på, hvorfor det er vanskeligt at ændre det. Undersøgelsesresultaterne kan skabe opmærksomhed på, hvad det er der har betydning, når der skal dokumenteres i EPJ, og flere af faktorerne der kunne med fordel undersøges mere nuanceret med henblik på løsningsstrategier.

10. Konklusion

På grundlag af undersøgelsesresultaterne besvares i dette afsnit de forskningsspørgsmål der skal være med til at give svar på problemformuleringen, hvorfor der ikke dokumenteres ensartet i MidtEPJ. Sidst i afsnittet besvares problemformuleringen.

Er der faglige begrundelser for at dokumentationspraksis ikke kan ensrettes?

Den eneste faglige begrundelse undersøgelsen har vist er, at da nogle afdelinger laver mere udvidede undersøgelser end andre, kan de have behov for udvidede aktiviteter til dokumentation af dette.

Er der kulturelle begrundelser for at dokumentationspraksis ikke kan ensrettes?

Undersøgelsen viser, at der er adskillige kulturelle faktorer der har betydning for, at dokumentationspraksis ikke ensrettes.

Da arbejdsgange ikke er ens på alle afdelinger, kan aktiviteternes opbygning have betydning for, om anvendelsen understøtter arbejdsgangene, og dermed om klinikerne kan dokumentere i aktiviteterne. Dette betyder, at nogle afdelinger ikke kan anvende det SFI der er modelleret, men må have udviklet deres eget, der understøtter deres arbejdsgange. Herved bliver dokumentationen ikke ensartet, og data ikke kan genfindes på andre afdelinger/hospitaler.

Sygeplejerskerne skriver de fleste af deres oplysninger i ”opdateret status”. Dels fordi det er nemmere end at oprette nye aktiviteter, og dels fordi de ikke ved hvilke aktiviteter de ellers skal dokumentere i. At dokumentere i aktiviteterne understøtter ikke deres arbejdsgange. Da de samtidig ikke anvender de forskellige muligheder for overblikdannelse i EPJ, oplever de heller ikke fordelene ved at kunne fremsøge oplysninger, hvis de er dokumenteret ”korrekt”. Hvis sygeplejerskerne skal ændre dette, er det nødvendigt at de informeres om de muligheder der er, hvis dokumentationen bliver struktureret og ensartet. Samtidig må systemet understøtte, at de kan dokumentere på en, for dem, logisk måde.

Der er flere oplysninger sygeplejerskerne synes er så vigtige, at de skriver dem på papirer i stedet for i EPJ. Dette er et tegn på, at EPJ ikke understøtter, at de kan komme af med deres oplysninger, men samtidig også et udtryk for, at der i afdelingerne udvikles workarounds, i stedet for at se på hvorfor det er problematisk at komme af med disse oplysninger i EPJ.

Når klinikerne skal fremsøge de aktiviteter de skal dokumentere i, kan de ikke finde dem, fordi der ikke er anvendt en terminologi de kender. Fælles terminologi har således betydning for, om

det kan forventes af klinikerne at de dokumenterer ensartet. Der er ligeledes modelleret aktiviteter der indeholder det samme, og aktiviteter med enslydende resultatnavne. Når klinikerne skal vælge den aktivitet de skal bruge, ved de ikke hvilken én de skal vælge.

Udarbejdelsen af hospitalsspecifikke manualer viser, at man endnu ikke har erkendt, at dokumentationen skal være ens i regionen. På denne måde søger man først og fremmest at blive enige på det enkelte hospital, men glemmer at tænke alle regionens hospitaler som én organisation, hvad angår deling af patientdata og dokumentation i MidtEPJ.

Der tænkes ikke ud over egen afdeling, hvilket viser sig ved, dels at der ikke er interesse for hvordan dokumentationen foregår på andre afdelinger, og dels at information om hvordan man har valgt at gøre på det enkelte hospital ikke gives videre til de øvrige hospitaler. I afdelingerne prøver man at blive enige om, hvordan der skal dokumenteres i EPJ, så dokumentationen bliver ensartet i den enkelte afdeling, men det er heller ikke noget der videregives til andre afdelinger. Ved siden af dette laves der også afdelingsspecifikke aftaler for dokumentation, så fokus på den samlede organisation i stedet for den enkelte afdeling, er en forudsætning for ensartet dokumentation.

Klinkerne mener grundlæggende, at det er vigtigt at dokumentere på samme måde i regionen, når der deles patienter mellem hospitalerne. På samme tidspunkt mener de dog ikke, at det er realistisk at dokumentere på den samme måde, ikke engang på den enkelte afdeling, og vil gerne have tilrettet SFI, så det passer til den måde de plejer at gøre det på. Hvis dette skal ændres, kræver det, at der sættes fokus på disse to modsatrettede holdninger og værdierne bag.

Opsummering: Forskellige arbejdsgange, udvikling af workarounds, forskellig terminologi og manglende erkendelse af at være en del af en samlet organisation, er således medvirkende til, at der ikke dokumenteres ensartet i MidtEPJ. Klinikerne giver udtryk for, at det er væsentligt at der dokumenteres ensartet, da der deles patienter, men samtidig mener de ikke dette er realistisk. Slutteligt oplever klinikerne ikke de fordele der kan være ved struktureret og ensartet dokumentation, da de ikke bruger de visninger og søgemuligheder der er, til fremsøgning af data.

Hvilken betydning har de forskellige led i organisationen i forhold til at medvirke til ensretning af dokumentationspraksis?

Aktiviteter der understøtter DDKM og hvor afdelings- eller hospitalsledelse har udmeldt at disse aktiviteter *skal* benyttes, anvendes af alle klinikerne. Også selvom klinikerne ikke synes det er

meningsfuldt at dokumentere på den måde. En ledelsesbeslutning om, hvilket SFI der skal anvendes, har altså betydning for, om klinikerne gør det.

På nogle hospitaler er det lagt ud til de EPJ ansvarlige at konfigurere standardplaner, og da Sundheds-It fortæller, at både de og EPJ produkter har mistet overblikket over hvilket SFI der er udviklet, kan det heller ikke forventes, at de EPJ ansvarlige har dette overblik. Dermed vil det være mere eller mindre tilfældigt, hvilke aktiviteter der anvendes på de enkelte afdelinger. Det er ligeledes op til de EPJ ansvarlige at vedligeholde SFI i de enkelte afdelinger, og da de EPJ ansvarliges ressourcer og tid til arbejdet er forskellige, er det således usikkert hvornår beslutninger effektueres, så det matcher den beslutning om dokumentation der er vedtaget regionalt. Set i det lys, bliver muligheden for ensartet dokumentation vanskelig, fordi der ikke er nogen central styring på hvilket SFI der skal anvendes.

Sygeplejerskerne ved ikke hvem deres EPJ ansvarlige er, hvilket tyder på, at EPJ organisationen ikke er særlig synlig. De ved samtidig ikke ved hvem de skal have oplysninger om ændringer i EPJ af, fordi de endnu ikke har oplevet at få nogen. Dette viser, at informationsstrategien i forhold til anvendelsen af EPJ, ikke er koordineret og tilstrækkelig struktureret på hospitalerne.

Ved uenigheder om SFI sendes dette til det regionale dokumentationsråd, og behandlingen der er meget langsommelig. I ventetiden på en afklaring, bestiller klinikerne nyt SFI de kan dokumentere i så længe. Dette viser, at den langsomme sagsbehandling i den regionale SFI gruppe, medfører udvikling af nyt SFI der skal fungere indtil regional afklaring, og at dette er i direkte modsætning til ønsket om, at SFI gruppen skal koordinere anvendelsen af SFI i regionen.

Hvis dokumentationspraksis skulle have været ensrettet fra starten, ville det have betydet, at de ansatte i Sundheds-It skulle have haft bedre kompetencer. Den oplæring de skulle have haft, er nedprioriteret, fordi det var en politisk beslutning, at MidtEPJ skulle udrulles på hospitalerne på så kort tid.

Løsning af uenigheder kommer nogle gange til at ligge hos den enkelte afdeling, hvilket synes vanskeligt, fordi de ikke ved hvem de skal kontakte med henblik på at drøfte sagen. EPJ Produkter gør det nogle gange, men det er ikke klart hvilke kommandoveje der er. Det betyder, at der bliver stilstand i processen med ensretning, fordi der ikke er noget entydigt organ der kan formidle kontakten.

Afholdelsen af workshop styres af EPJ Produkter sammen med det enkelte hospitals implementeringsansvarlige. Da EPJ produkter ikke har erfaringer fra det ”virkelige liv” med dokumentation i EPJ, er de ikke godt nok rustet til at lede implementeringen. De er med andre ord for langt fra virkeligheden.

De relevante sociale grupper har forskellige mål med dokumentationen i MidtEPJ. For eksempel er regionens afdeling for Kvalitet og Sundhedsdata involveret i udarbejdelse af retningslinjer for dokumentation i EPJ. Dette kan være et problem, da de ikke oplever den kliniske hverdag på hospitalet, og således evt. ikke har den rette baggrund for at skrive retningslinjerne.

Opsummering: De forskellige led i organisationen har betydning for ensretningen af dokumentationen på følgende måder:

- På flere hospitaler er der ingen central koordinering af SFI arbejdet, så det er op til de EPJ ansvarlige på afdelingerne, hvilke aktiviteter der sættes i standardplanerne.
- Det har betydning, hvem der udmelder at noget bestemt SFI skal anvendes, for når det er en ledelsesbeslutning, så anvender klinikerne de aktiviteter de skal.
- Information skal på nogle hospitaler formidles af de EPJ ansvarlige, men klinikerne ved ikke hvem de EPJ ansvarlige er, hvilket tyder på, at EPJ organisationen ikke er særlig tydelig.
- De ansatte i Sundheds-It har ikke fået tilstrækkelig oplæring, og har ikke haft overblik over de forskellige aktiviteter.
- Langsom sagsbehandling i den regionale SFI gruppe betyder, at der udvikles nyt SFI i ventetiden på en regional afklaring.
- Der er ikke klare aftaler for beslutningsprocessen, når der ønskes ændringer i SFI.
- Der er mange interesser i forhold til hvordan der skal dokumenteres i MidtEPJ.

Hvilken betydning har udrulnings- og implementeringsprocessen haft med hensyn til at få ensartet dokumentationspraksis?

Implementeringen af MidtEPJ er af klinikerne oplevet som noget de *skal*, hvilket ifølge Kotter ikke er et gunstigt udgangspunkt for forandring. Der er ikke skabt en følelse af nødvendighed og dermed bliver der intet engagement i forandringsprocessen. Det betyder, at klinikerne ikke involverer sig, og i den sidste ende vil kulturændringer ikke ske.

Angående koordinering af ensartet dokumentation, er der først blevet opmærksomhed på dette sent i processen, hvor nogle klinikere allerede har indarbejdet arbejdsgange eller workarounds, så de kan anvende systemet. Strategien fra EPJ produkters side har været, at udvikle det klinikerne ville have, og så skabe enighed senere. Dette giver anledning til overvejelser om, hvorvidt dette har været en fornuftig strategi, da det betyder, at nogle af klinikerne endnu en gang skal omlægge deres arbejdsgange for at følge den fælles vedtagne dokumentations praksis.

Klinikerne har været til informationsmøder om MidtEPJ, hvor der har været fokus på det tekniske, og ikke på, at dokumentationen skulle være ensartet. Når ledelsen/sundheds-It ikke prioriterer dette, kan det ikke forventes at klinikerne dokumenterer ensartet. Det kræver, at de får en forståelse for, hvorfor det skal være sådan.

Klinikerne har ikke haft indflydelse på, hvordan aktiviteterne er opbygget, og oplever, at de skal tilpasse deres arbejdsgange til den ramme der er. I forhold til, at klinikerne ikke kender visionen for forandringsprocessen, og ikke har oplevet en følelse af nødvendighed, er det ikke sandsynligt at forandringen vil forankre sig i kulturen.

Opsummering: Udrulnings- og implementeringsprocessen har været forceret, hvilket har betydet, at der for sent er blevet opmærksomhed på betydningen af ensartet dokumentation. Der er ikke i den første del af implementeringen arbejdet med, at der skulle være enighed om opbygning og indhold i SFI mellem afdelinger og hospitaler. Klinikerne oplever implementeringen som noget de *skal*, og er ikke informeret om visionen for et fælles MidtEPJ, ligesom der i implementeringen på hospitalerne udelukkende har været fokus på det tekniske i forhold til dokumentation i SFI.

10.1 Samlet konklusion

Hvorfor dokumenteres der ikke ensartet i MidtEPJ?

- Arbejdsgangene er forskellige på afdelingerne, og der kan ikke dokumenteres på samme måde, hvis dokumentationen skal understøtte arbejdsgangene.
- Der anvendes ikke samme terminologi på afdelingerne.
- Klinikerne ser ikke gevinsten ved at dokumentere i særskilte aktiviteter, da de ikke anvender de forskellige visningsmuligheder, men kun orienterer sig ved at læse journalen.

- Der er ikke interesse i, hvordan der dokumenteres andre steder, og det videregives ikke til andre, hvordan der dokumenteres i de enkelte afdelinger.
- Der er på hospitalerne ingen central koordinering af hvilket SFI der skal anvendes.
- Hvis ikke det er en ledelsesbeslutning, at der skal dokumenteres i bestemt SFI, så gør klinikerne det ikke.
- EPJ organisationen er ikke synlig på hospitalerne, og klinikerne får ingen information om hvordan der skal dokumenteres. De ansatte i Sundheds-It har ikke været uddannet godt nok, til at medvirke til ensartet dokumentation.
- Der er ikke klare aftaler for hvordan ændringsønsker skal behandles.
- Det tager for lang tid at få besluttet noget i den regionale SFI gruppe, så der udvikles nyt SFI i ventetiden på en regional afklaring.
- Klinikerne oplever implementeringen som noget de *skal*, og er ikke informeret om visionen for et fælles MidtEPJ. I forhold til slutbrugerne, har der kun været fokus på det tekniske
- Der har ikke fra starten været tiltag, der skulle sikre en ensartet dokumentation.
- EPJ Produkters strategi har været, at efterkomme klinikernes afdelingsspecifikke ønsker, og satse på enighed senere.

11. Perspektivering

Med indførelsen af den fælles regionale MidtEPJ i Region Midtjylland er der et stort potentiale i, at kunne dele oplysninger om patienterne, når de behandles på tværs af hospitalsgrænser. Som undersøgelsen viser, har både terminologi og arbejdsgange betydning for, om der kan dokumenteres, så oplysningerne kan genfindes, genbruges og genkendes. Nikula beskriver (Nikula, Elberg & Svedberg 2000) at for at muliggøre dette, kræver det at klinikerne anvender struktureret dokumentation og fælles terminologi. Samtidig er udfordringen i sygehusvæsenet, at ikke alle patientforløb og arbejdsgange kan standardiseres (Berg 2004, Berg 1999, Nøhr 2010). Det er derfor væsentligt at være realistisk omkring hvilke arbejdsgange der med fordel kan standardiseres, og hvilke situationer og patientforløb det ikke lader sig gøre at standardisere. Samtidig betyder det, at der må kigges på klinikernes arbejdsgange, så de ikke bliver ved med at afspejle tiden før EPJ.

Hvis der skal være en ensartet dokumentationspraksis i regionen, er det nødvendigt at se på hvorfor klinikerne dokumenterer i EPJ som de gør. Her viser undersøgelsen, at klinikerne laver

workarounds, så system og arbejdsgange kan fungere sammen. Hvis der skal ske ændringer, er det nødvendigt at anvende double-loop læring, og analysere de tilgrundliggende årsager til at der laves workarounds, med henblik på at få rette op på fejlene (Argyris, Schön 1996). Spørgsmålet er, om ændringerne kan forankres i kulturen, når de ”succesfulde” ændringer i dokumentationspraksis alene er begrundet i ledelsesbeslutninger, og således ikke en ændring i de grundlæggende værdier.

Hvis dokumentationen på Region Midtjyllands hospitaler skal ensartes, er det vigtigt at der er en stærk og tydelig organisation der står i spidsen for dette. Som situationen er nu, har de enkelte hospitaler fået mulighed for at få udviklet det SFI der var understøttende til netop deres arbejdsgange, hvilket har medført en stor grad af afdelingsspecifik dokumentationspraksis. Strategien for ensretningen af dokumentationspraksis har været, at enigheden mellem hospitalerne måtte komme senere. Dette giver anledning til overvejelser om, hvorvidt dette har været en fornuftig strategi, da det betyder, at nogle af klinikerne endnu en gang skal omlægge deres arbejdsgange for at følge den fælles vedtagne dokumentations praksis. Omvendt kan det også have været umuligt, at skabe konsensus, indtil MidtEPJ var implementeret på flere hospitaler. Fremadrettet må det være vigtigt, at få mere fokus på den ensartede dokumentation i Region Midtjylland. Her må fokus rettes på, dels hvordan beslutningerne om ensartet dokumentation besluttet, men også på hvordan de formidles i organisationen, samt om de personer der er ansvarlige for implementeringen, har de rette kompetencer, beføjelser og anseelse i organisationen (Kotter 1999, Mikkelsen, Riis 2005). Undersøgelsen viste, at når ledelsen havde udmeldt en beslutning om dokumentation i bestemt SFI, blev det efterkommet af klinikerne. Dette giver også anledning til overvejelser omkring hvilken funktion og kompetencer de lokale Sundheds-It afsnit er i besiddelse af.

Med indførelsen af nye teknologier, skal flere aspekter tænkes ind, og Müller beskriver fire elementer i teknologibegrebet, der har betydning for indførelsen af ny teknologi (Müller 2001, Rostgård, Remmen & Christensen 1990). I forhold til at klinikerne oplever, at der kun har været fokus på det tekniske i forbindelse med implementeringen, kunne det anbefales, at der ud over det tekniske element inddrages aspekter af hvordan indførelsen af ny teknologi påvirker organisationen, hvordan det påvirker vidensniveauet, samt hvilken betydning selve produktet har for at dokumentationen kan ensrettes. De endelige forandringer ved indførelse af MidtEPJ er ikke set endnu, og der må i fremtiden være opmærksomhed på hele tiden at følge op på de elementer der påvirkes af behovet for ensartet dokumentationspraksis.

For at få en vellykket implementering af IT, beskriver Nikula (Nikula 1999), at medarbejderne må have både teknologisk og organisatorisk indsigt. I projektet ses tegn på, at hverken klinikere eller ansatte i Sundheds-It har den organisatoriske indsigt, og således mest har fokus på egen afdeling/eget hospital. Dette kræver, på samme måde som beskrevet ovenfor, at organisationen ser på hvad der kan ændre dette, og ikke kun har fokus på hvordan den enkelte medarbejder kan ændre det.

Abstract

Background

In the context of Health IT the regions in Denmark have decided that each region operates with one regional EPR system only. Due to this decision Region Midtjylland is in the process of implementing a common regional EPJ (MidtEPJ) that soon will be in use in all the hospitals in Region Midtjylland. It is a difficult task to make the users of EPJ to document in such a manner that information about the patient can be reused, retrieved and recognized if the patient is hospitalized in a different ward or hospital. The starting point of this study was then to explore which factors that are of significance if the practice of documentation is to be unified in Region Midtjylland.

Method

Qualitative interviews were used as a method of exploration. The interviewed are important parts that have different interests in the problem and highlight particular factors that are of significance in regard to unify the practice of documentation in the region. The results of the interviews are analysed by systematic text condensation and subsequently analysed within the theoretical frames of management of change (Kotter) and Social Construction of Technology (Bijker).

Results

The study identified several factors that are of significance to the establishment of a common practice of documentation in the hospitals in Region Midtjylland. The most important factors are: lack of consent regarding terminology, different working procedures, workarounds to work in the system, delayed handling of cases in the regional groups for unification of documentation practice, and important parts that have different interests in documentation. Furthermore, no interest of how documentation was practiced elsewhere was shown and the applied practice of documentation was not passed on to others either. The EPJ organisations in the hospitals are not visible and management involvement is needed before the practice of documentation can be changed.

Conclusion

The study indicates several problems in regard to unifying documentation. Among other things it is relevant to explore if the EPR organisations in each hospital are geared to ensure ensure consistent documentation and if the applied strategies for problem solution are appropriate. The study also emphasized that focus primarily rests on singular wards of personal interest. All though MidtEPJ is to be a common regional EPJ system there is no interest in how others in the organisation documents. It is however questionable to which extend terminology and working procedures can be unified and standardized in all the hospitals in Region Midtjylland.

Referencer

- Argyris, C. & Schön, D.A. 1996, *Organizational learning II: theory, method and practice*, Repr. with corrections edn, Addison-Wesley, Reading, Mass.
- Berg, M. 1999, "Patient care information systems and health care work: a sociotechnical approach ", *International journal of medical informatics*, vol. 55, no. 2, pp. 87-101.
- Berg, M. 2004, *Health information management: integrating information technology in health care work*, Reprint edn, Routledge, New York.
- Bernstein, K., Bruun-Rasmussen, M. & Pedersen, S.S. 2008, *Vurdering af om arketyper kan anvendes som grundlag for at specificere SFI*, Mediq.
- Bijker, W.E. 1995, *Of bicycles, bakelites, and bulbs: toward a theory of sociotechnical change*, MIT Press, Cambridge.
- Bruun Jensen, C., Lauritsen, P. & Olesen, F. 2007, *Introduktion til STS: science, technology, society*, 1. udgave edn, Hans Reitzel, Kbh.
- Dansk Sygeplejeråd 2008, *IT i sygeplejen - Dansk Sygeplejeråds anbefalinger*.
- Dansk sygeplejeselskabs dokumentationsråd og Dansk Sygeplejeråd , *Høring: Dokumentation af sygepleje - Konsensusrapport* . Available: <http://www2.dsr.dk/msite/text.asp?id=177&NewsID=16124> [2012, 5/28/2012].
- Deloitte Business Consulting 2007, *Valg af fremtidig epj løsning Kortlægning og vurdering af epj spor*, Deloitte Business Consulting A/S.
- Det Regionale Dokumentationsråd , *Strategi for dokumentation af sygeplejen på hospitalerne i Region Midtjylland 2009-2011*. Available: <http://www.auh.dk/files/Hospital/Aarhus/Administrationen/Afdeling%20for%20Kvalitetsudvikling%20og%20patientsikkerhed/Dokumentation/Strategi%20dokumentation%202009-2011.pdf> [2012, 5/28/2012].
- Egerod, I.E. 2007, *Dokumentation og kvalitetsudvikling*, 2. udgave edn, Nyt Nordisk Forlag, Kbh.
- EPJ Hjørnet a , *Regionale SFI'er* . Available: <http://www.rm.dk/sundhed/faginfo/epj-hjørnet/regionale+sfi'er> [2012, 5/28/2012].
- EPJ Hjørnet b , *Den Regional SFI gruppes kommissorium*. Available: <http://www.rm.dk/sundhed/faginfo/epj-hjørnet/organisation/den+regionale+sfi-gruppe/2011/møde+09-c8-06-c8-2011> [2012, 5/28/2012].
- EPJ-Produkter 2011, , *Vejledning til opsætning af standardplaner* [2011, .
- Fabricius, B. 2008, *Analyse af arketypers anvendelighed i forbindelse med sundhedsfagligt indhold i EPJ*, Ålborg Universitet.

- Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet 2009, *Den danske kvalitetsmodel: akkrediteringsstandarder for sygehuse: 1. version*, [Ny udgave] edn, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, [Århus].
- Kjærgaard, J. 2001, *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet: en lærebog*, 1. udgave edn, Munksgaard Danmark, Kbh.
- Kotter, J.P. 1999, *I spidsen for forandringer*, 1. udgave edn, Peter Asschenfeldts Nye Forlag, Kbh.
- KP ERFA gruppe Region Midtjylland 2012, *Kommisorium KP ERFA gruppen*.
- Kristensen, R. & Kristensen, M.S. 2010, *Sundhedsfagligt indhold og kliniske retningslinjer: Faciliteret anvendelse af kliniske retningslinjer i klinisk praksis*, Institut for Sundhedsvidenskab og teknologi, Ålborg Universitet.
- Kruuse, E. 2001, *Kvantitative forskningsmetoder i psykologi og tilgrænsende fag*, 4. udgave edn, Dansk psykologisk Forlag, Kbh.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. 2009, *Interview: introduktion til et håndværk*, 2. udgave edn, Hans Reitzel, Kbh.
- Lunde, I.M. & Ramhøj, P. 1996, *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab: kvalitative metoder*, 1. udgave edn, Akademisk Forlag, Kbh.
- Malterud, K. 2003, *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*, 2. udgave edn, Universitetsforlaget, Oslo.
- Mikkelsen, H. & Riis, J.O. 2005, *Grundbog i projektledelse*, 8. udgave edn, Prodevo, Rungsted.
- Møller, M. 2011, *Digitalisering og kvalitetsudvikling – fra EPJ til kvalitetsdatabaser - Projektbiblioteket*.
- Müller, J. 2001, , *Teknologi* . Available: <http://www.leksikon.org/art.php?n=2533> [2011, 5/28/2011].
- Nicolajsen, L., Bojsen, J. & Boisen, K. 2004, *Tværfaglig dokumentation i EPJ - hvordan bliver det muligt?*.
- Nielsen, J. & Repstad, P. 2006, , *Om å analysere sin egen organisasjon* [2011, 5/28/2011].
- Nikula, R.E. 1999, "Organizational and technological insight as important factors for successful implementation of IT", *Proceedings / AMIA ...Annual Symposium.AMIA Symposium*, , pp. 585-588.
- Nikula, R.E., Elberg, P.B. & Svedberg, H.B. 2000, "Informed decisions by clinicians are fundamental for EPR implementation ", *International journal of medical informatics*, vol. 58-59, pp. 141-146.

- Nøhr, C. 2010, , *Ugeskrift for Læger - Sociotekniske studier kan skaffe indsigt i komplekse arbejdsgange* . Available: http://www.ugeskriftet.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/UGESKRIFT_FOR_LAEGER/TIDLIGERE_NUMRE/2010/UFL_2010_10/UFL_2010_172_10_787 [2011, 5/28/2012].
- Region Midtjylland a , *Regional retningslinje, 1.3.2 Patientjournal* . Available: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_KvalKoor.NSF/UI2/B3EDF6513F92E005C125772700487EDF?OpenDocument [2012, 5/28/2012].
- Region Midtjylland b , *Strategi for Sundheds it i Region Midtjylland 2010-2012*. Available: http://www.rm.dk/files/Sundhed/Kvalitet%20og%20Sundhedsdata/Sundhedsinformatik/Dokumenter%20til%20nyheder/RM%20Strategi%20for%20sundheds%20it%20_sept2010.pdf.
- Region Midtjylland Sundheds-It styregruppe 22/3 2012, *Dagsorden incl bilag*.
- Regionernes Sundheds-IT-Organisation (RSI) & Danske Regioner 2010, *Pejlemærker for sundheds-IT*, Danske Regioner, Kbh.
- Regionsrådet , - *Region Midtjylland Dagsorden 16/6 2010*. Available: http://www.regionmidtjylland.dk/politik/regionsrådets+møder/visdagsorden?file=16-06-2010/Aaben_dagsorden/dagsorden.xml&Dag=1#Punkt7769 [2012, 5/29/2012].
- Repstad, P. 2007, *Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag*, 4. reviderte utgave edn, Universitetsforlaget, Oslo.
- Riis, O. 2005, *Samfundsvidenskab i praksis: introduktion til anvendt metode*, 1. udgave edn, Hans Reitzel, Kbh.
- Rosenbeck, K.H. 2009, *Deling, genbrug og standardisering af Sundheds Fagligt Indhold*.
- Rostgård, M., Remmen, A. & Christensen, J. 1990, *Samfundet i teknologien*, Aalborg Universitetsforlag, Aalborg.
- Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark 2008, *National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2008-2012: til fremme af befolkningens sundhed samt forebyggelse og behandling*, Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark, [S.l.].
- Strategisk Sundhedsledelses Forum 15/12 2012, *Dagsorden incl bilag*.
- Sylvest Olsen, P. 1998, *Kliniske databaser: opbygning, integration og drift*, Fortryk edn, Sundhedsstyrelsen, [S.l.].
- Systematic , *Genfinding af data når der er forskellige aftaler for væsentlig dokumentation* . Available: <http://www.rm.dk/sundhed/faginfo/epj-hjørnet/organisation/den+regionale+sfi-gruppe/2011/møde+21-c8-12-c8-2011> [2012, 5/28/2012].
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. 2010, *Kvalitative metoder: en grundbog*, 1. udgave edn, Hans Reitzel, Kbh.

Vikkelsø, S. 2006, "Dilemmaer i standardiseringen af elektroniske patientjournaler", .

Vikkelsø, S. 2005, "Subtle redistribution of work, Attention and Risks: electronic patient records and organisational consequences", *Scandinavian Journal of Information Systems*, .

Vikkelsø, S., Billeskov, K. & Winthereik, B.R. 2006, "Hvad er problemet med EPJ? ", *Computerworld*, vol. 26, no. 17, pp. 20-20.

Bilagsfortegnelse

Bilag 1	Eksempel på ens indhold i forskellig SFI	91
Bilag 2	Eksempel på forskellige SSS score	92
Bilag 3	Eksempler fra manualer i anvendelsen af EPJ	93
Bilag 4	Interviewguide EPJ produkter	94
Bilag 5	Interviewguide Sundheds-It.....	95
Bilag 6	Interviewguide Slutbrugere	97
Bilag 7	Mail til lederen af EPJ Produkter	99
Bilag 8	Mail til ledere i Sundheds-It	100
Bilag 9	Mail til informanter fra Sundheds-It	101
Bilag 10	Mail til EPJ Produkter forud for interview	102
Bilag 11	Udvikling af koder og subgrupper	103
Bilag 12	Opdateret status	105

Bilag 1 Eksempel på ens indhold i forskellig SFI

Hidtidigt dagligt funktionsniveau, neurologisk afdeling

Oplysningerne givet af:
☒ Patient ☐ Pårørende

Supplerende:

Dagligt funktionsniveau indenfor de sidste 3 måneder

☐ Patienten kan selv tage tøj på	antal min.:
☐ Patienten kan selv foretage indkøb	☐ Patienten kan selv lave mad
☐ Patienten kan selv klare personlig hygiejne	☐ Patienten kan selv støvsuge/vaske gulv

☐ Patienten kan gå ture udendørs	antal m.:
☐ Patienten kan gå på trapper	antal trin:
☐ Patienten kan lave havearbejde	f.eks.:

Motion og aktiviteter:

Patienten har brug for daglige hvileperioder:

Patienten bruger hjælpemidler:

Andet:

Udført:

Udført af Sygeplejerske RRA Kursist Bruger12, AKUTKL Akutkliniken - Grenaa

☐ Kladder

Hidtidigt dagligt funktionsniveau, intensiv

Oplysningerne givet af:
☒ Patient ☐ Pårørende

Supplerende:

Dagligt funktionsniveau indenfor de sidste 3 måneder

☐ Patienten kan selv tage tøj på	antal min.:
☐ Patienten kan selv foretage indkøb	☐ Patienten kan selv lave mad
☐ Patienten kan selv klare personlig hygiejne	☐ Patienten kan selv støvsuge/vaske gulv

☐ Patienten kan gå ture udendørs	antal m.:
☐ Patienten kan gå på trapper	antal trin:
☐ Patienten kan lave havearbejde	f.eks.:

Motion og aktiviteter:

Patienten har brug for daglige hvileperioder:

Patienten bruger hjælpemidler:

Andet:

Udført:

Udført af Sygeplejerske RRA Kursist Bruger12, AKUTKL Akutkliniken - Grenaa

☐ Kladder

Bilag 2 Eksempel på forskellige SSS score

Scandinavian Stroke Scale	
Bevidsthedsniveau:	Øjenbevægelser:
☒ 6 - Vågen, fuldt bevidst	☐ 4 - Ingen blik
☐ 4 - Somnolent, kan vækkes	☐ 2 - Blikparese
☐ 2 - Reaktion på tiltale, ikke heft vågen	☐ 0 - Konjugeret
☐ 0 - Comatos	
Arm:	Hånd:
☐ 6 - Løfter arm med normal kraft	☐ 6 - Normal kraft
☐ 5 - Løfter arm med nedsat kraft	☐ 4 - Reducere
☐ 4 - Løfter arm med bøjet albue	☐ 2 - Kan bevæ
☐ 2 - Bevæger arm, ej mod tyngden	☐ 0 - Ingen bev
☐ 0 - Ingen bevægelse	

Scandinavian Stroke Scale, AUH neurologi	
Bevidsthed:	☒ Vågen ved fuld bevidsthed (6)
	☐ Somnolent, kan vækkes til vågen tilstand (4)
	☐ Reagerer på verbal opfordring (2)
	☐ Dybt bevidstløs (0)
Øjenmotorik:	☐ Ingen blikparese (4)
	☐ Blikparese til stede (2)
	☐ Konjugeret blikdeviation (0)
Arm:	☐ Løfter arm med normal kraft (6)
	☐ Løfter arm med nedsat kraft (5)
	☐ Løfter arm med fleksion af albuen (4)
	☐ Bevæger arm men ikke mod tyngden (2)
	☐ Paralyse (0)
Hånd:	☐ Normal kraft (6)
	☐ Nedsat kraft, men normal bevægelighed (4)
	☐ Nogen bevægelse, kan ikke knytte hånden (2)
	☐ Paralyse (0)
Ben:	☐ Løfter ben med normal kraft (6)
	☐ Løfter strakt ben med nedsat kraft (5)
	☐ Løfter ben med fleksion af knæet (4)
	☐ Bevæger benet men ikke mod tyngden (2)

Bilag 3 Eksempler fra manualer i anvendelsen af EPJ

1.1.10 Bestilling af undersøgelser

Indtastning	Alle undersøgelser/rekvisitioner, som ikke automatisk bliver vist, at de er bestilt, skal tages ind i "Undersøgelser", fordi: <table><tr><td></td></tr><tr><td> • Personalet kan danne sig et overblik over det, der er bestilt, og status for undersøgelsen </td></tr><tr><td> • Der skal i de enkelte afdelinger laves arbejdsgange for, hvem der indtaster og opdaterer status for undersøgelsen </td></tr></table>		• Personalet kan danne sig et overblik over det, der er bestilt, og status for undersøgelsen	• Der skal i de enkelte afdelinger laves arbejdsgange for, hvem der indtaster og opdaterer status for undersøgelsen
• Personalet kan danne sig et overblik over det, der er bestilt, og status for undersøgelsen				
• Der skal i de enkelte afdelinger laves arbejdsgange for, hvem der indtaster og opdaterer status for undersøgelsen				

1.1.5 Bestilling af undersøgelser og prøver

Om bestilling af undersøgelser/ Prøver	De to SFI'er "Undersøgelser" og "Prøver" anvendes til dokumentation af bestilte undersøgelser og prøver, når der ikke er FULD elektronisk integration fra MidtEPJ, fx radiologiske afdelinger
Arbejdsgang Indtastning	Ved indtastning af alle undersøgelser og prøver kan personalet danne sig et overblik over det, der er bestilt og status for undersøgelsen I afdelingen laves en arbejdsgang for, hvem der indtaster og opdaterer status for undersøgelsen

Bilag 4 Interviewguide EPJ produkter

Indledende spørgsmål

- Hvor længe har I været ansat i EPJ Produkter?
- Hvad er jeres faglige baggrund?
- Hvor mange workshop har I deltaget i?

Tema	Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål/ interviewerens fokus
Faglighed	Faglige begrundelser for at dokumentationspraksis ikke kan ensrettes	Hvad har I oplevet af faglige begrundelser for at dokumentationspraksis må afvige fra ét sted til et andet? • Retningslinjer • DDKM/KDB • Best evidens
Kultur	Kulturelle forskelle der gør, at dokumentationspraksis er svær at ensrette	Oplever I kulturelle forskelle der gør at dokumentationspraksis ønskes ændret af klinikerne? • Geografiske forskelle • Faggrupper • Vaner • Modstand/ejerskab
Ledelse Organisation	Hvilken indflydelse/betydning har de forskellige led i organisationen i forhold til at medvirke til ensretning af dokumentationspraksis	På hvilken måde medvirker de forskellige niveauer i organisationen til at sikre ensartet dokumentationspraksis? - Information - Viden om dok betydning - Ledelsesforankring - Ledelsesopbakning - Kompetencer - Ansvar Hvordan præsenteres nødvendigheden af ensartet dokumentationspraksis?
Implementeringen	Udrulning- og implementeringsprocessens betydning for at sikre ensartethed i dokumentationspraksis	Har I oplevet noget i implementeringsprocessen der kan eller har påvirket at dokumentationspraksis bliver ens/ikke bliver ens i regionen? • Tidsfaktor • Planlægning/tilrettelæggelse af udrulningen • Gennemførelse af workshop

Bilag 5 Interviewguide Sundheds-It

Indledende spørgsmål

- Hvor længe har du været ansat i Sundheds-It?
- Hvad er din faglige baggrund?

Kode, subgrupper og Forsknings spørgsmål	Interviewspørgsmål
Regional enighed og hospitalerne • Hospitalets organisering • Forståelse for fælles EPJ Hvilken betydning har det hvad ledelse og Sundheds-It melder ud omkring ensartet dokumentation, og hvordan er klinikernes forståelse af behovet for ensartet dokumentation i regionen?	Hvad har ledelsen meldt ud omkring betydningen af ensartet dokumentationspraksis?
	Hvilken information har Sundheds-IT fået omkring betydningen af ensartet dokumentationspraksis?
	Hvilken information har klinikerne på workshop fået omkring betydningen af ensartet dokumentationspraksis?
	Hvilken information har slutbrugerne fået om betydningen af ensartet dokumentationspraksis?
	Hvordan har holdningerne/reaktionerne til dette været hos workshop deltagere og slutbrugere?
	Hvor meget vægt lægges der på dette i forbindelse med implementeringen af EPJ?
Genkendelighed og understøttelse af arbejdsgange • Termer og begreber • Indhold/opbygning af SFI og arbejdsgange Har det betydning for ensretning af dokumentations praksis, at klinikerne kan genkende det SFI der er lavet i forhold til det de er vant til at arbejde med, og at de oplever det kan understøtte deres arbejdsgange?	Når der ønskes ændringer til SFI, hvad skyldes dette så, og hvilke ændringer er der tale om? - Mere specialisering? - Ligne det eksisterende (skema/EPJ) - Andre ord end det man er vant til? - Bedre understøttelse af arbejdsgange – kronologi? Fritekst/afkrydsning?
	Hvilken betydning har det for klinikerne, at den enkelte afdeling har mulighed for at sætte sit eget præg på hvordan der skal dokumenteres?
	Er det nemmere at få klinikerne til at bruge bestemt SFI, hvis det er genkendeligt i forhold til det de er vant til? - Skema? - Navne/begreber/overskrifter? - Navngivet SFI (fx AUH/HEV)?
	Har du oplevet modstande mod at skulle anvende det SFI der er lavet?

	Hvordan koordineres med de øvrige hospitaler hvis der ønskes ny/ændret SFI, og hvordan forløber den proces? - Tidsmæssigt? - Information om at det er den SFI der skal bruges? - Holdningsmæssigt?
	Er der forskel på hvor meget de forskellige faggrupper ønsker ændret?
Kvalitetssikring • Udvikling af SFI ifht kliniske retningslinjer/instrukser og DDKM Hvilken betydning har det for ensartet dokumentation at SFI er udarbejdet i forhold til retningslinjer og lovkrav?	Betyder det noget for brugen/accepten af SFI hvis det er lavet så det understøtter kliniske retningslinjer, instrukser eller DDKM? - For hvem betyder det noget (læger/spl)
Grupper og netværk • Grupper • Holdninger og erfaringer hos klinikerne Hvilken betydning har netværk og etablering af regionale grupper for at dokumentationen bliver ens i regionen?	Hvilken betydning har det for ensartet dokumentation, at der er lavet regionale grupper med fx terapeuter, anæstetologer, jordemødre?
	Hvilken betydning har afholdelse af workshop i forhold til ensretning af dokumentation?
EPJ Produkters rolle • Opstart • Enslydende SFI Hvilken betydning har den valgte implementeringsstrategi haft for ensretning af dokumentationen, og hvordan findes der ud af hvilke SFI der skal anvendes?	Tror du det har haft nogen betydning, at udviklingen af SFI er startet i Randers med hensyn til behovet for ændringsønsker?
	Når du skal sammensætte en plan, ved du så altid hvilken SFI du skal anvende i planen?
	Hvordan oplever du EPJ Produkters rolle i forhold til at vi skal have ensartet dokumentation?
Afsluttende spørgsmål	Hvad ser du som de største barrierer i forhold til at ensrette dokumentationspraksis i regionen?

Bilag 6 Interviewguide Slutbrugere

Indledende spørgsmål

- Hvor længe har du været sygeplejerske?
- Hvor længe har du været ansat i afdelingen?
- Hvor længe har du anvendt Klinisk Proces i EPJ?

Kode, subgrupper og Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
Forventninger, roller og ansvar i organisationen • Forventninger til ledelse • Implementeringsansvar og roller • Forståelse for fælles EPJ Hvilken betydning har det hvad ledelse og Sundheds-It melder ud omkring ensartet dokumentation, og hvordan er klinikernes forståelse af behovet for ensartet dokumentation i regionen?	Har du fået nogen information om at der skal dokumenteres ens i regionen?
	Hvis ja: Hvilken information har du fået?
	Hvem har du fået denne information af?
	Mener du det er vigtigt at dokumentere ensartet i regionen?
	Vil du uddybe det?
	Hvor meget ved du om, hvilke SFI'er der er regionale?
	Hvordan har du fået det at vide?
	Betyder det noget når du skal bruge dem?
Genkendelighed, understøttelse af arbejdsgange og kvalitetssikring • Termer og begreber • Indhold/opbygning af SFI og arbejdsgange • Kvalitetssikring Har det betydning for ensretning af dokumentations praksis, at klinikerne kan genkende det SFI der er lavet i forhold til det de er vant til at arbejde med, og at de oplever det kan understøtte deres arbejdsgange?	Har du kunnet anvende det SFI der er lavet?
	Vil du uddybe det?
	Har du oplevelsen af, at SFI understøtter dine arbejdsgange?
	Vil du uddybe det?
	Hvad betyder det for dig?
	Har du haft brug for, at finde oplysninger der var dokumenteret på en anden afdeling/hospital?
	Hvilke oplysninger var det?
	Hvordan fandt du dem? Var det let/svært?
Grupper og netværk • Fagligt netværk i regionen Hvilken betydning har netværk og etablering af regionale grupper for at dokumentationen bliver ens i regionen?	Hvor meget ved du om, hvilke SFI der er lavet til at understøtte retningslinjer og DDKM?
	Betyder det noget når du skal anvende dem?
	Oplever du, at du har haft indflydelse på hvordan SFI'erne er udformet?
	Hvad betyder det for dig?
	Er du vidende om, at der er faglige netværk i regionen, hvor specialer/faggrupper bliver enige om fælles SFI?
	Hvis nej: Hvilken betydning tror du det har?
	Hvis ja: Hvilken betydning tror du det har?
	Kender du proceduren for hvordan man søger at blive enige i regionen?

Implementeringsstrategi og EPJ Produkters rolle • Opstart • Forventninger til EPJ Produkter Hvilken betydning har den valgte implementeringsstrategi haft for ensretning af dokumentationen, og hvordan findes der ud af hvilke SFI der skal anvendes?	Hvem har fortalt dig, hvilke SFI du skal dokumentere i?
	Hvordan og af hvem får du at vide, hvis der kommer ændringer i SFI?
	Har processen med at tage EPJ i brug fungeret godt? Vil du uddybe det?
	Hvordan og af hvem får du at vide, hvis der kommer ændringer i SFI?
	Hvis ansvar mener du det er, at sikre ensartet dokumentation i regionen?
Afsluttende spørgsmål	Hvad ser du som de største barrierer i forhold til at ensrette dokumentationspraksis i regionen?

Bilag 7 Mail til lederen af EPJ Produkter

Kære

Jeg er i øjeblikket i gang med mit Masterspeciale til Master i Sundhedsinformatik på Ålborg Universitet, og henvender mig til dig, da jeg gerne vil lave et interview med nogle af de ansatte du har ansat i EPJ produkter.

Mit masterspeciale har indtil videre arbejdstitlen "Organisatoriske udfordringer ved implementering af en fælles regional EPJ", og mit problemområde er afgrænset til at omhandle *hvilke faktorer der har betydning, når dokumentationspraksis i EPJ skal ensrettes i en hel region*. Emnet synes relevant, idet der med ibrugtagningen af MidtEPJ har vist sig udfordringer med at genfinde og genbruge data, hvis der ikke er regionale aftaler om, hvor man dokumenterer hvad. Jeg vil gerne undersøge dette nærmere, og har valgt at sætte fokus på udvalgte temaer (faglighed, kultur, implementeringsprocessen, organisation og ledelse) for på den måde at komme nærmere hvad der egentlig spiller ind. Heri ligger implicit, at denne viden kan bruges fremadrettet, hvilket jeg tror både hospitaler og region har interesse i.

I den anledning vil jeg gerne, om du kunne formidle kontakt til 2-3 af dine ansatte der har deltaget i **flere SFI** workshops på hospitalerne, og som kunne have lyst og mulighed for at deltage i et gruppeinterview af max 1 times varighed. Oplysningerne fra interviewet skal dels indgå i projektet, og dels inspirere til og kvalificere den interviewguide jeg senere skal anvende til interview med slutbrugerne til belysning af samme emne.

Jeg ved I har travlt i EPJ produkter i øjeblikket, men hvis interviewet kunne lade sig gøre, vil jeg gerne, at vi kunne lave en aftale så snart som mulig af hensyn til fremdriften i masterspecialet. Jeg kommer naturligvis til informanterne, og vil gerne sende lidt uddybende information til dem inden evt. interview.

Jeg ser frem til at høre fra dig, og håber som sagt, at du kan undvære 2-3 personer 1 time i en i forvejen travl hverdag.

Med venlig hilsen

Bitten Kjærsgård

Bilag 8 Mail til ledere i Sundheds-It

Kære

Jeg er i øjeblikket i gang med mit Masterspeciale til Master i Sundhedsinformatik på Ålborg Universitet, og henvender mig til dig, da jeg gerne vil lave et interview med én af dine ansatte i Sundheds-It.

Mit masterspeciale har indtil videre arbejdstitlen ”Organisatoriske udfordringer ved implementering af en fælles regional EPJ”, og mit problemområde er afgrænset til at omhandle *hvilke faktorer der har betydning, når dokumentationen skal ensrettes i en hel region*. Emnet synes relevant, idet der med ibrugtagningen af MidtEPJ har vist sig udfordringer med at genfinde og genbruge data, og at der nogle gange er behov for regionale aftaler om, hvor man dokumenterer hvad.

I den anledning vil jeg gerne, om du kunne formidle kontakt til én af dine ansatte i Sundheds-It, der har deltaget i **flere** SFI workshops på hospitalet, og som kunne have lyst og mulighed til at deltage i et interview af ca. 20-25 minutters varighed.

Hvis interviewet er en mulighed kommer jeg naturligvis til jer, og håber der kan findes et lokale vi kan være i.

Jeg ser frem til at høre fra dig, og kan selv aftale nærmere tid og sted med den der kunne være interesseret i at deltage i interviewet.

Med venlig hilsen

Bitten Kjærsgård

Bilag 9 Mail til informanter fra Sundheds-It

Kære

Først tak for sidst. Det var dejligt du ville afsætte tid til interview med mig.

Vi aftalte, at jeg måtte kontakte dig, for at få kontakt til nogle slutbrugere og lave interview med dem. Jeg er nu kommet så langt, så jeg ved hvilke informanter jeg eftersøger og hvor mange.

Der er tale om to slutbrugere der skal opfylde følgende kriterier:

- Har været ansat på hospitalet i implementeringsprocessen.
- Dokumenterer i EPJ i det daglige arbejde.
- Er ikke EPJ- eller dokumentationsansvarlig på hospitalet.
- Har ikke deltaget i workshop arbejdet.
- Er sygeplejerske.
- Arbejder i en sengeafdeling.

Jeg vil gerne udføre interviewene onsdag d.28 marts. Tidspunkt på dagen bestemmer slutbrugerne, men gerne så de kommer til at ligge i sammenhæng. Interview varighed bliver ca 20 minutter. Gerne fra to forskellige afdelinger.

Med venlig hilsen

Bitten Kjærsgård

Bilag 10 Mail til EPJ Produkter forud for interview

Kære

Hermed lidt yderligere information inden vi mødes i morgen.

Mit masterspeciale har indtil videre arbejdstitlen "Organisatoriske udfordringer ved implementering af en fælles regional EPJ", og mit problemområde er afgrænset til at omhandle *hvilke faktorer der har betydning, når dokumentationspraksis i EPJ skal ensrettes i en hel region*. Emnet synes relevant, idet der med ibrugtagningen af MidtEPJ har vist sig udfordringer med at genfinde og genbruge data, hvis der ikke er regionale aftaler om, hvor man dokumenterer hvad. Jeg vil gerne undersøge dette nærmere, og har valgt at sætte fokus på udvalgte temaer (faglighed, kultur, implementeringsprocessen, organisation og ledelse) for på den måde at komme nærmere hvad der egentlig spiller ind. Heri ligger implicit, at denne viden kan bruges fremadrettet, hvilket jeg tror både hospitaler og region har interesse i.

Den initierende undren der ligger til grund for emnevalget er, at det undrer mig, at jeg fra flere sider har erfaret, at nogle klinikere har svært ved at skulle anvende det SFI der er udviklet af de øvrige hospitaler. I projektet er mit ønske, at finde frem til, hvilke faktorer der ligger til grund for dette, da jeg mener, at en rimelig ensrettet anvendelse af MidtEPJ er nødvendig, idet oplysningerne i EPJ skal kunne ses og anvendes hvis patienten flytter afdeling/hospital.

At I er "de udvalgte" er på baggrund af, at jeg har ønsket at interviewe personer, der har erfaringer fra deltagelse i workshop med klinikerne. Det er således jeres erfaringer jeg gerne vil høre om, og gerne krydret med eksempler. Derfor er min interviewguide også meget åben. Men for at styre det lidt, har jeg opsat 4 temaer jeg gerne vil ind omkring, og som I kan overveje inden vi mødes.

Ud fra afgrænsningen *hvilke faktorer der har betydning, når dokumentationspraksis i EPJ skal ensrettes i en hel region*, er jeg interesseret i at høre jeres erfaring/holdning om:

1. Faglige begrundelser for at dokumentationspraksis ikke kan være ens?
2. Kulturelle forskelle der gør, at dokumentationspraksis ikke kan være ens?
3. Hvilken indflydelse/betydning har de forskellige led i organisationen i forhold til at medvirke til ensretning af dokumentationspraksis?
4. Udrulnings- og implementeringsprocessens betydning for at sikre ensartethed i dokumentationspraksis?

For alle temaerne gælder, at jeg gerne vil have belyst temaerne i forhold til både klinikere, de ansatte i hospitalernes Sundheds-It afsnit, og omkring tema 3- 4 vil jeg også gerne have I vurderer jeres egen og EPJ Produkters rolle.

Håber det giver mening, og ser frem til vi mødes i morgen.

Med venlig hilsen

Bitten Kjærsgård

Bilag 11 Udvikling af koder og subgrupper

	Interviewrunde 1	Interviewrunde 2	Interviewrunde 3
--	---------------------	---------------------	---------------------

Kode	Subgrupper	Subgrupper	Subgrupper
Genkendelighed og understøttelse af arbejdsgange OMDØBT efter 2 interviewrunde til: Genkendelighed, understøttelse af arbejdsgange og kvalitetssikring	Termer og begreber	Termer og begreber	Termer og begreber
	Indhold og opbygning af SFI og arbejdsgange	Indhold og opbygning af SFI og arbejdsgange	Indhold og opbygning af SFI og arbejdsgange
	Fra én EPJ til en ny EPJ	Ingen data til denne subgruppe	Ingen data til denne subgruppe
	FLYTTER efter 3 interviewrunde til subgruppen Indhold og opbygning af SFI og arbejdsgange		
		Udvikling af SFI ifht retningslinjer og DDKM	Udvikling af SFI ifht retningslinjer og DDKM
			Workarounds

Kode	Subgrupper	Subgrupper	Subgrupper
Regional enighed og hospitalerne OMDØBT efter 2 interviewrunde til: Forventninger, roller og ansvar i regionen	Hospitalets organisering	Implementeringsansvar og roller	Implementeringsansvar og roller
	Forståelse for fælles EPJ	Forståelse for fælles EPJ	Forståelse for fælles EPJ
		Forventninger til ledelse	Forventninger til ledelse

Kode	Subgrupper	Subgrupper	Subgrupper
Kvalitetssikring FLYTTES efter 2 interviewrunde til koden "Genkendelighed og understøttelse af arbejdsgange" som ny subgruppe	Udvikling af SFI ifht retningslinjer og DDKM	FLYTTES efter 2 interviewrunde til "Genkendelighed og understøttelse af arbejdsgange" som ny subgruppe	

Kode	Subgrupper	Subgrupper	Subgrupper
Grupper og netværk	Faglige netværk i regionen	Faglige netværk i regionen	Faglige netværk i regionen
	Holdninger og erfaringer til workshop	FLYTTES efter 2 interviewrunde til subgruppen "Forståelse for fælles EPJ"	

Kode	Subgrupper	Subgrupper	Subgrupper
Implementeringsstrategi og EPJ Produkters rolle	Opstartsfasen	Opstartsfasen	Opstartsfasen
	Enslydende SFI	Forventninger til EPJ Produkter	Ingen data til denne subgruppe

Bilag 12 Opdateret status

Opdateret status (standard)

☐ **Funktion og færdigheder, status** ...

Status:

☐ **Ernæring, status** ...

Status:

☐ **Hud og slimhinder, status** ...

Status:

☐ **Kommunikation, status** ...

Status:

☐ **Psykosocialt** ...

Status:

☐ **Respiration og cirkulation, status** ...

Status:

☐ **Seksualitet** ...

Status:

☐ **Smerte og sanseindtryk, status** ...

Status:

☐ **Søvn og hvile** ...

Status:

☐ **Viden og udvikling, status** ...

Status:

☐ **Udskillelser, status** ...

Status:

Udført: 02.05.2012 09.00 af Sygeplejerske Bitten Kjærsgaard, Medicinsk Sengeafsnit M2 - RSI ...

Speciale(r):*

☐ Kladde