

Hjemmesygeplejerskens dokumentation under lup

- et studie af dokumentationstid og definition af dokumentation



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

Masterprojekt, 3. Årgang 2012

Birgit Bækmann Jeppesen
Gitte Femerling

Vejleder: Gunilla M. Svensson

1 Indholdsfortegnelse

TITELBLAD	3
1 Abstract in English	4
2 Resumé	5
2.1 Kort præsentation af forfattere	6
3 Problemfeltet	7
3.1 Baggrund for projektet/egne erfaringer	7
3.1.1 EOJ systemets opbygning	8
3.1.2 Sammenfald i erfaringer indenfor EOJ-området	11
3.1.3 Eksempler på forskelle i anvendelsen af EOJ-systemet	15
3.1.4 Nationale tiltag vedr. udveksling af data mellem sektorer	15
3.2 Hjemmesygeplejens udvikling og opgaver	17
3.2.1 Hjemmesygeplejens udvikling	17
3.2.2 Sygeplejens opgaver og organisering som følge af strukturreformen	19
3.2.3 Udfordringer i Fremtidens hjemmesygepleje	21
3.3 Dokumentation af hjemmesygepleje	24
3.3.1 KL's Strategiprojekt med anbefalinger til fremtidig dokumentation	24
3.3.2 Partnerskabsprojektet 2011	27
3.3.3 Indberetning af data fra hjemmesygeplejen	28
3.3.4 Lovgivning om sygeplejefaglige optegnelser	28
3.3.5 Udenlandske videnskabelige studier om sygeplejedokumentation	30
3.4 Et dansk studie af sygeplejerskers dokumentation	34
3.4.1 Forundersøgelse i landets kommuner	35
3.5 Opsummering af problemfelt	36
4 Problemstilling	38
4.1.1 Afgrænsning af projekt	39
5 Metodologi	39
5.1.1 Helhedssyn/paradigme:	40
5.1.2 Undersøgellesdesign/metoder	40
5.1.3 Praktisk tilrettelæggelse/valg af population	40
5.2 Teorivalg	41
5.3 Litteratur	41
5.4 Metoder til dataindsamling	42
5.4.1 Spørgeskema	42
5.4.2 Observation/feltstudier	43
5.4.3 Fokusgruppe Interviews	44
5.5 Dataanalysestrategi	46
6 Teorier	48
6.1 Socio-teknisk perspektiv	48
6.1.1 ANT(Aktør Netværks Teori)	49
6.1.2 Marc Berg	50
6.1.3 Enrico Coiera	53
7 Dataanalyse	55
7.1 Analyse af underspørgsmål	55
7.1.1 Definition af dokumentation	55
7.1.2 Dokumentationstid	59
7.1.3 Nødvendig dokumentation/dobbeltdokumentation	64
7.1.4 Dokumentationspraksis	70

7.2	Analyse og diskussion i socioteknisk perspektiv	82
8	Konklusion	87
9	Metodekritik.....	90
10	Perspektivering.....	92
12	Bibliografi.....	96
13	BILAG.....	99
13.1	Spørgeskema til samtlige kommuner (elektronisk)	99
13.2	Spørgeskema til sygeplejersker i 5 kommuner	101
13.3	Fokusgruppeinterview guide.....	105
13.4	Analyse af to uafhængige stikprøver (uparrede)	106
13.5	Observationsskema-guide.....	107
13.5.1	Observation i Horsens kommune	107
13.5.2	Observation i Frederikssund kommune	111

En stor tak for at bidrage til vores projekt, skal lyde til

Gunilla M. Svensson, vores vejleder

Britt, Louise, Vinnie, Helle og Peter fra Horsens kommune og
Gitte, Betina, Carina, Lone og Sisse fra Frederikssund kommune for at deltage i
interviews, feltstudier og spørgeskemaer

Sygeplejersker i Favrskov, Egedal, Frederikssund, Horsens og Allerød kommuner for at
deltage i besvarelse af spørgeskemaer

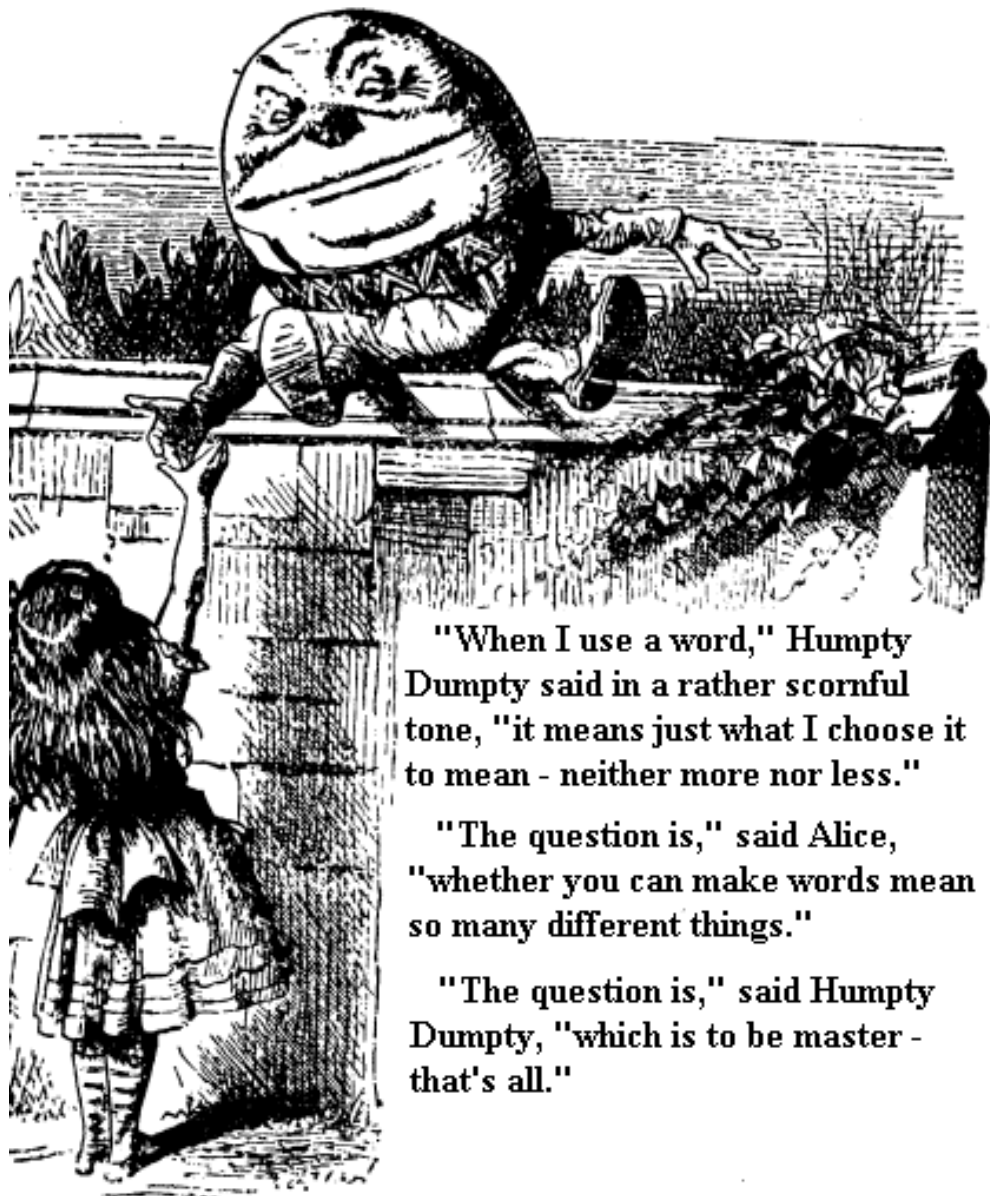
Landets kommunale EOJ-koordinatorer/konsulenter for at deltage i besvarelse af
forundersøgelse

TITELBLAD

Hjemmesygeplejerskens dokumentation under lup - et studie af dokumentationstid og definition af dokumentation

ELLER

Home Nursing Documentation through the looking glass - A study of documentation time and the definition of documentation



"When I use a word," Humpty Dumpty said in a rather scornful tone, "it means just what I choose it to mean - neither more nor less."

"The question is," said Alice, "whether you can make words mean so many different things."

"The question is," said Humpty Dumpty, "which is to be master - that's all."

Carroll Lewis: Through the looking glass

1 Abstract in English

This project is about nursing documentation in home care and arose from our own municipalities' goal to reduce documentation time considerably. Future home care nursing is characterized by greater demands on skills, the quality of care and treatment of individuals, due to the demographic trends with several older and more chronic patients and the development in health care, which means that treatments can be done at home. There has been a slippage of tasks from region to municipality, and municipalities are co-financiers of hospital admissions in the region. Therefore, there's a focus on preventative treatment to avoid hospital admissions and readmissions. It requires documentation to plan individual care and treatment processes and exchange data between sectors, but also to document and compare what preventative work is done in local homecare and thereby provide documentation of the quality of the performed care and treatment. KL needs data from the municipalities for economic negotiations but data are not valid. Therefore there's a strong focus on documentation and registration in home nursing, and KL and the municipalities have performed measurements of performed documentation time.

We had an assumption that "documentation" is not defined in the municipalities and that the documentation time drawn from recorded time or rated by the nurses themselves, contains much more than documenting / recording (lead nursing records and proof of completed care / treatment), because much more is taken in under the concept of "documentation" and that working practices could also be important for documentation time. This was confirmed by a feasibility study in all municipalities throughout the country, and it was also confirmed that many other municipalities are planning to reduce documentation time.

Through methodological triangulation we have performed empirical, qualitative and quantitative studies (questionnaires, field- and time studies and focus group interviews) to enlighten the project's problem:

"What does home nursing work practices and definition of documentation do to documentation time?"

The project is limited ONLY to a study of nurses' definition of documentation, daily work practices / documentation practices, necessary documentation and also documentation time. We have not conducted ourselves as to whether nurses meet all the requirements for documentation: their own, local and external demands.

Data are analyzed in a socio-technical perspective and the results show that there are widely differing definitions of the word documentation among home care nurses, but most nurses include writing, reading information, coordinating patient care, planning the care and scheduling visits, communicating with collaborators, teaching, advising and guiding - in what they register and call documentation. This would definitely affect the overall time of documentation.

Furthermore, there is great complexity in health care work nature, and heterogeneous networks, including all stakeholders, IT systems and other artifacts for documentation. This also has a great influence on documentation practice in home care, and thus also important for documentation time. We can conclude that it is important to relate to what nurses contain in what they register and call documentation before any talk of reducing the time, but also to study the nurses' work practices to understand the network and thereby improve IT to support and fit into the nature of work as a tool, while generating data for exchange, comparison, evidence and research.

In putting it into perspective we outline further suggestions on what could be investigated deeper, as there are several factors and challenges affecting home nursing documentation practices.

2 Resumé

Projektet handler om sygeplejefaglig dokumentation i hjemmesygeplejen og tog udgangspunkt i, at der i egne kommuner blev talt om at nedsætte dokumentationstiden betydeligt. Fremtidens hjemmesygepleje er præget af større krav til kompetencer og kvalitet i pleje og behandling af borgerne p.g.a. den demografiske udvikling med flere ældre og flere kronikere samt udviklingen indenfor sundhedsområdet, som gør, at behandling kan foregå i eget hjem. Der er sket en opgaveglidning af opgaver fra region til kommune, og kommunerne er medfinansierende ved indlæggelser på regionens sygehuse. Derfor er der fokus på forebyggende arbejde for at undgå indlæggelser og genindlæggelser. Det kræver dokumentation at kunne planlægge borgerforløb og udveksle data mellem sektorer, men også at kunne dokumentere og sammenligne, hvad der udføres i kommunernes hjemmepleje af forebyggende arbejde, og skabe evidens for kvaliteten af den udførte pleje og behandling. KL har brug for data fra kommunerne i forbindelse med økonomi-forhandlinger men der findes ikke valide data. Der er således meget fokus på dokumentation og registrering i hjemmesygeplejen, og der er udført målinger af dokumentationstid via KL og af kommunerne selv.

Vi havde en antagelse om, at ”dokumentation” ikke er defineret i kommunerne, og at den dokumentationstid, der er hentet fra registreret tid eller vurderet af sygeplejerskerne selv, indeholder meget mere end bare det at dokumentere/registrere (føre sygeplejefaglige optegnelser og bevis for udført pleje/behandling), fordi der tages meget mere med under begrebet ”dokumentation”, og at arbejdspraksis også kunne have betydning for dokumentationstiden. Det første fik vi bekræftet via en forundersøgelse i samtlige kommuner, og også at mange andre kommuner arbejder med at få nedsat dokumentationstiden.

Vi har ved hjælp af empiri, kvalitative og kvantitative undersøgelser (spørgeskemaer, felt- og tidsstudier samt fokusgruppeinterviews) studeret praksis i 5 kommuner, og ved denne metodetriangulering belyst projektets problemformulering: **”Hvilken betydning har hjemmesygeplejens arbejdspraksis og definition af dokumentation for dokumentationstiden?”** Projektet er afgrænset til KUN at studere sygeplejerskernes definition af dokumentation, daglig arbejdspraksis/dokumentationspraksis, nødvendig dokumentation og dermed også dokumentationstid. Vi har ikke forholdt os til, om sygeplejerskerne overholder alle kravene til dokumentation, både egne, lokale og udefrakommende krav.

Data er analyseret i et socioteknisk perspektiv og resultaterne viser, at der er meget forskellige definitioner af ordet dokumentation blandt hjemmesygeplejerskerne, men flest sygeplejersker medtager både at - skrive, læse oplysninger, koordinere patientforløb, planlægge plejen af borgeren og planlægge besøg (køreliste), kommunikere med samarbejdspart, undervise, rådgive og vejlede - i det, de registrerer og kalder dokumentationstid. Dette vil helt klart have indflydelse på den samlede dokumentationstid.

Desuden viser der sig en stor kompleksitet i sundhedsarbejdets natur, og det heterogene netværk, herunder alle aktører, også IT-systemerne og andre artefakter til dokumentation. Dette har også stor indflydelse på dokumentationspraksis i hjemmesygeplejen og dermed også stor betydning for dokumentationstiden.

Vi kan konkludere, at det er vigtigt at forholde sig til, hvad der er indeholdt i det sygeplejerskerne registrerer/kalder dokumentation, inden der tales om at nedsætte tiden, men også at studere sygeplejerskernes arbejdspraksis for at forstå netværket og dermed forbedre IT til at understøtte arbejdets natur og være et redskab samtidig med at generere data til udveksling, sammenligning, evidens og forskning.

I perspektiveringen skitseres forslag til, hvad vi ellers er nået frem til og gerne ville være gået i dybden med, da der er flere faktorer og udfordringer, der har betydning for hjemmesygeplejens dokumentationspraksis.

2.1 Kort præsentation af forfattere

Birgit Bækmann Jeppesen

Uddannet sygeplejerske med 10 års erfaring fra Silkeborg, Aalborg og Randers Sygehuse, og derefter 7 år i hjemmesygeplejen i Aarhus kommune – i denne periode uddannet klinisk vejleder med ansvar for uddannelse af sygeplejestuderende i klinikken samt lokal tovholder for EOJ¹-systemet. I 2006 ansat som sundhedsfaglig IT-konsulent centralt i kommunen med ansvar for Aarhus kommunes EOJ-system (support, systemadministration, sikkerhedsadministration, dokumentation, udvikling og implementering af kommunens sundheds- og omsorgssystemer inkl. planlægningssystemer).

Gitte Femerling

Oprindelig uddannet lægesekretær, med 20 års erfaring fra henholdsvis Rigshospitalet og Hillerød Hospital. 1997-2005 IT-supporter og web ansvarlig i Frederiksborg Amt. Under denne ansættelse uddannet IT-administrator og projektleder på en systemimplementering. I 2005 ansat som IT-koordinator for Hillerød Kommunes EOJ¹-system med ansvar for support, systemadministration, sikkerhedsadministration, dokumentation, udvikling og implementering af kommunens sundheds- og omsorgssystemer. Certificeret Prince2 projektleder i 2008.

¹ Elektronisk Omsorgs Journal

3 Problemfeltet

3.1 Baggrund for projektet/egne erfaringer

Som nævnt ovenfor, er vi begge ansat som ansvarlige for EOJ systemet i vore respektive kommuner. Vi er begge ansvarlige for hele den eksterne systemtekniske kommunikation og implementering i hjemmeplejen, samt test og opfølgning i samarbejde med eksterne parter. Vi vil herunder bidrage med nogle erfaringer og oplevelser fra egne kommuner, i det efterfølgende kaldet hhv. kommune X og Y.

Kommune X fik et omsorgssystem i 1998, og Kommune Y fik det 2001, begge kommuner har haft samme system leverandør lige siden.

EOJ systemet afspejler den organisatoriske opbygning i kommunen, hvorfor opbygningen i EOJ systemet har undergået mange forandringer gennem årene.

Organisering i Kommune X

I kommune X er befolkningsgrundlaget ca. 300.000. Gennem de sidste 12 år har visitation til sygepleje skiftevis været centraliseret og decentral i kommune X – p.t. decentraliseret, hvor sygeplejerskerne selv visiterer til sygepleje.

Antallet af lokalområder reduceret fra 13 til 9 i 2012 bestående af 37 lokationer (+ ca. 6 plejebolig-centre pr. område). Der er en sundhedsenhed i alle 9 områder, hvor alle sygeplejersker og terapeuter er tilknyttet – fra 2012 også en borgerkonsulent (visitation til pleje og praktisk hjælp) – sundhedsklinikkerne dækker alle lokationer og plejeboligheder. Hjælpere og sosu²-assistenter er under anden ledelse og er placeret på de 37 lokationer og i plejebolighederne. I kommunen er derudover to SundhedsCentre til SOFT³ samt to GenoptræningsCentre til § 140 – genoptræning (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010). Den administrative organisering har også gennemgået flere organisationsændringer gennem årene.

Organisering i Kommune Y

I kommune Y er befolkningsgrundlaget ca. 46.000, og kommunen har 5 plejecentre, 1 sundhedscenter med sygeplejeklinik, træningssektion (som varetager både SOFT⁴ og § 140 genoptræning) og rehabilitering, og en hjemmepleje med selvstændig sygeplejegruppe. Sygeplejegruppen har fælles ledelse med resten af hjemmeplejen, og hører fysisk hjemme på en af de 3 hjemmepleje lokationer i kommunen. De to lokationer, som ikke har sygeplejersker, får hver dag besøg af en sygeplejerske i frokosten. Sygeplejeydelser visiteres efter BUM⁵ model, men kan herefter tilpasses i varighed og hyppighed af hjemmesygeplejen. Sygeplejeydelser kan efter uddelegering identificeres, da de bibeholder status sygepleje.

² Social og Sundheds Assistenter

³ Sundhedsfremmende og Forebyggende tilbud (lægehenviisning eller borgerhenviisning)

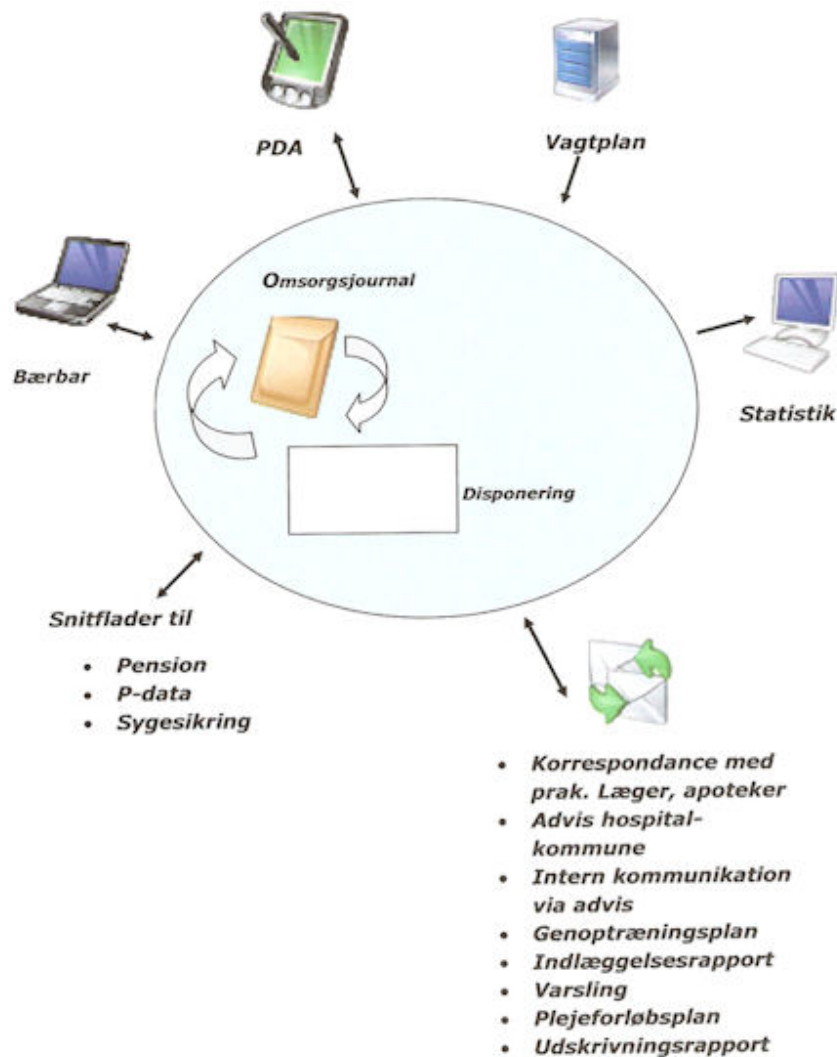
⁴ Sundhedsfremmende og Forebyggende tilbud (lægehenviisning eller borgerhenviisning)

⁵ BUM = Bestiller-Udfører-Model, hvor bestiller(visitorator) ikke må være organiseret sammen med udfører p.g.a. frit-valg af leverandør (konkurrenceudsættelse) – private leverandører til pleje og praktisk hjælp kom på banen – dog er sygepleje stadig en kommunal opgave. Lov om frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp af 8. maj 2002, samt Bekendtgørelse om kvalitetsstandarder og frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp m.v. af 9. oktober 2002.

3.1.1 EOJ systemets opbygning

Begge vores kommuner benytter EOJ-systemet VITAE Suite fra CSC Scandihealth⁶ I Fig. 4 vises EOJ systemets opbygning med integrationer til interne og eksterne systemer, samt snitflader til ekstern kommunikation. Sygeplejerskernes dokumentation foregår dels i journaldelens fokusområder, helhedsbeskrivelse, medicin, plejeplan, funktionsvurdering, kommunikation, sagsbehandling, egne ark – dels i disponering i forhold til planlægning og dels via PDA med registrering af leverede sygeplejebesøg. Der KAN dokumenteres i online i dele af journalen via PDA (Femerling & Bækmann Jeppesen, 2011).

Strukturerede data kan bruges til ledelsesinformation.



Figur 1. EOJ systemets opbygning med integrationer/snitflader

⁶ <http://www.scandihealth.com/>

Herunder et par skærbilleder dokumentationsmodulet og medicinoversigten fra VITAE Suite:

The screenshot shows the 'Dokumentationsoversigt' (Documentation Overview) section of the VITAE Suite. It features a top navigation bar with tabs: 'Dokumenttilknytning', 'Dokumentationsoversigt', 'Notater', 'Helhedsbeskrivelse', and 'Diagnose'. Below this, there are several expandable sections:

- Seneste ændringer i dokumentationsmodulet**: A section for recent changes.
- Fokusområder**: A table listing focus areas.

Gyldig fra	Titel	Oprettet af
25-07-2011	Træning	
11-05-2011	Sygepleje	an standardfokus
- Specialark**: A table listing special forms.

Gyldig fra	Titel	Oprettet af	Ændret d
26-10-2011	APV		28-10-2011
19-07-2011	Samtykke til udveksl. af opl. ved kronisk sygdom		
08-08-2007	Sygdomme		24-06-2011
- Breve**: A section for letters, with a link 'Tilføj brev'.
- Kommunikationsrapporter**: A section for communication reports, with a link 'Tilføj kommunikationsrapport'.
- Afsluttede fokusområder**: A section for completed focus areas.
- Afsluttede specialark**: A section for completed special forms.

Callouts from the image provide additional context:

- 'Indscannede dokumenter f.eks. epikriser fra svøgehuse' points to the 'Dokumenttilknytning' tab.
- 'Daglige notater' points to the 'Notater' tab.
- 'Helhedsbeskrivelsen – de 12 sygeplejefaglige dokumentationsområde' points to the 'Helhedsbeskrivelse' tab.
- 'Dokumentation af ydede indsatser og evaluering af disse (sygeplejeprocessen)' points to the 'Fokusområder' table.
- 'Egne ark til brug for lokal dokumentation' points to the 'Specialark' table.

Figur 2. CSC EOJ systems dokumentationsområde

Fanebladene ovenfor kan åbne sig yderligere:

- Dokumenttilknytning: Her vedhæftes modtagne breve, epikriser osv.
- Notater: Til mindre notater, hvis ikke der er oprettet et fokusområde
- Helhedsbeskrivelsen: Her dokumenteres de 12 sygeplejefaglige problemområder ud fra en klassifikation
- Diagnoser: Sygeplejerskerne registrerer endnu ikke disse – men træningsområdet (§ 140) registrerer diagnoser
- Dokumentationsoversigtens sektioner:
 - Fokusområder, som igen er underinddelt i forskellige delproblemer, med beskrivelse, handlinger og evaluering af disse. Disse handlinger og evalueringer vælges fra klassifikationer.
 - Special ark, som er kommunens selvdesignede dokumentations ark, som f.eks. benyttes til dokumentation af blodprøvesvar, blodtryk, sygdomsbeskrivelse osv. Bruges også til dokumentation i forbindelse med projekter, hvor der skal opsamles data.
 - Breve – her kan hentes oprettede standardbreve, som kan sendes til borger
 - Kommunikationsrapport, som er en rapport, der henter oplysninger flere forskellige steder i systemet. Sendes til hospitalet i forbindelse med indlæggelse.

Kommunikation Borgers aktiviteter Rapporter Brugere Genveje Hjælp

Medicinoversigt Inaktiveret medicin Bestilt/Ophældt Notater

Generel information

Opfølgningsdato: Observation:

CAVE:

CAVE: ingen kendte ☐

Forhold vedrørende administration:

Bestilling, levering og udleveringssted:

Ophældt indtil: Men kun doseret mavevan til og med 13/11.

Seneste bestilling:

Seneste ændring:

Ordineret medicin

Tilføj medicinering

Fast	Klokkeslæt	08:00	12:00	18:00	22:00
Dagligt					
(11-05-2011 -) cetirizin, filmovertrukne tabletter, 10 mg, 1 tablet daglig					
Gives for: mod høfeber					
Udlevering 30-09-2011: Alnok					
Udlevering 30-08-2011: Alnok					
(11-05-2011 -) sertralin, filmovertrukne tabletter, 50 mg, 1 tablet daglig					
Gives for: mod depression					
Udlevering 30-09-2011: Sertralin "Orion"					
Udlevering 26-07-2011: Sertralin "Orion", 100 stk. (bliester)					
(11-05-2011 -) kalium, depottabletter, 750 mg, 1 tablet 2 gange daglig					
Gives for: kaliumtilskud					
ændret under indl. på 0655 d.17/11-11 ti x 3dgl					
Udlevering 19-08-2011: Kaleorid, 250 stk.					
Udlevering 10-05-2011: Kaleorid, 250 stk.					
(11-05-2011 -) metoprolol, depottabletter, 50 mg, 2 tabletter daglig					

Figur 3. Medicinoversigt

Medicinområdet består af flere faneblade:

- Medicinoversigt, som er vist ovenfor (oprettes ud fra oplysninger fra PEM⁷) – hvert præparat kan åbnes yderligere op for at oprette medicineringer.
- Inaktiveret medicin, som indeholder afsluttet og slettet medicin (Lægemiddelstyrelsen sletter recepter, som er > 2 år gamle)
- Bestilt/Ophældt, hvor der registreres og bestilles ny medicin, og dokumenteres ophældninger
- Notater, hvor der oprettes medicinrelaterede notater

Disponering

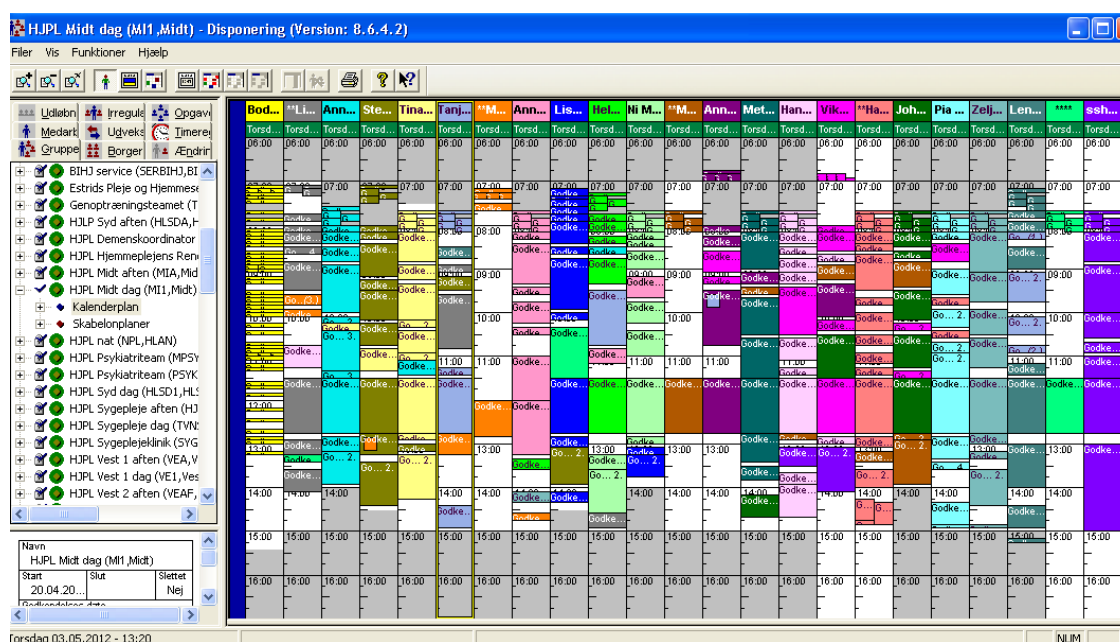
Den hjælp borgere har brug for, visiteres som ”ydelser”. En ydelse kan f.eks. være sårpleje. Der kan være knyttet en bestemt standardtid til ydelserne eller tiden angives ved oprettelse af ydelserne.

Disponering er det system, hvor besøg hos borgere og levering af ydelser planlægges – hvad skal den pågældende sygeplejerske levere hos borgeren, hvad tid skal leveringen finde sted, og hvilken sygeplejerske skal levere ydelserne. Ydelserne overføres automatisk fra journal til disponering, men skal fordeles på team og medarbejdere. Flere faggrupper benytter udover journalen, også dette disponeringsværktøj, hvilket har øget efterspørgslen efter udvidelser af klassifikationer til både beskrivelse/vurdering af borgerne og til de visiterede ydelser, så de passer til det monofaglige såvel som det tværfaglige. Kørelisterne fra disponering overføres til sygeplejerskernes PDA⁸, så der KAN se deres rute og tidtag på besøg ved få klik. Alternativt udleveres en papirkøreliste. Kørelisterne er en oversigt over hvem den pågældende sygeplejerske skal besøge den pågældende dag, og hvilke ydelser de enkelte borgere skal have. Disponering bruges til en stor del af kommunernes ledelsesinformation, og

⁷ Personlig Elektronisk Medicinprofil: <http://laegemiddelstyrelsen.dk/da/service-menu/om-os/medicinprofilen>

⁸ Personal Digital Assistant (Wikipedia, 2010)

afregning samt til en del af indberetningerne af data til Danmarks Statistik (ældredokumentation⁹ samt kommunale sundhedsindikatorer¹⁰) – disse kommer dog også fra journalen.



Figur 4. Disponering planlægningssystem – oversigt fra en tilfældig mandag i et tilfældigt team.

3.1.2 Sammenfald i erfaringer indenfor EOJ-området

Journalen

I journalen foregår den faglige dokumentation samt sagsbehandling (vurdering og visitation af ydelser).

I begge kommuners EOJ system findes en ”helhedsbeskrivelse”. Denne helhedsbeskrivelse er opbygget som en klassifikation, som indeholder de 12 sygeplejefaglige dokumentationsområder - se afsnit 3.3.4.

I forbindelse med BUM, blev der udviklet en todelt journal for borgerne, en myndighedsjournal og en udfører-journal, og begge parter dokumenterer deres vurdering, ydelsestildeling og indsats overfor borgeren. Denne todeling har ført til dobbelt-journalføring: Mange ting bliver beskrevet begge steder. Der har været mange andre tiltag, som har bevirket, at journalen er, som den er i dag. Der blev indført Fællessprog 2¹¹ i visitationen, så de begyndte at vurdere borgerne på en anden måde end udførerne. Helhedsbeskrivelsen blev udelukkende til hjemmesygeplejerskernes dokumentation – den har dog altid været delt op i 8 områder, så det har været svært at få 12 områder passet ind – dette ændres nu til 12.

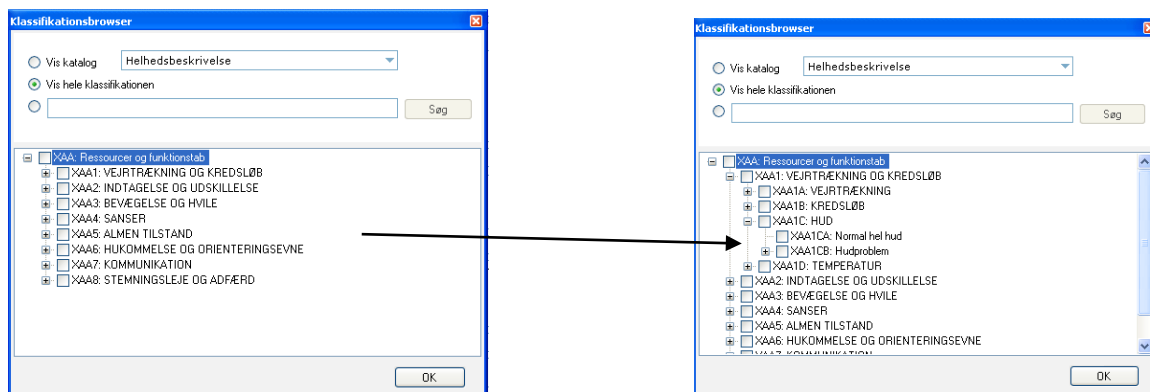
⁹ Indberetning af 23 indikatorer over ressourceforbrug og effekt af hjemmehjælp:

<http://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/aeldredokumentation.aspx>

¹⁰ Indberetning af 27 sundhedsindikatorer:

<http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsdata/Kommunale%20Sundhedsindikatorer.aspx>

¹¹ Fællessprog udviklet af KL: <http://www.kl.dk/faellessprog>



Figur 5. Helhedsbeskrivelsen i EOI systemet

Brug af klassifikationer

I EOI systemerne er der flere forskellige klassifikationer, som bygger på SKS¹²-klassifikationer. Der er ydelsesklassifikationer, og en klassifikation, som bruges til beskrivelse af borger, til problemområderne – og deres underliggende delproblemer. Vi har begge erfaret, at disse klassifikationer langsomt udvides med flere og flere underpunkter, så de vokser og vokser pga. lokale behov for andet end det, som klassifikationen er ”født” med, og fordi der opstår behov for at kunne måle på et område, som ikke er indeholdt i klassifikationen, og/eller for at gøre disse mere detaljerede. Behovet er vokset i takt med øgede dokumentationskrav i forhold til sygeplejerskerne. Disse skyldes bl.a. øget efterspørgsel på ledelsesinformation, men også anmærkninger i forbindelse med tilsyn¹³, hvor embedslægen har påpeget eventuelle mangler i dokumentationen. Avishistorier og indkomne klager om mangelfuld pleje, som måske ikke kan afvises pga. manglende dokumentation, giver også grobund for efterspørgslen på mere specifikke klassifikationer, og klassifikationerne vokser derfor lokalt i hver kommune, ud fra kommunens eget behov.

Ydelsesklassifikationen og helhedsbeskrivelses-klassifikationen har været i konstant udvikling med tilføjelser. Kommunerne har dog ikke sørget for at få ryddet op i klassifikationerne hen ad vejen. Diagnoseklassifikationen har begge vore kommuner for flere år siden besluttet ikke skulle bruges med begrundelsen, at sygeplejersker ikke må stille diagnoser, og derfor heller ikke må registrere dem. Så i dag kan ingen af borgerne med hjemmesygepleje relateres til en diagnose.

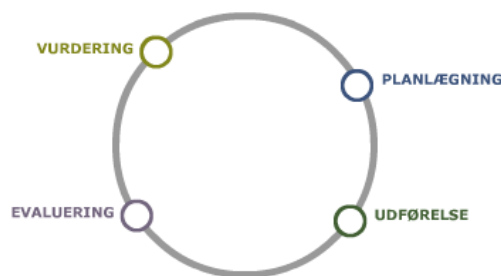
Andre dokumentationsområder i journalen

Foruden de til stadighed voksende klassifikationer, har vi også begge været vidne til, at ark til dokumentation af det ene og det andet har holdt deres indtog i journalen, og selvom vi har påpeget, at der også skal ryddes op i det gamle, så er det blevet nedprioriteret. Der opstår diverse projekter/ideer rundt om i en kommune vedr. dokumentation eller plejeindsatser og andre tiltag, også lovbestemte, og i disse projekter opstår der så krav om at kunne dokumentere og trække statistiske oplysninger. Dette kræver så måske nogle observationsskemaer, registreringsskemaer, flere ydelser, flere klassifikationstekster. Hermed bliver der så flere og flere muligheder for at dokumentere det samme flere steder, så sygeplejerskerne i dag er i tvivl om, hvordan de skal dokumentere, f.eks.: Skal et blodsukker noteres i et problemområde om indsatserne i forhold til blodsukker, ernæring, almen tilstand eller i et observationsskema eller flere steder?

¹² Sundhedsvæsenets klassifikations System : <http://medinfo.dk/sks/brows.php>

¹³ På plejecentre er der både anmeldte og uanmeldte tilsyn af kommunen selv, samt tilsyn fra embedslæge

I journalen dokumenteres de ydede indsatser i et fokus (indsats/problem) område, som er bygget op i forhold til sygeplejeprocessen¹⁴, som stadig bruges som problemløsningsmodel for sygepleje, og indgår på sygehuse i VIPS-modellen¹⁵:



Figur 6. Sygeplejeprocessen, hvor

- vurdering = dataindsamling, analyse, sygeplejediagnose,
- planlægning = mål, plan,
- udførelse = sygeplejehandlinger og refleksion i handlinger,
- evaluering = evaluering i forhold til mål, revurdering og så forfra i cirklen v. behov.

Helhedsbeskrivelsesklassifikationen bruges også som overskrifter i fokusområder (som problem). Ydelsesklassifikationen bruges også til handlinger i fokusområderne. Der er dog mulighed for fritekst til uddybning. Vi oplever i dag, at vi har nogle klassifikationer, der nærmest er uoverskuelige og svære at rydde op i. Sygeplejerskerne klager over, at de stadig ikke kan finde det i klassifikationerne, de skal bruge for at vise, hvad de laver. Der vælges lidt tilfældigt, og skrives flere steder, så der er sikkerhed for, at kollegerne også kan finde det, og der sendes adviseringer. Derudover skrives der i fritekst flere steder i journalen, bl.a. i fokusområderne.

Sygeplejerskerne har i begge kommuner mulighed for at dokumentere i borgers hjem via PDA. PDA'en opfylder dog ikke de behov, som de har brug for (Femerling & Bækmann Jeppesen, 2011).

Sygeplejerskerne oplever ikke, at det er en hjælp at dokumentere via strukturerede data, i form af klassifikationer. Det viser en denne udtalelse fra en sygeplejerske, der ringede for at få support: *"kan vi dog ikke bare få lov at formulere problemer og handlinger i fritekst, så giver det mere mening for os i vores daglige arbejde"*.

Siden kommunalreformen er der i begge kommuner kommet mere fokus på genoptræning og rehabilitering, og der bliver fra terapeuternes side også stillet krav om at kunne dokumentere deres indsatser/forløb og borgers funktionsevne, hvilket også bidrager til udvidelse af klassifikationerne.

Der er meget fokus på, at indsatserne overfor borgerne skal være tværfaglige og således også dokumenteres tværfagligt, dvs. at der nu er flere faggrupper, der skal dokumentere i én samlet borgerjournal.

¹⁴ Sygeplejeprocessen = Sygeplejeprocessen er dels teori om sygepleje og dels en systematisk metode til at identificere patientens sundhedsproblemer og planlægge sygepleje tilpasset patientens aktuelle situation. I de kliniske plejeplaner skrives kun det, der er nødvendigt for at skabe kontinuitet, sikkerhed og dokumentation af plejen. Formålet er at sikre sygeplejens kvalitet. Fra VIA, hvor der er et e-læringsredskab på sygeplejeprocessen:

<http://avenbuild.advsh.net/default13.asp?CryptID=idR4WQxHZi8I6&styleID=41>

Flere sygeplejeteoretikere bruger sygeplejeprocessen som grundlag for sygeplejeteori helt tilbage fra 1955 (Lydia Hall). Sygeplejeprocessen indgår også i sygehusenes VIPS-model.

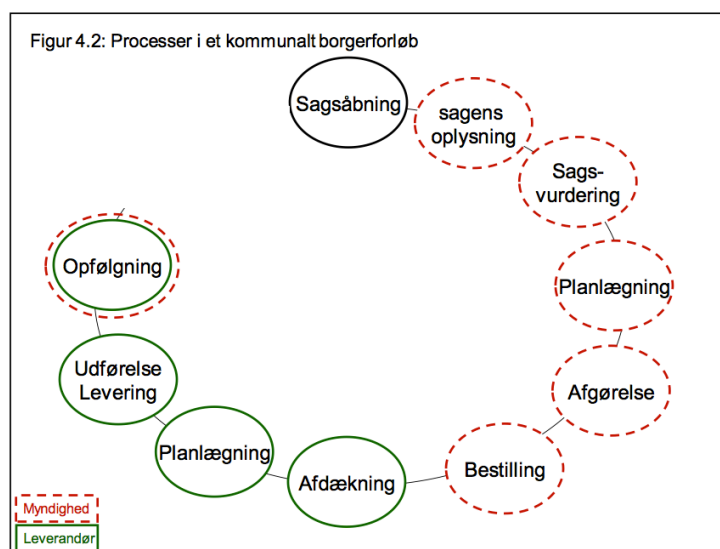
¹⁵ VIPS=Velvære, Integritet, Profylakse og Sikkerhed – udviklet i Sverige af 3 sygeplejersker og forskere: Ehnfors, Ehrenberg og Thorall-Ekstrand – bygger på sygeplejeprocessen men har fokus på evidens.

Konklusionen er, at ingen af vore kommuner p.t. kan identificere:

- Hvilke sygeplejeopgaver, der er forebyggelse
- Hvilke sygeplejeopgaver, der er opgaveglidning
- Borgere med diagnoser, som matcher forebyggelsestilbud, som KOL, diabetes, hjertesygdom
- Hvad dokumentationsopgaven indeholder i praksis – den har ingen af vore kommuner defineret
- Hvor meget tid, der reelt bruges på dokumentationsopgaven

Kravspecifikationer

Begge kommuner er i gang med en EU-udbudsproces, og i den forbindelse tages der også stilling til, om kommunerne, som referenceramme skal stille krav om, at IT-understøttelsen baseres på Fællessprog III, (FSIII) (KL-Mette Vinther Poulsen, 2009) som er en NY udvidelse af Fællessprog 2¹¹, som bygger på ICF¹⁶-klassifikationen (Marselisborg Centret, Aarhus, 2005). KL og Kombit¹⁷ er i øjeblikket i gang med at IT-kravsspecifilere til FSIII, så der er ingen færdige krav – kun en præsentation af FSIII (KL-3, 2011), som bygger på denne iterative proces – pile går også på tværs:



Figur 7. Procesmodel i FSIII (KL-3, 2011)

Implementering af FSIII¹¹ i kommunernes EOJ-systemer menes, ifølge Fælleskommunal Digitaliseringsstrategi (KL-4, 2011) at give betydelige besparelser på både dokumentation, koordinering og fleksibel arbejdstilrettelæggelse – se endvidere Figur 7. Procesmodel i FSIII:

¹⁶ ICF= **International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)**, som bygger på

Funktionsevne: 1. Kroppens funktioner og anatomi 2. Aktivitet og deltagelse

Kontekstuelle faktorer: 1. Omgivelsesfaktorer, dvs. ydre påvirkninger af funktionsevne 2. Personlige faktorer, dvs. indre påvirkninger af funktionsevne. (Marselisborg Centret, Aarhus, 2005)

¹⁷ Kombit= **KOMBIT** er kommunernes it-fællesskab. www.kombit.dk

Arbejdsområder	Ønsket effektiviserings-potentiale i procent	Besparede årsværk	Årlig besparelse i DK.kr.
Dokumentation/orientering i journaler	15%	402,4	Kr. 154.929.581
Arbejdsgange/koordinering	10%	148,7	Kr. 67.585.828
Fleksibel arbejdstilrettelæggelse (delegering)	10%	220,7	Kr. 79.562.283
		Årlig effekt	Kr. 302.077.692

Figur 8. Ønsket effektiviseringspotentiale i forhold til brug af Fælles Sprog III (KL, 2011)

3.1.3 Eksempler på forskelle i anvendelsen af EOJ-systemet

I kommune X er der for nylig implementeret et nyt ydelseskatalog til sygeplejerskerne, som baserer sig på de 12 sygeplejeproblemmråder (beskrevet i afsnit 3.3) ud fra KL¹⁸ s anbefalinger, således, at de kan ”mappes” med de 12 områder, så de bliver automatisk indberettet til Danmarks Statistik. Mapningen er anbefalet af KL, men har dog været noget af en udfordring, for hvad gør de lige hos komplekse borgere, f.eks. i terminalforløb, der involverer alle 12 områder – en ydelse for hver? Helhedsbeskrivelsen er ikke lavet ud fra de 12 områder, så her bruges en tillempet model for at få beskrevet, at der er taget stilling til alle områder.

I kommune X er der fokus på at minimere brugernes tid på dokumentation med 50 %, så der kan frigives tid til den direkte brugertid, men hvad der indgår i dokumentation er ikke beskrevet officielt. I 2012 blev det besluttet, at helhedsbeskrivelse og sammenfatning skulle afskaffes, og alle faggrupper skulle således KUN lave en fælles vurdering/beskrivelse af borgeren i funktionsvurderingen, hvilket gør, at de 12 sygeplejefaglige problemområder ikke længere beskrives via en klassifikation, men ved fritext i en samlet faglig vurdering på funktionsvurderingen. Ydelser og problem/handling i fokusområder defineres stadig via en klassifikation. Desuden deltager kommune X i KLs partnerskabsprojekt – se afsnit 3.3.2.

3.1.4 Nationale tiltag vedr. udveksling af data mellem sektorer

I 2001 så de første standarder til udveksling af tværsektorielle oplysninger om borgere dagens lys. Der var 3 standarder: Indlæggelsesadvis, indlæggelsessvar og udskrivningsadvis. De fungerer på den måde, at der ved oprettelse af en indlæggelse i hospitalssystemet, automatisk afsendes en meddelelse til det kommunale EOJ system, med oplysning om, hvor, og hvornår borgeren er indlagt. Der sendes automatisk et indlæggelsessvar retur til hospitalssystemet med oplysning om, hvem i kommunen, der har kontakt til pågældende borger (kræver, at det er registreret). Der sendes ved udskrivelse fra hospitalet automatisk en udskrivningsadvis til kommunens EOJ system (Medcom, 2011). Siden er der kommet flere standarder til: Den elektroniske genoptræningsplan, henvisning til forebyggelse, fødselsanmeldelse, neg/pos kvitteringer, receptfornyelse og epikrise. Standarderne udvikles af MedCom¹⁹ i samarbejde med flere kommuner. I 2011-12 implementeres brug af korrespondancemeddelelsen i regionerne, hvilket betyder at den kommunikation, som kommunerne hidtil har benyttet til udveksling af information med praktiserende læger og apoteker, nu også kan bruges på hospitalerne. Endelig skal 4 nye standarder inden udgangen af 2012 implementeres til

¹⁸ KL= Kommunernes Landsforening

¹⁹ MedCom=Det danske Sundhedsdatanet: "MedCom skal bidrage til udvikling, afprøvning, udbredelse og kvalitetssikring af elektronisk kommunikation og information i sundhedssektoren med henblik på at understøtte det gode patientforløb". MedCom løser opgaver med fokus på at understøtte effektiv drift og trinvis udbygning af den nationale sundheds-IT-infrastruktur, som er nødvendig for en sikker og sammenhængende adgang til relevante data og meddelelser på tværs af regioner, kommuner og praktiserende læger". www.medcom.dk (Medcom, 2011)

understøttelse af informationsudveksling mellem kommune og hospital i forbindelse med indlæggelser. Det drejer sig om: Indlæggelsesrapport, plejeforløbsplan, melding om færdigbehandling og udskrivningsrapport. Kommunen afsender ved modtagelse af indlæggelsesadvis en indlæggelsesrapport, som samler oplysninger fra kommunens EOJ system: Funktionsvurdering, medicinoversigt, oversigt over ydet hjælp, oversigt over hjælpemidler samt stamoplysninger inkl. pårørende, læge, apotek (kræver igen opdaterede data i kommunen). Hospitalet returnerer en plejeforløbsplan indenfor 48 timer, som indeholder en opdateret funktionsvurdering samt foreløbig plan for hospitalsophold samt varslings om, hvornår patienten forventes udskrevet. Melding om færdigbehandling afsendes fra hospitalet til EOJ systemet, hvis en borger ikke kan udskrives på trods af færdigbehandling, fordi der er ventetid på den foranstaltning, som skal iværksættes i kommunalt regi (kommunen betaler så indlæggelsen). Udskrivningsrapporten afslutter hospitalsopholdet med endnu en opdateret funktionsvurdering.

Kommunikationsstandarderne, som udveksles mellem sektorer, skal erstatte en del telefonkontakt, fax og alm. post parterne imellem og sørge for, at der automatisk dokumenteres med afsender som ansvarlig for dokumentationen, men det betyder jo også, at der bruges mere tid ved skærmen til både at udsøge, læse, behandle, videresende og skrive meddelelser fra og til eksterne samt til at få relevante oplysninger bygget ind i forløbs- og plejeplaner. At holde funktionsvurderingen opdateret er en ny og ekstra dokumentationsopgave for plejepersonaltet, idet denne tidligere var forbeholdt visitationen. Med de nye kommunikationsstandarder udbygges samarbejdet mellem region og kommune omkring patienten, idet kommunikationen sker som et flow mellem sektorerne. Derudover lovliggøres den kommunikation, som hidtil er foregået via fax (MedCom, 2011)

Det fælles medicinkort FMK implementeres i regionen og hos praktiserende læger i 2012, men forventes først implementeret i EOJ systemerne i 2013-2014. Til den tid vil borger/patient have ét nationalt medicinskema, uanset hvem der p.t. er ansvarlig for patientbehandlingen. Vore kommuner har i øjeblikket integration til PEM⁷, således at sygeplejersker skal oprette medicinadministrationsskemaer ud fra lægens ordinationer på receptserver (kun CSC kommuner).

Der er flere nationale tiltag til deling af data: NPI (Nationalt Patient Index), e-Sundhedsjournalen, kronikerportalen, som alle er baseret på en national database, NSP (National Service Platform), hvortil og fra der afleveres og trækkes data fra lokale systemer – dog er kommunerne endnu ikke en del af disse. Kommunerne har dog ifølge e2012 pligt til at lade borgere få adgang til egne data, hvorfor der i flere kommuner er ved at blive etableret snitflade til EOJ-systemet via enten sundhed.dk eller borger.dk via nemID. I Aarhus Kommune fik borgerne adgang i feb. 2012. Se afsnit 1.4. i Fælleskommunal digitaliseringsstrategi (KL-4, 2011).

3.2 Hjemmesygeplejens udvikling og opgaver

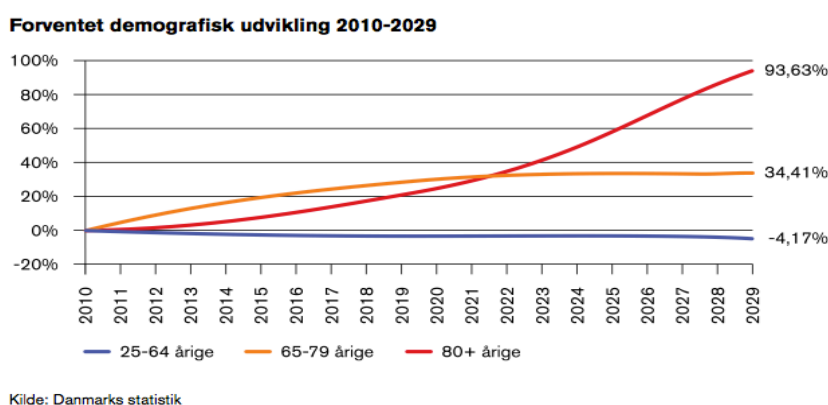
3.2.1 Hjemmesygeplejens udvikling

Sidsel Vinge²⁰ viser kompleksiteten i koordinerede patientforløb i dagens Danmark under ”Fremtidens Sundhed” i ”IT, KOORDINEREDE PATIENTFORLØB OG AFBUREAUKRATISERING – ER DER EN SAMMENHÆNG?” (Vinge, 2011):

”Den gennemsnitlige ældre komorbide²¹ kroniker skal gå til kontrol i mindst 2 ambulatorier – ikke sjældent på forskellige sygehusmatrikler – hos egen læge, hvor der i øvrigt også er en sygeplejerske, som tager sig af en del af kronikerkontrollerne. Hun får tværfaglig kronikerrehabilitering i kommunen, et hav af hjemmehjælpere kommer og går, hun får årlige besøg af kommunens sygeplejespecialist i forebyggende hjemmebesøg, hun får hjemmesygepleje og desuden besøg af en kommunal KOL-sygeplejerske, sygehusets udgående ilt-sygeplejerske – og sidst men ikke mindst en særlig koordinationssygeplejerske, som skal hjælpe med at holde styr på det hele. Det kan man godt forstå – de fleste af os, der ikke er ældre komorbide kronikere, ville heller ikke kunne skabe sammenhæng i det her. Derfor myldrer det nu frem med casemanagere, forløbskoordinatorer og diverse former for sundhedskoordinatorer som led i kampen for at få sammenhængen tilbage i patientforløbene”.

KL har i 2011 i samarbejde med Sundhedskartellet²² udarbejdet en statusrapport over Fremtidens Hjemmesygepleje (KL og Sundhedskartellet-1, 2011) – baseret på resultater af et strategiprojekt (beskrevet i afsnit 3.3.1) og ser på udviklingen af hjemmesygeplejen siden 2007, hvor Sidsel Vinge kortlagde hjemmesygeplejens udvikling gennem 10 år (Vinge, 2007). Statusrapporten beskriver, at hjemmesygeplejen er i fokus p.g.a. den demografiske udvikling, udvikling i danskernes sygdomsbillede og udviklingen i det regionale sundhedsvæsen. ”Der er kommet flere ældre med kroniske sygdomme, flere, nye og mere komplekse opgaver i hjemmesygeplejen – borgere udskrives tidligere og med mere komplekse sygeplejebehov – forbedrede behandlingsmuligheder betyder, at flere opgaver kan varetages i borgeres eget hjem”.

I rapporten og hos kommuner og KL er der stor fokus på den demografiske udvikling, som betyder, at antallet af ældre vil stige markant, mens antallet af yngre (arbejdsstyrken) vil falde – se Figur 9. KL skriver i pjece om ”Nye ældre, nye muligheder” (KL-1, 2010), at det er velkendt, at vi står overfor en demografisk udfordring, og at de næste mange år vil byde på flere ældre. Om 10 år vil der være behov for 10 mia. kr. mere på ældreområdet, hvis alt fortsætter uforandret, og om 20 år vil udgifterne være oppe på 65 mia. kr.



Figur 9. Demografisk udvikling (KL-1, 2010)

²⁰ Sidsel Vinge er seniorprojektleder ved DSI (Dansk Sundheds Institut) og sundhedsforsker

²¹ Komorbiditet dækker over to betydninger: 1. tilstedeværelsen af én eller flere helbredstilstande (dvs. sygdomme, forstyrrelser, lidelser osv.) foruden en primær tilstand. 2. effekten af den primære tilstand.

²² DSR- Dansk Sygeplejeråd

Sidsel Vinge skriver (Vinge, 2011) om udviklingen i sundhedssektoren:

- *Udviklingen i aktivitet: INTENSIVERING: Kortere indlæggelser (-24% på 10 år), mere ambulant aktivitet (+60%), lidt mere stationær aktivitet (+8%).*
- *Udviklingen i organisering: FRAGMENTERING:*
 - *Faglig specialisering: særlige enheder, udgående teams*
 - *Organisatorisk specialisering: akut/elektivt, koordination som specialfunktion*
- *Udfordringen: Intensiveringen stiller krav om mere koordination – og fragmenteringen skaber kun mere koordinationsarbejde.*

I forbindelse med strukturreformen i 2007 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2007) blev der indført kommunal medfinansiering af regionale sundhedsydelser, færdigbehandlingstakster samt obligatoriske sundhedsaftaler. Hjemmesygeplejen har fået en større rolle i forebyggelse af indlæggelser, og i at sikre sammenhængende patientforløb. Ifølge strukturreformen, skal kommunerne overtage hovedansvaret for den forebyggende og sundhedsfremmende indsats fra amterne i forhold til borgerne, og for at sikre sammenhæng mellem regionernes og kommunernes indsats på sundhedsområdet, vil disse være forpligtigede til at indgå et forpligtende samarbejde i sundhedskoordinationsudvalg vedrørende sammenhæng i behandling, træning, forebyggelse og pleje. Derudover skal der udarbejdes sundhedsaftaler i forhold til udskrivningsforløb for svage ældre patienter, forebyggelse og genoptræning. Det fremgår også, at kommunerne skulle bidrage til finansiering af sundhedsvæsenet som tilskyndelse til at sætte gang i forebyggelsestiltag. I 2012 steg den kommunale medfinansiering til regionerne med 420 mio. kr., så den i alt er på 18.886 mio. kr. (Danske Regioner, 2011).

I strukturreformen (Figur 10) er det beskrevet, at ændringerne skal være udgiftsneutrale, og at pengene skal følge opgaverne:

Boks 1.4 Pengene følger med opgaverne
"Aftaleparterne er enige om, at reformen hverken skal indebære højere skatter eller øgede offentlige udgifter. Ændringerne i opgavefordelingen vil blive gennemført ud fra princippet om, at reformen er udgiftsneutral og pengene følger med opgaverne. Derved sikres, at de myndigheder, der får ansvaret for nye opgaver kompenseres herfor af de myndigheder, der afgiver opgaverne."

(Uddrag af Aftale om strukturreform indgået mellem regeringen og Dansk Folkeparti)

Figur 10. Kilde: Kommunalreformen – kort fortalt (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2007)

Ifølge KLs statusrapport om Fremtidens hjemmesygepleje, er der ikke sket en mærkbar stigning i antallet af kommunale hjemmesygeplejersker – se Figur 11

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Basis-sygeplejersker	8054	7937	7792	7810	7762	7768	7729	7768	7647	7591	7830

Figur 11. Antal basissygeplejersker de sidste 10 år - Kilde: <http://www.fldnet.dk/> -

I juni 2011 var der 7751 basissygeplejersker, hvilket var færre end i 2007, hvor reformen kom. Antallet af hjemmesygeplejersker er faldet igennem de sidste 10 år. Fordelingen af sundhedsfaglige medarbejdere på ældreområdet var således i 2010: Social- og sundhedshjælpere 86%, sygeplejersker 11% og terapeuter 3%. Kilde: "Nye ældre, nye muligheder" (KL-1, 2010).

I øjeblikket tales der om ”udlægning” af patienter. Udlæggelser – hvor patienten er indlagt i eget hjem – kan blive fremtiden for patienter med kroniske lidelser, ”*men det kræver en høj grad af samarbejde på tværs af sektorer, påpeger Klaus Phanareth, leder af Telemedicinsk Forskningsenhed på Frederiksberg Hospital*” (Bang, 2011). Forsøg med telemedicin og teleomsorg er stigende (Broksø, 2011), og det kan vise sig at være en bombe for den hidtidige organisering af Hjemmesygeplejen, som skal passe de ”udlagte”. Der vil blive behov for et fælles dokumentationssystem, og i dag findes der kun få tværsektorielle portaler, som udelukkende bygger på dobbeltdokumentation fra begge sektorer.

KL skrev i rapporten om ”Nye ældre, nye muligheder” (KL-1, 2010), at der skal være fokus på bedre arbejdstilrettelæggelse og anvendelse af alle faggruppers kompetence bedst muligt, men at der så også er behov for at se på de nuværende grunduddannelser til f.eks. social og sundhedshjælperne. KL vurderer, at der med de mange nye sundhedsopgaver vil der være behov for flere sundhedsfaglige kompetencer.

KL mener:

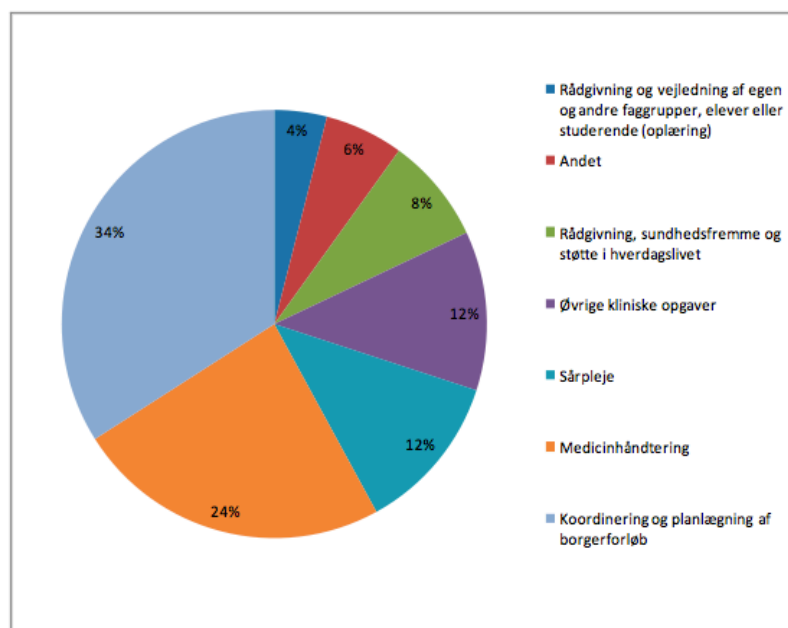
- Kommunerne skal fortsat arbejde målrettet med at udvikle de gode arbejdspladser, skabe gode rammer for fleksibel arbejdstilrettelæggelse og nedbringe sygefraværet.
- Staten og kommunerne skal i fællesskab gennemføre et 360 graders eftersyn af de grundlæggende uddannelser på social- og sundhedsområdet.
- Der skal ansættes flere social- og sundhedsassistenter og flere sygeplejersker og terapeuter på det kommunale ældreområde.
- Der skal fokuseres mere på det personlige og faglige lederskab på ældreområdet.

Figur 12. Kilde: ”Nye ældre, nye muligheder” (KL-1, 2010)

3.2.2 Sygeplejens opgaver og organisering som følge af strukturreformen

I tidligere nævnte statusrapport og udfordringsrapport har KL og sundhedskartellet via spørgeskemaer, fokusgruppeinterviews samt workshops forsøgt at kortlægge hjemmesygeplejerskens nye og ændrede opgaver efter strukturreformen i 2007. Sidsel Vinge beskrev i sin kortlægning i 2007 hjemmesygeplejens ændrede opgaver gennem de sidste 10 år, via spørgeskema, interviews og observation – se Figur 13. Hjemmesygeplejerskerne beskrev, at kortere indlæggelser betyder, at der opleves større behov for (Vinge, 2007):

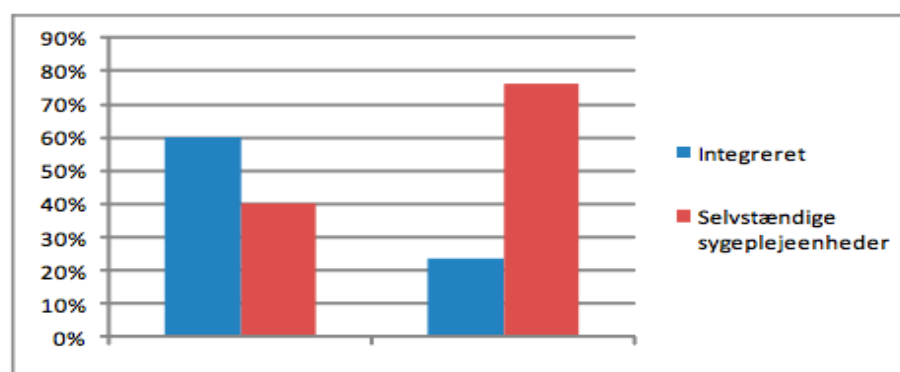
- at stille flere spørgsmål til hjemmesygeplejen
- information og vejledning
- psykosocial støtte og pleje, som følge af angst og utryghed relateret til at være syg (af fx kræft eller hjertesygdom).
- information om operationer, behandlinger, undersøgelser og sygdomme
- at trøste, berolige og lytte.
- vejledende opgaver især i relation til kronisk syge og medicinering, fx oplæring i relation til insulingivning, inhalationsmedicin, kateterpleje og stomipleje.
- konkrete kliniske opgaver som medicinering, sårpleje, dræn, sonder, katetre, IV-adgang, CVK, klargøring til elektive indgreb,
- mobilisering
- observerende og dataindsamlende opgaver i forhold til udredning.
- koordinerende og logistiske opgaver i relation til ambulante udrednings- og behandlingsforløb
- samarbejde med flere udgående specialteams fra sygehussektoren.
- specielle opgaver p.g.a. nye teknologi som hjemmedialyse, telemedicin og KOL-kuffert.



Figur 13. Hjemmesygeplejens opgaver i 2007 ifølge Sidsel Vinge - (KL og Sundhedskartellet-1, 2011)

Figur 13 viser, at ca. halvdelen (48 %) af hjemmesygeplejens opgaver er kliniske opgaver, mens resten er koordinering, rådgivning, sundhedsfremme, støtte og vejledning – hele 34 % er koordinering og planlægning af borgerforløb.

Statusrapporten (KL og Sundhedskartellet-1, 2011) viser endvidere, at der i kommunerne fra 2007-2010 IKKE har været nogen nævneværdig ændring af, om det er central visitation af hjemmesygeplejen eller decentral visitation. Decentral visitation er kun øget fra 60 til 65% i den pågældende periode. Men organiseringen af hjemmesygeplejen er til gengæld ændret markant, idet hjemmesygeplejen er trukket ud af hjemmeplejen og organiseret i selvstændige enheder:



Figur 14. Organisering af hjemmesygeplejen i hhv. 2007 og 2010 (KL og Sundhedskartellet-1, 2011)

25 % af de selvstændige enheder har også ansat sosu-assistenter. Udover disse enheder blev sygeplejersker i 2010 også organiseret i akutte teams, akutte pladser (døgnoophold) og sygeplejeklinikker. 24 % af kommunerne har ikke ansat sygeplejersker i kommunens plejecentre – sygeplejeydelser ydes ved behov fra udekørende hjemmesygepleje, bl.a. i forhold til nyudskrevne patienter (KL og Sundhedskartellet-1, 2011).

Der er overordnet set to modeller for organisering af hjemmesygeplejen:

1. **funktionsbærende enheder** – større eller mindre selvstændige enheder med egen ledelse. Der er altså tale om en samlet sygeplejegruppe, der er fysisk, organisatorisk og ledelsesmæssigt afgrænset fra hjemmeplejen.
2. **integreret ordning** – sygeplejerskerne er organiseret sammen med hjemmeplejen med en fælles leder. Der er altså tale om, at sygeplejerskerne er koblet fysisk, organisatorisk og ledelsesmæssigt sammen med hjemmeplejen.

3.2.3 Udfordringer i Fremtidens hjemmesygepleje

KL har i udfordringsrapporten (KL og Sundhedskartellet-2, 2011) til statusrapporten beskrevet hvilke udfordringer, der i dag er i hjemmesygeplejen i forhold til ovenstående organisationsformer. I udfordringsrapporten blev der inddraget sygeplejersker, ledere m.v. via fokusgruppeinterviews med hjemme- og sygehussygeplejersker, workshops med hjemme- og sygehussygeplejersker og ledere samt kompetenceundersøgelse, spørgeskemaundersøgelse blandt hjemmesygeplejersker.

Undersøgelserne har peget på nedenstående udfordringer:

1. **Organisering:**

Selvstændige sygeplejeenheder kan give et fagligt løft blandt sygeplejerskerne, mens det faglige niveau i den øvrige plejegruppe kan falde. Overblikket over borgerens samlede behov kan mangle. Det kan være svært at sikre koordinering, sammenhæng og fleksibel opgavevaretagelse, hvis ikke der er tætte samarbejdsrelationer mellem hjemmesygeplejersker, og det øvrige plejepersonale, med mulighed for sygeplejefaglig sparring. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på de udfordringer, der følger med den løsning, der er valgt.

2. **Visitation:**

Central visitation som følger en BUM⁵-model, der læner sig op ad visitationen til hjemmehjælp, kan blive for stiv og ufleksibel i forhold til hjemmesygepleje, hvor der hyppigt er behov for at tilpasse ydelser i tid, hyppighed og type. Endvidere udfordres den sygeplejefaglige indsats i forhold til manglende opstarts-dialog med praktiserende læge, speciallæge og hospital. Decentral visitation, hvor den enkelte hjemmesygeplejerske eller hjemmesygeplejeleder selv visiterer til ydelser, kan give risiko for, at overblikket over borgerens behov og samlede hjælp forsvinder. Dermed mistes muligheden for at sikre sammenhæng og koordinere indsatsen.

3. **Samarbejde mellem sygehus og hjemmesygeplejerske:**

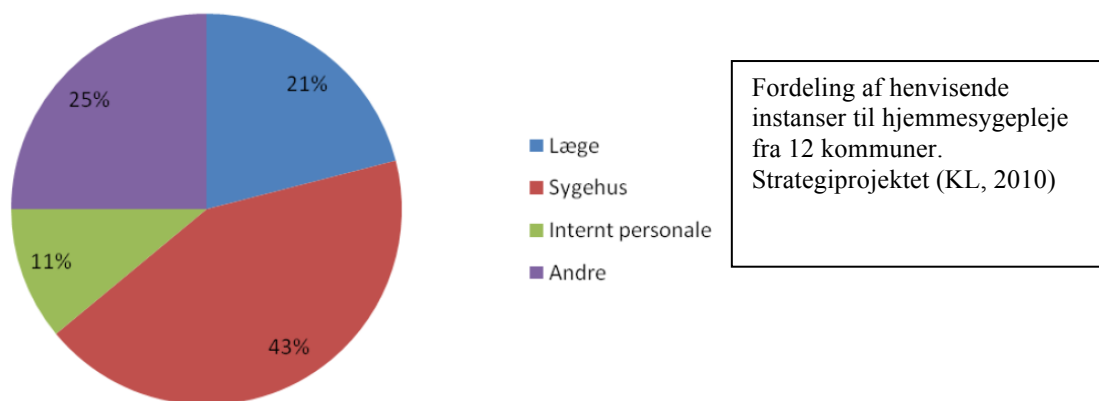
I KLs undersøgelse viser det sig, at 43 % af henvisningerne til hjemmesygeplejen – se Figur 15 – kommer fra sygehuse. Udfordringerne her går på: kommunikation og tilgængelighed i forhold til løbende udveksling af oplysninger; kompetenceudvikling hos kommunerne; forankring af sundhedsaftalerne hos personalet; undersøgelse af, hvad der virker bedst i forhold til at forebygge indlæggelser, forbedre samarbejde og udvikle sammenhængende patientforløb samt at få en delt arbejdsvirkelighed.

4. **Samarbejde mellem praktiserende læger og hjemmesygeplejerske:**

Undersøgelsen fra KL viser, at 21 % af henvisningerne til hjemmesygeplejen kommer fra almen praksis – se Figur 14. Udfordringerne her går på: Behov for øget sparring mellem hjemmesygepleje og praktiserende læger; brug af hjemmesygeplejersker som konsulent inden lægekontakt; definition af opgavesnitflade mellem hjemmesygeplejerske, konsultationssygeplejerske og praktiserende læge.

Henvisning til hjemmesygepleje

12 kommuner havde mulighed for at oplyse henvisende instans: (KL, 2010)



Figur 15. Henvisende instans

25% (andre) indeholder henvisninger fra borgere og pårørende, og vidner om, at befolkningen generelt er veloplyste om hjemmesygeplejens eksistens, og har tillid til den.

Antallet af visiterede sygeplejetimer (ydelser leveret af både sygeplejersker og uddelegerede til andre faggrupper) viste en stigning på 11% i perioden januar til september 2010 (KL, 2010).

5. Kompetencekrav hos hjemmesygeplejersker:

Som følge af kommunens medfinansiering af regionernes sygehus-ydelser, er det nødvendigt at øge indsatsen overfor forebyggelige indlæggelser. Herunder ses et skema over forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 65+ årige, udvalgte diagnoser fra 2009 og i hele landet:

Blodmangel	1,6
Knoglebrud	17,4
Tarminfektion	1,7
Blærebetændelse	4,6
Nedre luftvejssygdom	34,1
Forstoppelse	2,8
Væskemangel	7,0
Sukkersyge	3,4
Tryksår	0,3
Sociale og plejemæssige forhold	0,5
I alt	73,5

Kilde: eSundhed

Figur 16. Forebyggelige indlæggelser pr. 1000 borgere >65 år - Kilde: KLs udfordringsrapport (KL og Sundhedskartellet-2, 2011)

Desuden kræver den øgede kompleksitet i opgaverne i hjemmesygeplejen, hvor det nærmest er "patienter", der udskrives fra sygehusene, at sygeplejerskernes kompetencer svarer til opgaverne.

Udfordringsrapporten viste, at det kan blive en udfordring at løse opgaverne med eksisterende sygeplejefaglige ressourcer og kompetencer i kommunerne. Der er behov for at skabe en forståelse og indsigt i det "nye" sundhedsvæsen, både hos kommunerne og på sygehusene (hos basispersonale og ledelse), og at få skabt en viden om hinandens roller og funktioner i opgaveløsningen.

Hjemmesygeplejerskerne har et kompetencegab, og dette kræver efter- og videreuddannelse, evt. i samarbejde med hospitaler. Kliniske retningslinjer og ressourcepersoner skal prioriteres.

Nana Vogelbein fra DSR²³ skriver i en artikel i Synergi om fremtidens sygepleje (Vogelbein, 2010) "Sygeplejersken som nøglespiller" at *Tæt sundhedsfaglig sparring og supervision af det øvrige personale bliver fremtiden for de kommunale sygeplejersker. Og så skal flere borgere fremover have sygepleje på klinikker i stedet for i deres eget hjem, mener en dansk sundhedsforsker.*

Nana Vogelbein baserer sin artikel på Vinge og Kilsmarks rapport om Hjemmesygeplejerskens opgaver i udvikling (Vinge & Kilsmark, 2009) og oplæg (Vinge, 2011) om fremtidens sundhed. Sidsel Vinge mener, ifølge Nana Vogelbein, at der skal sættes på at udnytte sygeplejerskernes sundhedsfaglige profil og kompetencer mere, end der gøres i øjeblikket, og at sygeplejerskerne skal være kompetente generalister frem for specialister. Hun mener, at hjemmeplejen skal organiseres, så der er klare grænser for delegering af opgaver, da hjemmesygeplejen med den øgede kompleksitet og øgede opgavemængde, og på samme tid faldende antal hjemmesygeplejersker, er nødt til at kunne agere som teamleder/leder for hjemmeplejens andre faggrupper. Sygeplejersken skal kunne delegerer ikke-komplekse opgaver til hjælpere med sparring og supervision, og koordinere indsatsen for et sammenhængende borgerforløb. Desuden bør der sættes mere på sygeplejeklinikker, hvor borgerne kommer til sygeplejen som i lægepraksis, og så kun levere sygepleje i borgers hjem, hvor det er nødvendigt. Sidsel Vinge mener, at kommunerne skal udnytte sygeplejerskernes kompetencer til at forebygge indlæggelser, ved at sygeplejerskerne hjælper hjælpergruppen med at sætte observation og tilbagemelding i system, da det jo er hjælperne, der kommer mest i borgerens hjem, og dermed vil kunne bede sygeplejersken om en vurdering.

"Sygeplejersken skal være tæt på sit team af hjælpere og assistenter, fordi hun har det højeste kompetenceniveau, og er den der skal sikre fagligheden i hele systemet," – Sidsel Vinge (Vogelbein, 2010).

Sidsel Vinge har forsket en hel del i hjemmesygeplejen - hyret af KL: kortlægning af hjemmesygeplejen, som der er refereret til tidligere samt forsket i udviklingen af hjemmesygeplejens opgaver, hvor hun beskriver, at hjemmesygeplejen er i en stor forandringsproces p.g.a. opgaveændring, opgaveøgning og opgaveglidning - se Figur 176:

Skemaet herunder illustrerer de tre typer af forandring og deres primære drivere:

Forandringstyper	Primære drivere
Opgaveændring	Nye og bedre behandlingsmuligheder og behandlingsteknologi
Opgaveøgning	Demografi, sygdomsbillede, behandlingsmuligheder, flere med multiple sygdomme
Opgaveglidning	Kortere indlæggelser, konvertering til ambulant aktivitet

Figur 17. Kilde: Sidsel Vinge i "Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling" (Vinge & Kilsmark, 2009)

KLs statusrapport tager også udgangspunkt i forskning af Sidsel Vinge.

²³ Dansk Sygepleje Råd

3.3 Dokumentation af hjemmesygepleje

3.3.1 KL's Strategiprojekt med anbefalinger til fremtidig dokumentation

Som følge af kommunernes stærkt øgede tilgang af de ovenfor beskrevne opgaver på ældre- og sundhedsområdet, har KL gennem flere år overfor regeringen påpeget behovet for ny finansiering til kommunerne (KL, 2010). Udfordringen har imidlertid været kommunernes manglende dokumentation. På denne baggrund gennemførte KL i 2010 et projekt – Strategiprojektet (om dokumentation og styring) – som resulterede i ny viden på området, men som også viste, at der var behov for, at kommunerne samarbejder om udvikling af den fremtidige dokumentation af hjemmesygepleje. Anbefalingerne fra Strategiprojektet gik på konkrete forslag til, hvordan kommunerne kunne tilvejebringe væsentligt bedre og validt dokumentationsgrundlag for at kunne udvikle, styre og prioritere indsatserne på hjemmesygeplejeområdet, for dermed også nationalt at kunne dokumentere udviklingen, i form af vækst og tilgang af de nye og mere komplekse opgaver (KL, 2010).

De udfordringer, som KL stødte på i forbindelse med Strategiprojektet var:

- A. Store forskelle i den kommunale organisering af sygeplejen med manglende overblik til følge
- B. Flere kommuner vurderede deres indberettede data som værende ikke-valide
- C. Det var et generelt problem at skabe et dokumentationsgrundlag, der matchede den regionale dokumentation, bl.a. fordi kommunerne ikke har haft tradition for at koble diagnose til den leverede indsats. Det var ikke muligt at opgøre antal borgere med diabetes, KOL²⁴ osv., selvom det er sygdomme, som har nationalt fokus, og det er dermed en udfordring for kommunerne, med afsæt i medfinansiering, at arbejde målrettet med indlæggelsesforebyggelse.

Udfordringerne er som tidligere beskrevet, forskellighed i registreringspraksis, som også hindrer muligheden for at sammenligne den ene kommune med den anden (KL, 2010).

Data indsamlet i forbindelse med strategiprojektet:

4 kommuner foretog tidsregistrering af hjemmesygeplejeopgaverne, for at skabe overblik over tidsforbrug og opgaver – se Tabel 1. Projektgruppen mente, at der var tale om mere komplekse forløb, hvilket blev afspejlet i det store tidsforbrug på koordinering og sundhedsfaglig dokumentation.

²⁴ Kronisk Obstruktiv Lungelidelse

Kategori	Pct.
Udskillelser (inkontinens, obstipation mv.)	3,0 %
Respirationsterapi	0,9 %
Medicinhåndtering – dosering	12,2 %
Medicinhåndtering - injektioner (herunder IV-behandling)	2,4 %
Medicinhåndtering - andet (insulin, øjendrypning mv.)	9,2 %
Sårpleje	12,2 %
Palliation	2,4 %
Ernæring og væsketerapi	1,9 %
Koordinering (tværfagligt samarbejde hos borgeren, modtagelse efter udskrivning mv.)	2,3 %
Rådgivning og vejledning af borgeren	2,6 %
Sundhedsfremme og forebyggelse (rådgivning og vejledning af sundhedsfremmekarakter)	1,7 %
Støtte i hverdagsliv (psykisk og social støtte)	4,0 %
Akut behandling/observation (tilkald nødkald)	3,0 %
Dokumentation i samarbejdsbogen hos borgeren	0,9 %
Pleje efter serviceloven	0,9 %
Koordinering (samarbejde om borgeren, fx kontakt til læge, sygehus, plejegruppe, visitation)	10,3 %
Sundhedsfaglig dokumentation	14,4 %
Administration, herunder medicinbestilling	4,2 %
Samarbejde med pårørende om borgeren	1,6 %
Rådgivning og vejledning af egen og andre faggrupper, elever eller studerende (oplæring)	3,8 %
Andet	6,3 %
I alt	100,0 %

Tabel 1. Leverede sygeplejeopgaver i 4 kommuner fordelt på tidsforbrug

Nedenfor er oplistet de indsamlede data, som stammede fra 16 kommuners EOJ (Elektroniske Omsorgssystemer) – og Danmarks Statistik (KL, 2010):

- Antal borgere, som modtager hjemmesygepleje
- Til og afgang af borgere, som modtager hjemmesygepleje
- Aldersfordeling
- Visiterede/leverede timer
- Akutopgaver
- Opgørelse over delegeret hjemmesygepleje
- Henvisningskilde
- Henvisningsårsag

De indkomne data blev omregnet til nationale tal, og viste, at i alt ca. 120.000 borgere modtog hjemmesygepleje. Der er et flow på ca. 15% pr. måned.

På grund af den forskellige registreringspraksis valgte de i projektet udelukkende at se på visiteret tid. Kun 3 kommuner registrerede akutopgaver.

Antallet af delegerede sygeplejeydelser viste, at tallet lå ret stabilt på omkring 40-45.000 timer om ugen og udgjorde mellem 10-85%, hvilket viser, at der er betydelige forskelle fra kommune til kommune i forhold til, hvor meget der uddelegeres til andre faggrupper – eller ydelsen ændres til en anden type, hvilket bevirker, at sygeplejeydelsen ikke kan følges (KL, 2010).

Selvom projektet bidrog til mulighed for beregning af forskellige baseline-tal, så udviklingen kan følges i de kommende år, så er der lang vej endnu. Der er behov for (KL, 2010):

- A. Dokumentation af sammenhænge mellem diagnose, henvisningskilde, henvisningsårsag og ydelser
- B. Mere opmærksomhed på den sundhedsfaglige indsats
- C. Stop for konvertering af uddelegerede sygeplejeydelser til servicelovs-ydelser
- D. Udarbejdelse af fælles kommunale standarder for, hvad og hvordan der skal dokumenteres på hjemmesygeplejeområdet – evt. fælles indsatskatalog
- E. Implementering af styringsværktøjer til sikring af kontinuerlig overvågning med udviklingen af hjemmesygeplejen på kvantitet og kvalitet

- F. Styringsværktøjer til harmonisering mellem hjemmepleje og hjemmesygeplejen, så opgaver kan delegeres og tilrettelægges ud fra LEON-principperne²⁵

I ”Aftale om regionernes økonomi for 2011” (Regionerne, 2010) er det beskrevet, at der i 2011 skal fokuseres på gennemsigtighed samt videns- og datadeling mellem sektorer. Den daværende regering og Danske Regioner var enige om at sætte fokus på udviklingen via 3 områder:

1. Øgning i antallet af ambulante behandlinger,
2. Nedsættelse af indlæggelsestiden og antallet af u hensigtsmæssige genindlæggelser.
3. Tydeliggørelse af indbyrdes forskelle på regions-, sygehus- og kommunalt niveau med henblik på at skabe forbedringer.

I samme aftale står der endvidere om kliniske databaser, at målet vil være at **lette dokumentationsarbejdet hos sundhedspersonalet. Dobbelregistreringer skal halveres inden udgangen af 2011, så der kan frigives tid til patienterne**. Derudover nævnes, at der skal igangsættes en analyse af de kliniske databaser. Årsagen hertil er, at der ønskes, at data skal være tilgængelige, bl.a. for at sikre en hensigtsmæssig anvendelse af ressourcer.

Sidsel Vinge skriver også om kliniske databaser, og at der for både sygehuse og praktiserende læger findes nationale registre som LPR (Landspatientregistret), hvortil sygehusene indberetter diverse koder og diagnoser og Sygesikringsregistret, hvor læger indberetter ydelser, men for kommunernes vedkommende er der ingen oplysninger, fordi der hverken findes sundhedsfaglige eller nationale registre, som giver oplysninger om produktionen. Sidsel Vinge citerer Frede Olesen²⁶ :

[Kommunerne] *”har 10.000 hjemmesygeplejersker og 18 millioner kontakter om året og vi aner næsten ingenting om, hvad de går og laver!”*

I økonomi-aftalen med regionerne er de statslige aktivitetsmidler fordelt på kommuner og regioner på baggrund af takstsystem (Regionerne, 2010), men for kommunernes vedkommende er det sket på baggrund af ”ingenting”, hvad angår sygeplejeopgaverne.

Sidsel Vinge (Vinge, 2011) er i forbindelse med sin kortlægning af hjemmesygeplejen kommet frem til, at der findes 3 grundlæggende former for nødvendigt ”kontorarbejde” for hjemmesygeplejerskerne:

1. DOKUMENTATION af sundhedsfaglige interventioner (journalføring), som er en integreret og lovpligtig del af sundhedspersoners virke (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010), som foregår i borgerens journal. Den er væsentlig både i forhold til løbende refleksion og justering af behandling, men også i forhold til patientsikkerhed, tvister og patientklager samt aktindsigt. (Se afsnit 3.3.4)
1. Sundhedsfaglige NATIONALE REGISTRE – som beskrevet ovenfor (kunne være Danmarks Statistik (se afsnit 3.3.3)
2. Lokale styrings- og kommunikationssystemer. Sidsel Vinge mener, at kommunerne indfører nye dokumentations- og kommunikationssystemer uden at rydde op i eksisterende, og at den kommunale ledelse ikke har den fornødne sundhedsfaglighed i forhold til at behandle patienter (borgerne). Det har medført mangedobling af sundhedsfagligt bureaukrati, dette på trods af, at det STADIG ikke vides, hvad der leveres af hjemmesygepleje i kommunerne. I værste fald kan det betyde, at hjemmesygeplejersken må skrive det samme mange forskellige steder.

Vinge og Kilsmark (Vinge & Kilsmark, 2009) har beskrevet hvordan sygeplejersken et sted måtte dokumentere ikke mindre end 5 steder: I en bog som blev brugt til at læse op fra ved vagtskifte, IT-

²⁵ LEON-princippet (Lavest Effektive OmkostningsNiveau)

²⁶ Frede Olesen, dr. med. prof. i almen med.

system, sygeplejekalender, hvor sygeplejersker kommunikerede fra sygeplejerske til sygeplejerske, kladdehæfte til disponenten som skulle lave kørelister og endelig borgerbogen ude hos borgeren, hvor der er kommunikation med borger og pårørende.

Sidsel Vinge (Vinge, 2011) stiller spørgsmålstejn ved om IT kan være med til at understøtte afbureaukratisering, idet hun ikke mener det er helt klart, hvad der menes med bureaukrati. Sidsel Vinge påpeger, at der eksisterer en forfjelt opfattelse af, at pleje og behandling udelukkende forgår ved siden af borgeren, og at alt hvad der involverer kontorarbejde (pen, papir, diktafon, skemaer, computere, PDA osv.) det er bureaukrati, som der er en opfattelse af bør minimeres eller afvikles. Sidsel Vinge konkluderer, at der må skelnes klart mellem de 3 typer af bureaukrati, hvis der ønskes en konstruktiv dialog om IT og afbureaukratisering i sundhedsvæsenet – nemlig de 3 ovenfor nævnte områder. I forhold til dokumentation mener Sidsel Vinge, at der er behov for en elektronisk ensartet tværsektoriel kommunikerbar journalføring. I forhold til nationale sundhedsfaglige registre mener Sidsel Vinge, at der er behov for harmonisering og udbygning af LPR med en kommunal del og en almen praksis del (Sygesikringsregistret) og i forhold til lokale styrings- og kommunikationssystemer er der behov for sanering. Sidsel Vinge mener, at det store bureaukratiske problem er et lokalt ledelsesproblem.

Sidsel Vinge og Jannie Kilsmark skriver i deres rapport over “hjemmesygeplejen i udvikling” (Vinge & Kilsmark, 2009), at de i forlængelse af den foretagne interviewundersøgelse foretog en registerbaseret analyse med henblik på belysning af udviklingen i de sygeplejeopgaver, som hjemmesygeplejerskerne havde udpeget. De ville benytte data fra kommuner, som anvendte fællessprog II for derigennem at belyse den kommunale indsats hos de pågældende borgere. Det viste sig dog umuligt af få kommunale data fra fælles sprog II i elektronisk form indenfor projektperioden, hvorfor en sådan undersøgelse indtil videre er udsat. Data indgår derfor ikke i den statistiske belysning af udviklingen i de udvalgte sygeplejeopgaver (Vinge & Kilsmark, 2009). Det er således ikke muligt at få overblik over hjemmesygeplejens opgaver og dermed også forandringen i hjemmesygeplejen.

KL mener (KL-1, 2010) – se Figur 187, at det er afgørende, at kommunerne får bedre vidensgrundlag, for at imødekomme de udfordringer ældreområdet står overfor. Det skal være viden, som bygger på praksisnær forskning, hvilket indebærer dokumentation af de kommunale indsatser, og deltagelse i forskningsprojekter, så der kan indhentes viden om metoder, som er brugbare hvad angår træning, pleje og behandling – det er nemlig viden, som kommunerne efterspørger.

KL mener:

- Kommunerne skal målrette og systematisere den faglige dokumentation, så den kan anvendes til forskning.
- Staten skal prioritere forskningsmidler til ældreområdet.

Figur 18. ”KL mener” - Kilde: ”Nye ældre, nye muligheder” (KL-1, 2010)

3.3.2 Partnerskabsprojektet 2011

Formålet med partnerskabsprojektet er at støtte interesserede kommuner i at implementere anbefalingerne fra strategiprojektet i 2010, og løbende indsamle og analysere data fra de deltagende kommuner (KL-1, 2011). Projektet blev organiseret som et partnerskabsprojekt forankret i KL, fordi

hjemmesygeplejen og den sundhedsfaglige dokumentation har stor bevågenhed i alle kommuner. Projektet kører over 2 år (start i juni 2011) for at skabe tilstrækkelig tid til både udvikling og erfaringsopsamling. En væsentlig forudsætning for - og krav til - projektet vil være, at der i størst mulig omfang tages afsæt i bedre, og mere systematisk dokumentation af data, og at nye data skal kunne tilvejebringes med et minimum af ekstra tid til administration (KL-2, 2011).

3.3.3 Indberetning af data fra hjemmesygeplejen

Kommunerne skal fra 2011 registrere de ydelser, som leveres på hjemmesygeplejeområdet, da det som konsekvens af aftalen om national dokumentation på det kommunale sundhedsområde er aftalt, at Danmarks Statistik og Sundhedsstyrelsen i 2011 skal offentliggøre indikatorer¹⁰ om hjemmesygepleje (Kristensen, 2010). Derfor er det nødvendigt, at kommunernes omsorgssystemer i 2011 kan understøtte den krævede dokumentation, samt indberette oplysningerne, som er:

- Antal modtagere af hjemmesygepleje opdelt på aldersgrupper pr. 1.000 indbyggere
- Antal besøg af hjemmesygeplejen pr. måned pr. modtager, opdelt på ydelseskatalog
- Antal forebyggelige indlæggelser af borgere, som modtager hjemmesygepleje

De to første indikatorer er kommunerne ansvarlige for – den sidste indikator indhenter Danmarks statistik fra nationale registre (Kristensen, 2010), som hjemmesygeplejen ikke har adgang til (bl.a. LPR).

Sygeplejeydelserne skal – hvis det er muligt – også indberettes, hvis de leveres af andre faggrupper. For at indberette ydelserne skal alle kommuner foretage en mapning af deres sygeplejeydelser til 12 områder, som er baseret på Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser (se afsnit 3.3.4), således at indberetningerne efterfølgende bliver sammenlignelige. Udover de 12 områder er der dog valgt at oprette et 13. område til ”andet”. Registreringerne skal bruges til at skabe national dokumentation på hjemmesygeplejens område, og følge udviklingen i denne (Kristensen, 2010).

3.3.4 Lovgivning om sygeplejefaglige optegnelser

Hjemmesygeplejen er defineret som den organisatoriske enhed, der varetager opgaver efter § 138 i Sundhedsloven (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010). Ifølge **bekendtgørelsen om hjemmesygepleje** (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2007) skal hjemmesygepleje ”ydes vederlagsfrit efter lægens henvisning”, og det omfatter:

- 1) Sygepleje, herunder omsorg og almen sundhedsvejledning, afpasset efter patientens behov.
- 2) Vejledning og bistand, herunder opsøgende arbejde, i samarbejde med lægelig og social sagkundskab til personer eller familier, der har særlige behov herfor.

Sygeplejersker har ifølge **lov om autorisation af sundhedspersoner** (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008) pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, og er ”**forpligtet til at afgive de indberetninger og anmeldelser, som af hensyn til den offentlige sundhed afkræves vedkommende af sundhedsmyndighederne, og til at opfylde den oplysnings- og indberetningspligt, der i øvrigt påhviler vedkommende efter lovgivningen.**” Samme lovs kap. 6, § 21 omhandler journalføringspligt og denne pligt har kun læger, tandlæger, kiropaktorer, jordemødre, kliniske diætister, kliniske tandteknikere, tandplejere, optikere og kontaktlinseoptikere. Lovgivningen giver således ikke sygeplejersker journalførings**pligt**, men i stk. 2 nævnes det, at ”*Sundhedsstyrelsen kan fastsætte regler om, at andre end de i stk. 1 nævnte grupper af autoriserede sundhedspersoner skal føre patientjournaler, herunder om omfanget af journalføringspligten m.v.*”.

Sundhedsstyrelsen har således udarbejdet en række mindstekrav til sygeplejerskers journalføring/dokumentation i **Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser** (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2005). Sundhedsstyrelsen mener, at omhu og samvittighedsfuldhed i forhold til dokumentation kræver:

”ordnede optegnelser af planlagt og udført sygepleje –skal sikre kontinuitet, sikkerhed og kvalitet i forbindelse med pleje og behandling af patienter. Sygeplejefaglige optegnelser/journaler bidrager til, at det sygeplejefaglige personale kan registrere og genfinde relevante oplysninger med henblik på kommunikation både inden for egen faggruppe og tværfagligt.”

Journalføring skal indeholde nødvendig dokumentation, som opfylder loven om patienters retsstilling vedr. information, samtykke og aktindsigt – **Sundhedsloven** (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010). Indhold af journal for sygeplejefaglige optegnelser (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2005):

Pligten til at føre disse optegnelser påhviler den sygeplejerske/sosu-assistent, der har ansvar for plejen og behandlingen af patienten. Sygeplejersker kan også indberettes for mangelfuld journalføring, og dette bliver offentliggjort²⁷, og hun/han kan risikere at miste sin autorisation.

Pleje og behandling forstås i vejledningen som **”undersøgelse, udført pleje og behandling, forebyggelsestiltag, lindring, rehabilitering og observation m.v.”**

Journalen forstås i vejledningen som:

- ordnede optegnelser, som indeholder de sygeplejefaglige optegnelser.
- et arbejdsredskab i det sygeplejefaglige arbejde, som understøtter pleje og behandling.
- vigtigt grundlag for information af patienten, herunder i forbindelse med aktindsigt.
- Et redskab, der har betydning i forbindelse med Sundhedsstyrelsens udøvelse af tilsyn med sygeplejefaglig virksomhed og ved behandling i Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og Patientforsikringen.
- En mulighed for at vurdere og udvikle sikkerheden og kvaliteten af det udførte arbejde og bidrage til faglig udvikling.
- kan også have betydning i forsknings- og uddannelsesøjemed.

”Journalen skal indeholde alle relevante oplysninger af betydning for observation, pleje og behandling af patienten”

Der skal på baggrund af journalen kunne redegøres for patientens tilstand, hvilke overvejelser, der er gjort, hvilken pleje og behandling, der er planlagt, og hvilken pleje og behandling, der er udført samt resultatet heraf (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2005). Dette gælder uanset, om journalen er elektronisk eller ej.

Desuden står der i vejledningen, at **”Journalen skal føres fortløbende/kontinuerligt og i umiddelbar tilknytning til planlægningen og udførelsen af pleje og behandling af patienten. Dato og om nødvendigt klokkeslæt for notatet skal anføres”**.

²⁷ <https://www.sundhed.dk/Profil.aspx?id=62491.1.139984> og Sundhedsvæsenets patientklagenævn: <http://www.pkn.dk/offentliggjorteafgoerelser/afgoerelser/tema/JournalF8ring#list>

I vejledningen er der nævnt 12 problemområder, som sygeplejersken i de sygeplejefaglige optegnelser SKAL have taget stilling til:

”De 12 Sygeplejefaglige problemområder :

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

Sammenfattende vil dette sige, at da hjemmesygeplejerskerne ifølge lovgivningen ikke har pligt til journalføring men har pligt til omhu og samvittighedsfuldhed, er der fra Sundhedsstyrelsen udstukket disse vejledninger om sygeplejefaglige optegnelser, hvor der flere steder står ”pligt”.

At det er en vejledning, kan således give anledning til misforståelser og til at tro, at det ikke er et KRAV at følge denne, hvilket har gjort, at Sundhedsstyrelsen er blevet nødt til at komme med en udmelding om, at en vejledning er en fortolkning af en lovparagraf, og derfor SKAL følges, er bindende og skal indgå i lokale retningslinjer (Dons(Tilsynschef-SST), 2009). Området er ofte til diskussion, specielt når embedslægeinstitutionen kommer på tilsyn, og i forhold til patientsikkerheds-sager. DSR (Dansk Sygepleje Råd) har ønsket at få journalføringspligten indskrevet i lovgivningen, så der er klare linjer om, hvad sygeplejerskerne har pligt til.

DSR ønsker journalføringspligt for sygeplejersker af hensyn til kvalitet, sammenhæng i patientforløb og patientsikkerhed, idet patientklagenævnet i sager om sygeplejerskers ansvar betragter ” *manglende eller mangelfulde sygeplejefaglige optegnelser som manglende omhu*” - Artikel i Synergi (Harr(DSR), 2006).

3.3.5 Udenlandske videnskabelige studier om sygeplejedokumentation

Andre (mest udenlandske) studier viser, at der også andre steder er udfordringer i forhold til sygeplejefaglig dokumentation. Disse studier er dog relateret til arbejdspraksis på hospitaler. Vi har valgt at præsentere udvalgte studier, som fokuserer på, hvad og hvordan, der dokumenteres, samt tids aspektet. Der er ikke rigtig nogen studier, der omhandler en definition af, hvad dokumentation indeholder af opgaver – tages for givet, at det er at registrere og journalføre på papir eller i elektroniske systemer.

Glasper har skrevet en artikel, som fokuserer på det sygeplejefaglige ansvar i forhold til dokumentation, set i lyset af det ansvar, som sygeplejersken står alene med, hvis der rejses anklager om svigt i pleje og/eller behandling (Glasper, 2011). For selvom der er en ansvarlig ledelse, er det den enkelte sygeplejerskes ansvar at have opfyldt de dokumentationskrav, som kan bevise, at patienten har modtaget den fornødne pleje og behandling. Artiklen peger dog også på udfordringer som dobbeltdokumentation, idet sygeplejerskerne ofte dokumenterer på papirhåndklæder, som i værste fald ikke en gang ender som dobbeltdokumentation, men i vaskeriet, fordi papiret ligger i lommen på kitlen, som er lagt til vask.

Dobeltdokumentation nævnes som en udfordring i en rapport fra Maryland Nursing Workforce Commission fra maj 2007 (Gugerty et al., May 2007). Den bygger på 933 social- og sundhedsassistenters og sygeplejerskers spørgeskemabesvarelser. Rapporten viser, at der er udfordringer i forhold til dobbelt dokumentation. 89% mente, at der blev dobbeltdokumenteret, ”nogle gange”, ”ofte” og ”meget ofte”, ud af disse havde 55% valgt ”ofte” og ”meget ofte”. Derudover viste besvarelserne, at der blev brugt voldsom tid på dokumentation, tid som blev taget fra patienterne. 54% mente de brugte mellem 25-50% af arbejdstiden på at dokumentere, 17% mente de brugte mindre end 25% af arbejdstiden og 24% mente de brugte mellem 51 og 75% på denne opgave! Forfatterne skriver, at disse fund svarer nogenlunde til det, en undersøgelse fra 2005 samme sted viste. Besvarelserne viser i øvrigt også, at indførelsen af elektroniske systemer til sygeplejefaglig dokumentation, har øget tidsforbruget, men samtidig forbedret både sikkerhed og kvalitet. Som konklusion kommer forfatterne med anbefalinger: De mener, at der bør skabes forum til drøftelse af dokumentation, og tages initiativ til forbedring af de elektroniske systemer. Disse tiltag kan medvirke til nedbringelse af dobbeltdokumentationen, ligesom implementering af f.eks. bærbare pc eller PDA kan forebygge dobbeltdokumentation. Derudover anbefaler de, at sygeplejefaglig dokumentation indføres i de sygeplejefaglige uddannelsesprogrammer. De foreslår, at dokumentationstiden nedsættes med 25%, men at det gøres over 3 år. Dette vil på flere måder høste økonomiske gevinster, idet sygeplejerskerne også i mange tilfælde har fået udbetalt overarbejde, for at dokumentere efter arbejdstid. Der er også anbefalinger om, at det vil det være en god ide at spørge ind til, hvor længe sygeplejerskerne har benyttet et elektronisk dokumentationssystem inden en evt. undersøgelse, og teste effekten af elektronisk dokumentation i forhold til sygeplejefaglig tilfredshed. Forfatterne mener også, at der skal formuleres objektive målbare krav til kvalitet af dokumentationen, samtidig med måling af sygeplejerskernes forventning. Ledere skal kommunikere og gå i dialog med medarbejderne om dokumentation, og endelig opfordres til at sammenligne med andre.

Et studie fra Florida (Moody et al., 2004) beskriver 100 sygeplejerskers/social- og sundhedsassistenters opfattelse af dokumentation i et elektronisk hospitalssystem (EHR Electronic Health Care). Sygeplejerskerne var ansat på et stort hospital i Florida, og var fordelt over 23 afdelinger. Studiet havde fokus på undersøgelse af sygeplejerskernes behov, hvad de foretrækker og deres opfattelse af elektronisk dokumentation – inkl. den afledte indflydelse på patientbehandlingen. Studiet konkluderede også her, at der blev dobbeltdokumenteret, og at sygeplejersker med kompetencer i forhold til brug af computer, havde en større viden og forståelse af computerteknologi parret med en positiv attitude i forhold til teknologi, end dem med færre kompetencer i forhold til brug af computer. Årsagen ligger i, at dem med kompetencer i forhold til computerbrug, bedre er i stand til at se, hvordan teknologien kan være en fordel for sygeplejerskernes sundhedsarbejde. Forfatterne mener, at en måde at øge accepten af informationsteknologi på er ved at udføre usability tests (brugervenlighedstest), så det afdækkes hvad brugerne har behov for. Resultater fra studiet er i øvrigt blevet brugt til at implementere ændringer i det pågældende system.

I et tysk evalueringsstudie, hvor computerbaseret sygeplejedokumentation sammenlignes med papirbaseret dokumentation på en afdeling på Heidelberg Medical (Ammenworth et al., 2001), fandt forskerne ud af, at tidsforbruget var lavere på planlægning i den computerbaserede dokumentation, men på den anden side var tiden til dokumentation af opgaver og rapport skrivning større. Kvaliteten kunne ikke påvises at være forbedret, men der var dog en klar forbedring i læsbarhed og fuldstændighed i dokumentationen, således at andre faggrupper udtrykte stor forbedring i kommunikationen mellem faggrupper. Desuden blev brugeraccepten af computerbaserede systemer øget under studiet.

I den computerbaserede var der mange fritext-felter og der blev skrevet en kort rapport fra hver vagt. Studiet blev udført som randomiserede kontrol tests (dog i praksis) over 10 uger med 60 patienter og 10 sygeplejersker med et mix af kvalitative og kvantitative metoder såsom selv-administrerede spørgeskemaer, interviews, selv-observation(målinger) og kvalitets-tjeklister. Sygeplejerskerne fortalte, at planlægning med papirbaserede værktøjer er meget tidskrævende. Det var meget lettere med computer og blev derfor gjort oftere. Der blev inddraget eksperter til at vurdere kvaliteten, da forskerne ikke kunne finde en egnet valideret tjekliste fra andre studier. Der var i studiet ikke taget højde for side-effekter (gevinster) som bruger accept og kommunikation mellem faggrupper.

En rapport fra Maryland Nursing Workforce Commission, USA, fra maj 2007 (Gugerty et al., May 2007) bygger på 933 besvarelser af et spørgeskema, og konkluderer:

- Flere redundante data
- Voldsom brug af tid til dokumentation, som tager tid fra patienterne, som de har behov for
- Mere end 1/3 af sygeplejerskerne bliver rutinemæssigt på overtid for at færdiggøre dokumentationen og næsten 2/3 ad disse får overtidsbetaling
- Der dokumenteres rutinemæssigt andet end, hvad der følger med sygeplejefaglig dokumentation
- Men dokumentationen er forbedret med elektronisk dokumentation hvad angår at komme hele vejen rundt og kvaliteten er bedre.
- Der kan spares mange penge ved at nedsætte dokumentationstiden, men det kræver samtidig kvalitetssikring af dokumentationen

Keenan og kolleger, USA (Keenan et al., 2008) har i rapporten "Documentation and the Nurse Care Planning Process" i bogen "Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses" præsenteret en ramme til udvikling af "Hands-on Automated Nursing Data System" (HANDS) metoden, baseret på gennemgang af adskillige internationale studier og undersøgelser af sygeplejedokumentation. De mener, at redskaber er essentielle for at sikre kontinuitet, sikkerhed og kvalitet i patientplejen, hvor der er mange forskellige klinikere involveret på forskellige steder – informationsflowet skal understøttes. De mener endvidere, at fokus for dokumentation er flyttet fra et redskab til at sikre, at der ikke sker usammenhængende pleje, nær-ved hændelser og fejl. De evaluerer en række studier om sygeplejedokumentation, opdelt i emner:

- **Studier om at dokumentere (record keeping)**

De forskellige reviews og studier viser, ifølge forfatterne, at dokumentationen ikke møder kravet om at være et kommunikationsværktøj, som sikrer kontinuitet, kvalitet og sikkerhed i plejen. Der er også forskellige forhold, som peger på, at sygeplejearbejdet er misforstået, og derfor er der en stor forskel på dokumentationen fra afdeling til afdeling og mellem sektorer. Derudover viser studierne, at sygeplejersker i vid udstrækning bruger skygge dokumentation for at udføre akut patientpleje og tage beslutninger. Og så er det også kommet frem, at der er en overvældende negativ holdning til formel dokumentation fra fjendtlighed til: "det er jo bare krav".

- **Studier om præsentation og fuldstændighed i sygeplejedokumentation**

De forskellige studier om dette påpeger to ting, ifølge forfatterne. Fuldstændig sygeplejedokumentation kan have effekt på pleje-kvaliteten, men kun hvis den er fuldstændig med det rette indhold. Her er det igen, at et dokument-fokus, fremfor patient-centreret fokus, ikke gør så meget for at understøtte den delte forståelse blandt klinikere og kommunikationen, som der er behov for, for at sikre kontinuitet, kvalitet og sikkerhed i plejen. Det typiske indhold og opbygning af dokumentationen, og manglen på tilgængelighed, har også resulteret i dokument-centreret fremfor patient-centreret dokumentation.

- **Tidsforbrug på dokumentation**

De forskellige studier om dette, bl.a. Poissant og kolleger og Hardey og kolleger, viser, ifølge forfatterne, at sygeplejersker ikke selv anser dokumentation som en del af patientplejen på trods af, at der er en kode i NIC²⁸ for dokumentation af interventionen ”dokumentation”, og at dokumentation har lav status blandt sygeplejerskerne. Studierne viser endvidere, at sygeplejerskerne bruger signifikant meget tid på dokumentation, og det antydes, at det giver store omkostninger at vedligeholde et dokumentationssystem, der ikke understøtter klinikernes beslutninger i den patient-centrerede pleje. Forfatterne mener, at det er spild af tid at vedligeholde noget, der ikke giver værdi og begrænser sygeplejerskernes tid til at deltage i værdi-baserede pleje-aktiviteter.

- **Studier, som fokuserer på at forbedre dokumentationen**

Hovedfokus i disse studier understøtter, ifølge forfatterne, at velkonstruerede interventioner som uddannelse og revidering af formularer kan styrke dokumentationen, og forbedre patientplejen. Der viser sig også at være et tidsrelateret mønster mellem brugertilfredsstillelse, accept og opnåelse af ønsket dokumentation, som følge af implementering af nye computer systemer. Men mønstre må tolkes med forbehold p.g.a. forskelle i undersøgte kontekster, forskellige systemer og evalueringsmetoder. Det er svært at generalisere p.g.a. stor variation i dokumentationspraksis.

- **Sygeplejeplaner**

Der har været flere studier om dokumentation af sygeplejeprocessen/sygeplejeplaner, flere om VIPS (den skandinaviske sygeplejemodel på sygehuse(velfærd, integritet, prævention og sikkerhed)). Studierne indikerer flere ting, bl.a., at når omtanke indgår i planlægningsprocessen, bliver patientudbyttet bedre, men også at ændringer i planlægningsprocessen bliver gjort ad hoc. Desuden har det mest været case studier, ikke studier på tværs af afdelinger og sektorer, så kontinuiteten i plejen kan ikke påvises. Studierne har været fokuseret på selve dokumentet til sygeplejeplanen/processen, og ikke om der kunne ændres noget ved tilgangen, så sygeplejerskerne nemmere kunne bruge det. Mangel på sygeplejerskernes input i disse planer, har gjort det svært at bedømme om der kunne være en anden tilgang.

- **Mod tværfaglig planlægning**

De problemer, det har givet at udvikle et planlægningssystem, kun for sygeplejersker, viser, at det er endnu sværere at udvikle et system, der understøtter den tværfaglige planlægning, mener Keenan og kolleger. Tværfaglig planlægning er på sin plads, når et team når konsensus om behandling og mål for patienten. I et studie af Atwal viste det sig, at flere dele omkring udskrivelser ikke blev gjort i samarbejde. Sygeplejersker nævnte mangel på tid, som den største barriere.

- **Praksis implikationer**

De fleste plejeplanlægningsmetoder giver ikke mening, og er dårligt designet, der er dårlig

²⁸ NIC=Nursing Intervention Classification, som beskriver en sygeplejerskes aktiviteter i planlægningen af sygeplejeprocessen for at lave en sygeplejeplan – NIC består af 433 forskellige standardiserede interventioner.

adgang og ingen standarder. Manglen på brugbarhed får forfatterne til at stille spørgsmålstejn ved moralen i, om omkostningerne ved at vedligeholde systemet i sin nuværende form, kan retfærdiggøres (ca. 15 % af en sygeplejerskes tid). Forfatterne mener, at der er brug for at udvikle en patient-centreret løsning, som dækker hele industrien. Først derefter kan forbedringerne på sikkerhed, omkostninger, kvalitet og kontinuitet blive en realitet. De mener, at der er beviser for, at systemerne til dokumentation ikke opfylder deres primære formål. Men med fokus på sekundære formål, såsom akkreditation, lovkrav og ledelsesinformation, har skabt et dokument-centreret system fremfor et patient-centreret, som støtter patientens flow igennem behandlingen.

Forfatterne præsenterer modellen for HANDS, som er en metode, der adresserer behovet for en bredt-baseret standardisering af fokusområder indenfor dokumentation og kommunikation til at facilitere det patient-centrerede informationsflow. Den standardiserer plejeplans-dokumentationen og fjerner de mange forskellige formularer. Den understøtter tværfaglig beslutningstagning, som bygger på delt viden fra klinikerne.

3.4 Et dansk studie af sygeplejerskers dokumentation

DSR Analyse og Sygeplejersken har i samarbejde med MEGAFON undersøgt omfanget af dokumentationsopgaver i sygeplejerskernes hverdag på sygehuse i Danmark (Rath (DSR), 2008) – undersøgelsen omfattede sygeplejersker i basisstilling og specialistfunktion. 90 % af de 3.152 sygeplejersker fra hele landet, som har fået spørgeskemaet pr. mail, har svaret på spørgeskemaet. Stort set alle benytter en form for dokumentationssystem i deres daglige arbejde – alle dokumentationssystemer var en del af undersøgelsen. Udvalgte resultater af undersøgelsen var, at

- 78 % af sygeplejerskerne skønner, at de dagligt bruger ml. 30 min og 180 minutter på dokumentationsopgaver dagligt.
- 62 % mener, at ingen el. få dele af dokumentationen er unødvendig.
- 18 % mener, at deres dokumentation bliver brugt efterfølgende.
- 74 % mener at alle el. store dele af dokumentationen er vigtig for patientsikkerheden.
- 80 % oplever dobbeltdokumentation
- 50 % oplever altid el. ofte at dokumentationen tager tid fra patienterne.

Dobeltdokumentation opleves som:

1. Det samme skrives i to forskellige systemer
2. Forskellige faggrupper skriver det samme i hver deres papirer/systemer
3. Der skrives det samme på papir og i elektronisk system

Tid, der bruges på dokumentation, ifølge Morten Bue Rath:

Næsten 50 % bruger mellem en halv time og halvanden time dagligt på dokumentation (heraf er der knap 25 % der svarer 60 minutter), mens der også er en stor andel der bruger mellem halvanden time og to en halv time (31 %). I gennemsnit er det halvanden time pr. sygeplejerske dagligt.

Der var i undersøgelsen ikke stor forskel på regionerne, men derimod var der aldersmæssig forskel. De yngre under 40 år brugte i gennemsnit 9 minutter mere på dokumentation end dem over 40 år. 80 % mellem 18-39 år mente, at alle eller store dele af dokumentationen er vigtig for patientsikkerheden, mens det tilsvarende tal for sygeplejerskerne på 50 år eller over er 67 %. Det var også en større del af dem under 39, der oplevede dobbeltdokumentation end dem over. Gældende for undersøgelsen er, at der IKKE er defineret, hvad dokumentation indeholder.

3.4.1 Forundersøgelse i landets kommuner

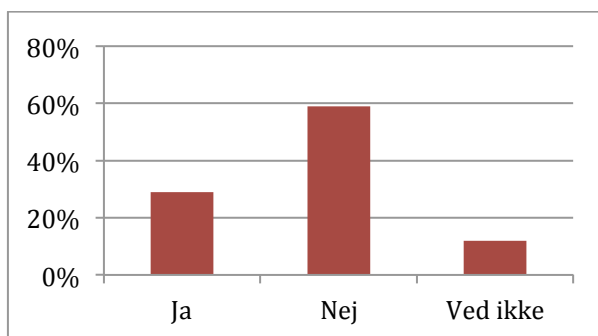
I efteråret 2011 gennemførte vi en elektronisk spørgeskemaundersøgelse – se bilag 13.1.

Spørgeskemaerne var udarbejdet i free ware programmet ”Ask People” (www.askpeople.dk).

Spørgeskemaet blev udsendt til landets 98 kommunale EOJ kontaktpersoner. Ud af de 98 kommuner svarede 67. Svarprocenten var således på 65,6%. Formålet med undersøgelsen var at undersøge, om vi kunne få bekræftet nogle af de antagelser, som vi havde om sygeplejefaglig dokumentation: At der ikke er en definition af, hvad dokumentationstiden indeholder af opgaver – og tager af tid, og at flere kommuner ønsker dokumentationstiden nedsat.

På spørgsmålet: ”Mener du/I, at indberetningerne fra jeres kommune giver et validt billede af jeres hjemmesygeplejes opgaver?” svarer hele 51% nej. I bemærkningerne beskriver mange kommuner, at de er ved at ændre ydelseskatalog bl.a. som følge af indberetning af sygeplejeydelser, og der er også bemærkninger om, at de ser frem til resultatet af KL’s partnerskabsprojekt.

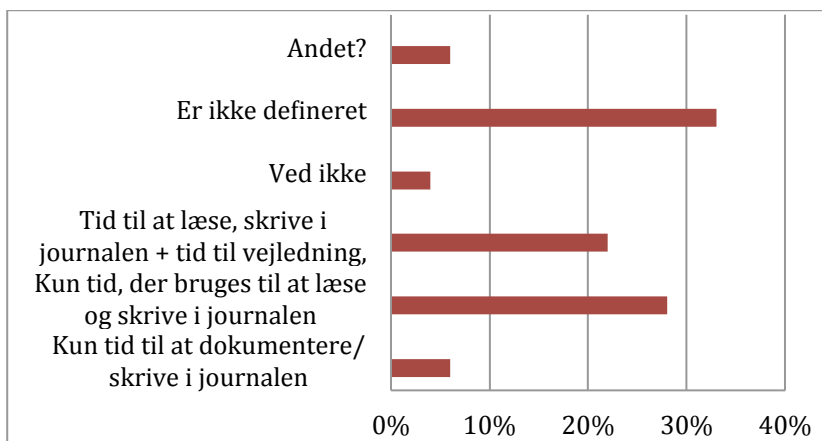
36% af de kommuner, som har svaret, oplyser, at de arbejder med reduktion af den sygeplejefaglige dokumentation. 3 kommuner oplyser i bemærkninger, at de ikke arbejder med det p.t., men skal i gang.



Tabel 2. Har I lavet målinger på hjemmesygeplejerskens dokumentationstid?

Nogle kommuner (29 %) har svaret, at de har målinger på dokumentationstiden fra den leverede tid, som registreres i disponeringen via f.eks. PDA (Personal Digital Assistant).

Men ikke alle kommuner har defineret, hvad dokumentationstiden egentlig indeholder, 33% angiver ikke at have defineret dette. Desuden er der forskel på definitionen i de kommuner, der har defineret det: 22 % mener, at dokumentationstiden indeholder både at læse, skrive og at vejlede, rådgive etc., mens 38 % mener, at det er at læse og skrive i journalen. 6 % mener, at det KUN er det at skrive i journalen, så det er jo tydeligt, at der ikke er konsensus om dette.



3.5 Opsummering af problemfelt

Hjemmesygeplejen har fået en større rolle i forebyggelse af indlæggelser, og i at sikre sammenhængende patientforløb p.g.a. den demografiske udvikling, udvikling i danskernes sygdomsbillede og udviklingen i det regionale sundhedsvæsen i forhold til behandling og kommunernes medfinansiering ved indlæggelser. Der er flere ældre med kroniske sygdomme, og flere i eget hjem, og dermed flere, nye og mere komplekse opgaver i hjemmesygeplejen. Den øgede kompleksitet i opgaverne i hjemmesygeplejen, hvor det nærmest er ”patienter”, der udskrives fra sygehusene, kræver stor viden og kompetencer.

De kortere indlæggelser betyder, at der blandt sygeplejerskerne opleves større behov for:

- At stille flere spørgsmål til hjemmesygeplejen
- information og vejledning
- psykosocial støtte og pleje som følge af angst og utryghed relateret til at være syg (af fx kræft eller hjertesygdom).
- information om operationer, behandlinger, undersøgelser og sygdomme
- at trøste, berolige og lytte.
- vejledende opgaver især i relation til kronisk syge og medicinering, fx oplæring i relation til insulingivning, inhalationsmedicin, kateterpleje og stomipleje.
- konkrete kliniske opgaver som medicinering, sårpleje, dræn, sonder, katetre, IV-adgang, CVK, klargøring til elektive indgreb,
- mobilisering
- observerende og dataindsamlende opgaver i forhold til udredning.
- koordinerende og logistiske opgaver i relation til ambulante udrednings- og behandlingsforløb
- samarbejde med flere udgående specialteams fra sygehussektoren.
- specielle opgaver p.g.a. nye teknologi som hjemmedialyse, telemedicin og KOL-kuffert.

Tidligere undersøgelser har vist, at 48 % af hjemmesygeplejens opgaver er kliniske opgaver, mens resten er koordinering, rådgivning, sundhedsfremme, støtte og vejledning – hele 34 % er koordinering og planlægning af borgerforløb. For hjemmesygeplejen er der flere udfordringer i udviklingen, bl.a.

- Organisering for at sikre koordinering, sammenhæng og fleksibel opgavevaretagelse.
- Kompetencer og viden, som svarer til opgavernes kompleksitet.
- Samarbejde med eksterne: Behov for kommunikation og tilgængelighed i forhold til løbende udveksling af oplysninger og sparring. 64 % af borgere til hjemmesygepleje henvises af enten læge eller sygehus.
- Evidens for kvalitet i plejen (borgere skal sikres den rette pleje og behandling)

Ovenstående kræver dokumentation af opgaverne og ensartet registrering, så alle parter forstår hinanden. Dokumentation (registrering) i kommunerne består, ifølge Sidsel Vinge af 3 områder: Dokumentation af sundhedsfaglige interventioner, nationale sundhedsfaglige registre og lokale registrerings, kommunikations og dokumentationssystemer. Lovgivningen siger, at der på baggrund af journalen skal kunne redegøres for patientens tilstand, hvilke overvejelser, der er gjort, hvilken pleje og behandling, der er planlagt, og hvilken pleje og behandling, der er udført samt resultatet heraf, og sygeplejerskerne har oplysnings- og indberetningspligt og kan indberettes for mangelfuld journalføring. Der er således mange krav til dokumentationen.

Flere undersøgelser/studier fra sygehuse viser, at sygeplejersker bruger meget tid på at dokumentere, og at der ofte dokumenteres flere steder for en sikkerheds skyld, og det er også det, vi hører og ser fra

sygeplejerskerne i vore egne kommuner. Studierne viser også, at sygeplejersker ikke selv anser dokumentation, som en del af patientplejen – i et dansk studie bruges der i gennemsnit halvdelen time pr. sygeplejerske dagligt på dokumentation på et sygehus. Derudover viser studierne, at sygeplejersker i vid udstrækning bruger skygge dokumentation, for at udføre akut patientpleje, og tage beslutninger, og at der er en overvældende negativ holdning til formel dokumentation fra fjendtlighed til: “det er jo bare krav”. KL har lavet målinger i kommuner på dokumentation, som viser, at der bruges ca. 15 % af en dag på dokumentation, baseret på 4 kommuners side-registrering af opgaver - Tabel 1.

Kravene til sygeplejerskernes dokumentation øges i takt med mulighederne i de elektroniske systemer, og rammerne bliver omdefinert flere gange, både organisatoriske rammer og referencerammer for dokumentationen. Det er ikke nødvendigvis IT-systemernes ”skyld”, men ligeså meget kommunernes organisering, egne krav, beslutninger, projekter og andre initiativer, som har fået IT-systemerne til at udvide sig. Tilføjelser og udvidelser uden at der bliver fjernet noget, kan få systemerne til at virke uoverskuelige, og de bliver opfattet som bureaukrati og kontrol. Desuden er der i en kommune mange delte meninger om, hvad der er dokumentation, og hvordan der skal dokumenteres, og hvilken referenceramme, der skal dokumenteres efter (alle sundhedspersoner/fagpersoner dokumenterer jo oftest i samme system), så beslutningsprocesserne kan være svære. Der er mange måder at dokumentere på i IT-systemerne, og der er ofte problemer med at finde ud af, hvor der skal dokumenteres, og hvor lidt eller hvor meget, hvilket fører til dobbeltdokumentation, og dermed bliver der brugt tid på dokumentation. IT-systemerne til dokumentation er jo både et dagligt arbejdsredskab for alle sundhedspersoner i hjemmeplejen for at sikre kontinuitet, kvalitet, planlægning og samarbejde på tværs, men også et data-opsamlingsredskab til lokal ledelsesinformation (ressourcer m.v.), indberetning af data til kliniske databaser samt et kommunalt afregningssystem (fordeling af økonomien), og på samme tid skal det sikre patientsikkerheden.

Kommunerne er pressede på økonomien og skal spare, så der skal laves flere plejeopgaver på mindre tid, hvilket gør, at flere kommuner arbejder på at få minimeret dokumentationstiden, så der kan frigives tid til den direkte patientpleje.

Der er flere parter, der har fokus på, at dokumentationen skal være i orden af hensyn til kvaliteten i plejen, men som også har flere indgangsvinkler: Sundhedsministeriet, KL, den kommunale ledelse, lovgivningen, borgerne, medierne og embedslægeinstitutionen samt sygeplejerskerne selv og deres samarbejdsparter.

Vores antagelse går dog på, at der ikke er en klar definition af, hvad en opgivet dokumentationstid egentlig indeholder af opgaver i kommunerne: Er dokumentation det at skrive/registrere eller er det også at læse/indhente oplysninger, reflektere, planlægge, vejlede, rådgive, udveksle oplysninger og koordinere? Vi mener heller ikke, at der er nogle valide målinger på, hvor lang tid alle disse opgaver tager, og at flere kommuner siger, at dokumentationstiden skal nedsættes, fordi det fylder for meget på en arbejdsdag.

Vores forundersøgelse blandt IT-koordinatorer i kommunerne understøtter, at der er forskel på definitionen af dokumentation i de kommuner, der har defineret det: 22 % mener, at dokumentationstiden indeholder både at læse, skrive og at vejlede, rådgive etc., mens 38 % mener, at det er det at læse og skrive i journalen, mens 6 % mener, at det KUN er det at skrive i journalen, så det er jo tydeligt, at der ikke er konsensus om dette. Derfor er det usikkert om al dokumentationstid er med, når den registreres – er det kun tiden, som bruges ude hos borger? Eller er tiden hjemme på kontoret også med i den oplyste dokumentationstid? Eller tages der tid fra den kliniske pleje til disse ting/opgaver, som er en nødvendig del af pleje og behandling?

Vi har en opfattelse af, at sygeplejerskerne i hjemmeplejen regner det hele for dokumentation og lægger det under dokumentation i planlægningen og derfor ikke viser, hvad de reelt laver. Dette, mener vi, er et problem, for hvis de skal angive, hvor lang tid, de bruger på dokumentation, eller der

bliver trukket tid på dokumentation, vil dokumentation fylde meget i løbet af en arbejdsdag, og så er det klart, at der tales om, at der bruges for meget tid på dokumentation. Men som det ses af problemfeltet er koordinering, planlægning, udveksling af oplysninger, tværfaglig og tværsektorielt samarbejde ligeså vigtigt for kvalitet i plejen, og for borgernes sikkerhed, som at dokumentere sundhedsfagligt. Hvis kvaliteten falder, vil det så igen give problemer for den kommunale ledelse med flere påtaler og patientsager i medierne, og flere indlæggelser, som så igen vil blive et problem for staten i forhold til sengepladser på sygehusene. Det er borgerne, som kommer i klemme, hvis der ikke er nogen til at koordinere deres forløb.

Der er brug for at se på, hvad det er, der menes, når der tales om dokumentation i hjemmesygeplejen, og at se på, hvor lang tid dette reelt tager i forhold til de andre opgaver.

4 Problemstilling

Hvilken betydning har hjemmesygeplejens arbejdspraksis og definition af dokumentation for dokumentationstiden?

Underspørgsmål:

- Hvad definerer hjemmesygeplejersken som værende dokumentation – er fx koordination og planlægning indeholdt?
- Hvor meget tid bruges på dokumentation?
- Oplever hjemmesygeplejersken at der foretages unødvendig dokumentation?
- Hvordan dokumenteres i daglig arbejdspraksis - hvilke systemer/artefakter, ansvar, organisering?

Definitioner i forhold til problemstilling:

- **Dokumentation:** Ifølge Gyldendals Fremmedordbog: At fastslå ved hjælp af (især skriftlige) beviser. Kilde: Gyldendals fremmedordbog. I daglig tale omfatter dokumentation ofte enhver form for faktuel materiale: Statistik, rapporter og redegørelser, forskning og cases (på skrift, i lyd eller i billeder).

Ifølge dansk fremmedordbog: Påvisning, bevisførelse især ved hjælp af dokumenter.

I en publikation af KL om forebyggelse i den kommunale hjemmepleje skriver KL:

Definition af dokumentation og evaluering

Dokumentation er at fastslå ved hjælp af (især skriftlige) beviser.

Evaluering er at foretage en vurdering.

Kilde: Gyldendals Fremmedordbog

I daglig tale omfatter dokumentation ofte enhver form for faktuel materiale: statistik, rapporter og redegørelser, forskning og cases (på skrift, i lyd eller i billeder).

(KL, 2008)

- **Koordination:** Samarbejde om borger/patientforløb mono- og tværfagligt, samt på tværs af sektorer (f.eks. sygehus, praktiserende læge), møder (planlagt, ikke planlagt), telefon,

elektronisk og anden kommunikation.

- **Planlægning:** Planlægning af sygeplejerskernes besøg hos borgere – dags-, ugeplan.
- **Unødvendig dokumentation:** Vi vil i dette projekt definere dette som alt, hvad sygeplejerskerne mener er overflødig dokumentation i forhold til plejen af borgerne og dokumentation af deres indsats, specielt om noget er dobbelt af hensyn til lokale forhold, organisering, ledelsesinformation,
- **Artefakter:** Vi vil i dette projekt definere dette, som alle de fysiske redskaber, hjemmesygeplejerskerne bruger i daglig arbejdspraksis i forbindelse med dokumentation/planlægning, koordinering m.v., såsom elektronisk omsorgsjournal på pc, på HH, disponeringsredskab, papirer, telefon, altså ikke redskaber til den kliniske pleje.
- **Arbejdspraksis:** Hvordan ser virkeligheden ud (socioteknik)

4.1.1 Afgrænsning af projekt

Som det kan læses ud af problemfeltet, er der et stort uudforsket felt i hjemmesygeplejerskernes dokumentationspraksis og dokumentationstid. Men for at komme dertil, så vil vi i dette projekt fokusere på at lave en afdækning af, hvordan hjemmesygeplejersker dokumenterer, og hvor lang tid, det egentlig tager samt, hvad der tales om, når sygeplejersker taler om dokumentationstid i daglig arbejdspraksis.

Vi har i vores projekt begrænset os til ét EOJ system, nemlig det system, som vi kender, idet dette giver os mulighed for at kende systemets opbygning på forhånd og vide, hvilke dele og moduler, der tales om i vore undersøgelser. Vi vurderer, at alle 3 EOJ-systemer grundlæggende består af samme struktur – derfor mener vi, at vi kan konkludere ud fra KUN at undersøge dokumentationspraksis i kommuner med samme EOJ-system. Vi vil ikke se på, om sygeplejersker overholder lovgivningen for sygeplejefaglige optegnelser og overholder de lokale krav til registrering. Vi vil udelukkende se på, hvad de mener, at dokumentation er for dem, samt hvordan dokumentationen foregår i daglig arbejdspraksis, hvor lang tid den tager og hvilke artefakter, som indgår.

5 Metodologi

Metodologi er den måde, vi kommer videre fra problemanalysen i en forskningsproces, og den består af litteratursøgning, problemformulering/forskningsspørgsmål, begrebsafklaring, valg af undersøgelsesdesign, valg af undersøgelsesmetoder, valg af population, indsamling af data og dataanalyse.

Eksempler på fire paradigmer og deres kendetegn

Paradigme Kendetegn	Empirisk-analytisk	Fortolknings-videnskabeligt (hermeneutisk)	Kritisk	Handlingsrettet
Evaluerings sigte	Beskrive Forklare	Forstå Fortolke	Afsløre Afdække	Udvikle indsats
Evaluerings generelle spørgsmål	Hvilke Y er konsekvenser af X?	Hvilken mening tillægger X et bestemt fænomen Y i hvilken kontekst?	Hvilke kræfter virker bag aktørernes rygge, og hvordan kan de synliggøres?	Hvordan udvikler aktører indsatsen ud fra viden tilegnet under evaluering?
Fremherskende design	Eksperiment Statistisk varians analyser	Casestudier	Vælges efter behov	Aktionsforskning Formativ evaluering
Fremherskende metode	Kvantitativ, fx Registeranalyser Survey	Kvalitativ, fx Dybdeinterview Feltarbejde	Vælges efter behov	Fleere, vælges efter behov
Evaluators rolle	Neutral Distanceret	Deltagende observatør	Distanceret samfundskritisk blik	Proceskonsulent Rådgiver
Evaluerings anvendelsesorientering	Instrumentel Kontrol af mål opnåelse og utilsigtede effekter	Konceptuel Indsigtsgivende	Ændrer værdier Reformere Omvælte	Forbedre indsats i samspil med aktører i indsatsen

5.1.1 Helhedssyn/paradigme:

Vi har valgt det fortolkningsvidenskabelige paradigme, da vi vil fortolke/forstå, hvad der sker og give os selv indsigt i konteksten, men i vores analyse har vi dog også et islæt af det kritiske paradigme, idet vi forsøger at afdække et område/kontekst, som ikke tidligere har været afdækket, og det skulle gerne kunne omvælte og ændre nogle holdninger/værdier.

5.1.2 Undersøgellesdesign/metoder

Designet afhænger af forskningsspørgsmålet/formålet. Vi har valgt et explanativt og explorativt design med inddragelse af teori, idet teknologien i dette tilfælde allerede er implementeret, men selvom studiet er reaktivt, vil det også have et islæt af at være proaktivt. Undersøgelsesmetoder afhænger af designet, og vi har valgt en triangulering, idet vi mener, at det giver et mere validt resultat.

Trianguleringen kan bestå af både kvantitative og kvalitative undersøgelsesmetoder:

- Kvantitative
 - spørgeskema – hvad og hvordan man Siger, at man gør – explicit use
- Kvalitative
 - interview – hvad og hvordan man TROR, at man gør og hvorfor – intended use
 - observation – hvad og hvordan man faktisk gør – actual use

At undersøge hvordan hjemmesygeplejersker dokumenterer i daglig arbejdspraksis, og hvor tidskrævende det er, indebærer, at vi er nødt til at følge sygeplejerskerne i deres daglige arbejde - feltstudier. Disse har vi valgt at følge op med fokusgruppe-interviews for at få uddybet, hvad vi så, og hvad de selv tror og tænker og definerer som dokumentation. Herudover har vi valgt anonyme spørgeskemaer for at nå et større antal respondenter. Fra vores eget arbejde som IT-koordinatorer/systemansvarlige i kommuner med travle hjemmesygeplejersker ved vi, at der ikke er plads til mange forstyrrelser, og vi ved derfor også, at det er forstyrrende, når vi henvender os – både med spørgeskemaundersøgelser og i forbindelse med observationer og interviews. Vi har været meget bevidste om at oplyse om den tavshedspligt, som vi naturligvis er underlagt, og garantere anonymitet for de deltagere, som har været behjælpelige med at give information gennem spørgeskema, observation og interview. Vi har valgt at anonymisere de kommuner, der har deltaget, således, at det er kendt, hvilke kommuner, det er, men ikke angivet, hvilken kommune der har gjort eller sagt hvad.

5.1.3 Praktisk tilrettelæggelse/valg af population

Valg af population afhænger af problemstillingen. I vores analyse ville vi gerne kunne foretage en generalisering, altså skulle feltet være repræsentativt, og i indsamling af data til belysning af vores problemstilling ville vi gerne gå i dybden og udvalgte så relevante personer i klinikken.

Vi startede vores projekt med en forundersøgelse, som skulle give os kvantitative data, men dog også med let åbne kvalitative spørgsmål til uddybning. Via elektroniske spørgeskemaer har vi undersøgt, om vi kunne få bekræftet vore egne antagelser, som vi havde via vore erfaringer som IT-koordinatorer/ systemadministratorer i egne kommuner. Undersøgelsen var landsdækkende.

Vi valgte at indsamle data til belysning af vores problemstilling via:

- Forundersøgelse (spørgeskema) til samtlige kommuner
- Feltstudier/observationer i 2 udvalgte frivillige kommuner (samme EOJ-system)
- Spørgeskema i samme 2 kommuner samt 3 andre kommuner.
- Fokusgruppeinterview i de to kommuner, hvor vi observerede.

Vi fulgte en sygeplejerske i de to kommuner, udvalgt af leder, som således var ”gatekeeper”. Det har været en fordel, at kommunerne har kunnet se frem til adgang til de oplysninger, som kommer ud af undersøgelserne, og det har bestemt også været en fordel, at vi som IT-koordinatorer/systemansvarlige har et godt netværk med andre kommuner. Da vi bor og arbejder henholdsvis på Sjælland og i Jylland, har vi fordelt observationsstudierne således, at vi hver havde en observation i hhv. en sjællandsk og en jysk kommune – og herefter fokusgruppeinterview i forbindelse med weekendbesøg hos hinanden. Det viste sig at være lidt sværere at få aftaler om fokusgruppeinterview, da det jo krævede lidt flere ressourcer, men det lykkedes efter et par forsøg – det var nemmere at få aftaler om spørgeskema. Vi havde først kontakt til 3 kommuner, som ikke kunne afsætte tid til observation og efterfølgende interviews, men de ville gerne deltage i spørgeskemaundersøgelsen.

5.2 Teorivalg

I vores projekt har vi to teori-faser:

1. Dataindsamlingsfasen:

Vi har valgt at inddrage nedenstående teorier i vores dataindsamlings-metoder:

- Spørgeskemaundersøgelse (kvantitative og kvalitative spørgsmål) til kortlægning af problemfeltet (forundersøgelser) og til at belyse problemstillingen – Ole Riis (Riis, 2005)
- Interview og observation/feltstudie (kvalitative undersøgelser) – Steinar Kvale, Ole Riis og Kristiansen/Krogstrup (Kvale, 2009) (Riis, 2005) (Kristiansen, 1999, ss 72, 99-111 og 139-140)

Disse teorier er beskrevet i afsnittet ”Metoder til dataindsamling”.

2. Analysefasen:

I vores analyse af data har vi valgt at inddrage teorier om behandling af indsamlet data samt teori om det socio-tekniske perspektiv, som vi vil sammenholde, for dermed at nå frem til et svar på vores problemstilling.

- Steinar Kvalets teori om analyse med ”fokus på mening” (Kvale, 2009) – kap. 12, samt Ole Riis om analyse af datamaterialets indhold (Riis, 2005) - kap. VIII.
- Marc Berg teori om et socio-teknisk perspektiv (Nøhr, 2010) (Berg, 1999) (Berg, 2004) (Berg & Wears, 2005)
- Olesen og Kroustrups beskrivelse af Aktør Netværks Teori (Olesen & Kroustrup, 2007)
- Enrico Coieras teori om design i et socio-teknisk perspektiv (Coiera, 2006)

Teorierne uddybes nærmere i afsnittet ”Teorier”, inden vi går over til selve analysen.

5.3 Litteratur

Udover den litteratur, vi har udvalgt til behandling af data samt analyse af data, har vi fundet og udvalgt en del litteratur til uddybning af vores problemfelt. Vi søgte på Medinfo, Pubmed, Retsinformation og på Google efter alt, hvad der kunne tænkes at relatere til vores emne. Derudover har vi søgt på DSR, KL, Retsinformation og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse’s hjemmesider. Vi brugte søgeord som:

Persondatalov, sundhedslov, sundhedsstyrelsens anbefalinger til sygeplejefaglig dokumentation, sygeplejefaglige optegnelser, sygeplejefaglig dokumentation, krav til sygeplejefaglig dokumentation, hjemmesygepleje, indberetning af sygepleje, brugergrænseflade, borgernær kontakt, brugerinnovation, dokumentation i/af sygeplejen, hvad dokumenteres i sygeplejen, dokumentation, hvad er dokumentation i sygeplejen, mangelfuld dokumentation i sygeplejen, kommunalreformen, nursing documentation, double documentation, sundhedsdata, documentation, sygepleje, partnerskabsprojektet.

Vi fandt en del litteratur om dokumentation af sygepleje, dog var det litteratur, som stort set handlede om sygeplejefaglig dokumentation på hospitaler. Dette var gældende for både den danske og udenlandske litteratur, som vi fandt. De danske undersøgelser om sygeplejefaglig dokumentation i hjemmesygeplejen har vi udvalgt og prioriteret efter aktualitet og relevans for vores projekt til underbyggelse af vores problemfelt – se referencer i problemfeltet – bl.a. har vi brugt KL's udfordringsrapport og strategirapport fra 2011 samt andet materiale fra KL, som i disse år har stor opmærksomhed rettet mod hjemmesygeplejerskernes dokumentation. Vi har desuden brugt lovgivningen og vejledninger fra sundhedsstyrelsen til at indkredse emnet "sygeplejefaglig dokumentation". Vi har fundet brugbare udenlandske undersøgelser, som vi har benyttet, selvom de drejer sig om sygeplejefaglig dokumentation i hospitalsregi.

5.4 Metoder til dataindsamling

5.4.1 Spørgeskema

I vores projekt har vi valgt to forskellige typer af spørgeskemaer – en elektronisk webbaseret forundersøgelse samt et papirspørgeskema til besvarelse af vores problemstilling. Spørgsmålene i spørgeskemaerne var standardiserede og strukturerede. De var sammensat af følgende kategorier af spørgsmål (Riis, 2005):

- Åbne spørgsmål
- Lukkede spørgsmål
- Faktuelle og attitudemæssige
- Baggrundsspørgsmål
- Handlingsspørgsmål
- Holdningsspørgsmål

Fordele ved spørgeskemaundersøgelse:

- Det er en let måde at nå ud til mange mennesker
- De strukturerede elektroniske data giver mulighed for en overskuelig tilgang til sammenligning og analyse af svar (gælder KUN den webbaserede)

Ulemper ved spørgeskemaundersøgelse:

- Der kan ikke stilles opklarende spørgsmål eller svares udenfor kategorierne i skemaet
- Det er ikke muligt at iagttage kropssprog eller høre toneleje
- Det er svært at blive ved at presse for at få svar
- Den webbaserede kræver, at respondenterne er vant til at bruge PC

5.4.1.1 Forundersøgelse – webbaseret spørgeskema

Spørgeskemaundersøgelsen blev udført for at undersøge om vores antagelser var i overensstemmelse med virkeligheden samt for at kortlægge problemfeltet og identificere problemets art og omfang.

Da vores erfaring og antagelse kun byggede på vores to egne CSC kommuner, ville vi gerne se på alle kommuner i håb om at få et øjebliksbillede, som kunne vise, om der i kommunerne er defineret, hvad dokumentation indeholder, om det er ens, om der er lavet målinger på dokumentationstiden i sygeplejen, samt om der er planer om, at dokumentationstiden skal reduceres, som vi selv har erfaring med.

Derfor startede vi vores projekt med udarbejdelse af en forundersøgelse som kvantitative spørgeskemaundersøgelser, som vi kunne lave lidt statistik på (søjlediagrammer). Der var dog også et islæt af kvalitative åbne spørgsmål, idet der var mulighed for bemærkninger til nogle af spørgsmålene (fritekst) – disse bemærkninger brugte vi til at få uddybet svarene.

Spørgeskemaet blev sendt til alle 98 kommuner i Danmark til IT-koordinatorerne/systemansvarlige for EOJ-systemerne i kommunerne – se bilag 13.1. Spørgeskemaet blev udarbejdet elektronisk via et free ware webbaseret program ”AskPeople” (AskPeople, 2010)²⁹, hvor vi selv kunne formulere spørgsmål, definere svarmuligheder, tjekbokse m.v. – vi valgte at gøre besvarelsenerne anonyme, hvilket vi oplyste respondenterne om – det eneste, der var kendetegnende var kommunenavn, som vi dog KUN har brugt til eget brug til at vurdere, hvilke kommuner, der har svaret. Vi har tidligere haft god erfaring med det webbaserede spørgeskema til IT-koordinatorer/systemansvarlige i hele landet, da disse er vant til at bruge PC.

5.4.1.2 Spørgeskema til sygeplejersker i kommunerne - papirbaseret

Da vi i sidste års projekt (Femerling & Bækmann Jeppesen, 2011) oplevede problemer med at få hjemmesygeplejersker til at svare på et elektronisk spørgeskema, valgte vi denne gang at tage ud til sygeplejerskerne i kommunerne med et papir-spørgeskema, afleverede det med en forklaring og aftalte personlig afhentning af udfyldte skemaer. Et enkelt sted afleverede vi spørgeskemaerne sammen med en pakke chokolade-påskeæg – de andre steder fik de godter efter aflevering. Kommunerne var udvalgt, fordi de anvender samme EOJ system som os selv, – desuden havde vi allerede kontakter i de 5 kommuner (IT-koordinatorer), som gjorde det nemmere at gå direkte til relevante respondenter. Vi valgte yderligere 3 kommuner, udover dem vi observerede og lavede fokusgruppeinterview i, fordi vi ønskede en nogenlunde bred repræsentation, og fordi de tilbød at medvirke. Vi ønskede med spørgeskemaundersøgelsen at foretage en undersøgelse af, hvordan hjemmesygeplejersker dokumenterer, og hvor lang tid, det tager samt, hvad der tales om, når der tales om dokumentationstid i daglig arbejdspraksis. Spørgeskemaerne var forinden testet af sygeplejersker i Hillerød Kommune, og efter feed-back fra disse, rettet til – se bilag 13.2.

Vi indhentede besvarede spørgeskemaer fra i alt 46 sygeplejersker (en sygeplejegruppe i hver af de 5 kommuner) – ca. 50-60 % af samtlige ansatte sygeplejersker (uvist, hvor mange, der fik mulighed for at svare). Vi erfarede dog ikke den store forskel i, at vi denne gang havde valgt metoden med papirspørgeskemaer og personlig kontakt. Dog kunne der mærkes tydelig forskel på antal udfyldte der, hvor vi havde afleveret påskeæg inden. De steder, hvor vi først havde observeret, var nemmere at få til at udfylde spørgeskemaer – sikkert fordi de havde lært os at kende via observationerne. Men de to sidste steder måtte der presses lidt på fra IT-koordinators side.

5.4.2 Observation/feltstudier

Vi valgte at gennemføre 2 observationer med indlagte tidsstudier i 2 forskellige kommuner. Valget af kommune skete ud fra kriterierne:

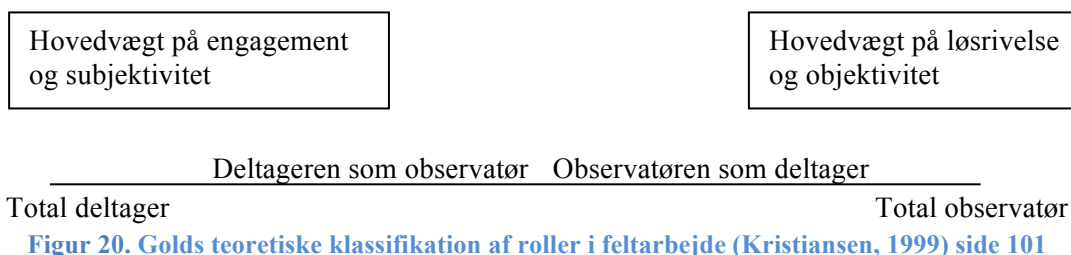
- Kommunerne skulle have CSC, som EOJ-leverandør
- Kommunerne skulle være interesserede i at deltage

Ved en deltagende observation indsamles data ved at tage del i dagliglivet i den gruppe mennesker, som ønskes studeret, ved at indgå i samtale med deltagere og finde ud af, hvordan de tolker de hændelser, som observeres (Kristiansen, 1999) – side 100. Der kan stilles spørgsmål ved, om observatørens tilstedeværelse påvirker kvaliteten af data (Kristiansen, 1999) side 72 og side 100.

Gold opdeler observatøren i 4 roller (Kristiansen, 1999) side 101

- Den totale deltager
- Deltageren som observatør
- Observatøren som deltager
- Den totale observatør

²⁹ www.askpeople.dk



I vores observation, var rollen ”Observatøren som deltager”, hvilket også er kendetegnende for det hermeneutiske paradigme.

Her er observatøren relativt distanceret og kontakten er relativ kort og formel. Det er kendt, hvem der optræder som observatør, hvilket skulle gøre, at observatøren undgår at overidentificere sig med sit felt (Kristiansen, 1999) side 110. Der kan dog opstå bias pga. den korte kontakt med feltet, hvilket også kan give anledning til misforståelser mellem observatør og informant, hvorved der ifølge Gold opstår en informationsbarriere. Det er vigtigt som observatør at være opmærksom på, at dette ikke sker, men det er ikke nemt at vide.

Til brug for observationen, udarbejdede vi et semistruktureret observationsskema – se bilag 13.5, så vi efterfølgende kunne sammenligne, og analysere data. Riis (Riis, 2005) anbefaler dette, bl.a. for at lette observationen. Vi havde aftalt, at vi som observatører skulle notere, hvad vi fandt interessant, udover det, der var anført i skemaet.

Observationen foregik i informanternes eget miljø, genstandsfeltet var en sygeplejerske i hver af de to kommuners hjemmesygepleje med tidstagning. Observation er en effektiv metode, når interaktioner af forskellig art skal undersøges (Riis, 2005). I dette tilfælde var det interaktionen mellem sygeplejerske og dokumentationspraksis: Hvordan hjemmesygeplejersker dokumenterer, og hvor lang tid, det egentlig tager, og hvad der registreres som dokumentation. Informanten kan validere resultaterne af observationen.

Til forskel fra observationer i offentlige rum, gennemførte vi som tidligere nævnt vore observationer i formelle organisationer. Derfor har vi været afhængige af såkaldte ”gatekeepers” (Kristiansen, 1999) side 139. En gatekeeper er den eller de personer i en organisation, som har autoritet til at give adgang, eller nægte adgang i organisationen så det er muligt at gennemføre observationen. Det er ikke altid tydeligt, hvor i ledelseshierarkiet den gatekeeper befinder sig, som skal give tilladelse til, at vi kan komme – og der kan også være flere af dem på flere niveauer. Kendes miljøet ikke, er det en god ide at tale med nogen, som gør for at være sikker på at stå på god fod med den organisation, hvor observationen skal gennemføres. Reelt var vi i disse kommuner igennem to gatekeepere: IT-koordinatoren, som vi kendte i forvejen, som så formidlede kontakt til en leder i sygeplejen, som aftalte observationen med en af sygeplejerskerne.

5.4.3 Fokusgruppe Interviews

I forlængelse af observationerne, planlagde vi at gennemføre interviews som fokusgruppeinterview i de to kommuner. Vi havde i tidligere projekt god erfaring med denne interviewform (Femerling & Bækmann Jeppesen, 2011).

I planlægningsfasen drøftede vi, hvad interviewets sigte skulle være – hvad ønskede vi svar på? Vi valgte at interviewet skulle optages til efterfølgende transskribering, og vi valgte at interviewformen skulle være semi-strukturerede – derfor udarbejdede vi en interviewguide – se bilag 13.3, som udmøntede problemstillingen i vores projekt (Riis, 2005). Dette gjorde vi for at lette den efterfølgende analyse, og af hensyn til at lette sammenligning af besvarelserne. Interviewets struktur valgte vi at

gøre fleksibel, da det gav mere frihed at kunne springe i rækkefølgen af spørgsmål og måden at stille spørgsmålene på, dog med tanke på, at de alle skulle besvares, og vi var bevidste om, hvordan vi stillede spørgsmålene, så de var fleksible, men alligevel strukturerede. Interviewguiden blev mest brugt som støtte og tjek af, om vi havde fået svar på det hele.

I guiden og i selve interviewet indgik forskellige typer strukturerede spørgsmål (Riis, 2005):

- Baggrundsspørgsmål (Indkredser relevante sider af informantens forudsætninger og erfaring, f.eks. alder, uddannelse etc.)
- Åbningsspørgsmål
- Rammespørgsmål (Indledende spørgsmål som sporer ind på emnet - kan være bredt formuleret, så de er lette at besvare)
- Følgespørgsmål (sigter målrettet mod undersøgelsens problem)
- Nøglespørgsmål (Er udledt fra samfundsvidenskabelige teorier og skal omformuleres så informanten kan forholde sig til dem)
- Faktuelle spørgsmål (Sigter mod beskrivelse af angivne handlinger)
- Følsomme spørgsmål (Stilles først efter der er opnået en vis fortrolighed, og det skal understreges, at der garanteres anonymitet)

Der blev også givet plads til det ”fortællende interview”, hvor informanterne kan fortælle, så vedkommendes personlige udtryk og erfaring kan komme frem. Det kan også virke mindre hæmmende for informanten.

Et forskningsinterview har 7 faser (Kvale, 2009):

- Tematisering
- Design
- Selve interviewet
- Transskription
- Analyse
- Verifikation
- Rapportering

Et kvalitativt interview anvendes i samfundsvidenskaberne som selvstændig forskningsmetode (Kvale, 2009).

Det semistrukturerede livsverdensinterview er til dels inspireret af fænomenologien, som typisk er fokuseret på at illustrere, hvordan mennesker oplever fænomener i deres livsverden, men der er også en anden måde at udføre og analysere på, som er den hermeneutiske fortolkning af mening, som fokuserer på hvordan sprog og diskursive praksisser konstruerer de sociale verdener (Kvale, 2009).

Det kvalitative interview søger kvalitativ viden udtrykt i normalt sprog. Det sigter ikke mod kvantificering, men mod nuancerede beskrivelser af informantens livsverden.

intervieweren søger at afdække oplysninger – dette kan gøres på forskellige måder (Kvale, 2009):

I vore interview gjorde vi det som **kvalitative** interviewere. Vi var **fokuserede**, **bevidst naive** (som tegn på åbenhed overfor nye og uventede fænomener), **Specificeret**, (for at få informanten til at beskrive situationer og handlinger). **Deskriptive** (for at få informanten til at beskrive, hvad de føler og oplever så præcist som muligt). Dette blev gjort med opfølgende spørgsmål, når informanterne svarede, kontrolspørgsmål (er det rigtigt forstået, at...), små tilkendegivelser af, at informanterne bare skal fortsætte deres fortælling (nik, ja, nej, mm, tavshed).

Til et fokusgruppeinterview samles flere personer, som respondenter for at diskutere et bestemt emne – i dette tilfælde sygeplejerskers dokumentationspraksis, definition af dokumentation og dokumentationstid. Det anbefales, at der deltager mellem fire og ti personer med en moderator ved bordenden, som sætter dagsorden og styrer diskussionerne. Hele mødet varer typisk 2-3 timer (Harboe, 2010). Metoden har først i 80'erne fået akademisk fodfæste i samfundsforskning (Kvale, 2009). Samles en gruppe til interview af ressourcemæssige årsager, kaldes det et gruppeinterview, som ikke

må forveksles med et fokusgruppeinterview (Harboe, 2010). I fokusgruppeinterviewet er det meningen, at der skal foregå en diskussion mellem respondenterne af et afgrænset emne, og det er gruppedynamikken, som kan afsløre nye synspunkter, som gør både respondenter og moderator klogere.

Der er dog både fordele og ulemper ved et fokusgruppeinterview. Af fordele kan nævnes spontanitet, følelse af tillid og tryghed, samt hukommelsesstøtte. Ulemper kan være mulighed for gruppepres, udfordringer med at komme i dybden med enkelte deltagere. Det anbefales at gruppen sammensættes så homogent som muligt (Harboe, 2010).

Vi aftalte i god tid observation med efterfølgende fokusgruppeinterview. Igen var vi afhængige af en ”gatekeeper” – i dette tilfælde en daglig leder i hjemmesygeplejen. Det var svært at finde en tid, som passede både kommunerne og os, og vi havde først kontakt med et par kommuner, som ikke mente, at de havde tid til at deltage. Det var jo mange medarbejdere, der skulle tages ud af driften, for at deltage i fokusgruppe interviewet, og det endte med, at vi kunne få bevilget 3 sygeplejersker i hver af de to kommuner i 1 time, hvilket vi valgte at tage imod, og det viste sig også at være meget passende tid til at få udtømt emnet, og der var en god vekselvirkning/gruppedynamik og diskussion begge steder. Vi oplevede, at det var IT-erfarne sygeplejersker.

5.5 Dataanalysestrategi

Vi har fået indsamlet et ret stort datamateriale via 2 feltstudier i 2 kommuner med efterfølgende fokusgruppeinterviews i begge kommuner – i alt 6 informanter, som vi har været i direkte kontakt med. Dette har i alt givet 29 sider transskriberede referater, 15 siders observation, og 153 udsagn. Desuden har vi data fra vores anonyme spørgeskemaundersøgelse i 5 kommuner (et sygeplejeteam hvert sted), hvor vi i alt fik 46 besvarelser, hvilket svarer til en svarprocent på ca. 50-60 % i alle 5 kommuner – dette kan skyldes mange ting – sygeplejersker arbejder i mange skiftende vagter, travlhed, ferie, sygdom m.v. Desuden har vi alle vore data fra forundersøgelsen, som dog er behandlet i problemfeltet. Men hvordan får vi så behandlet alle disse data, så vi kan analysere på dem?

De kvantitative data behandlede vi statistisk (Johansen, 2002)– disse vil blive underbygget af de kvalitative data for at opnå en større kvalitet i dataanalysen (triangulering).

Til analyse af kvalitative data brugte vi Kvale (Kvale, 2009)- kap. 12: ”Interviewanalyser med fokus på mening” kombineret med Riis (Riis, 2005) – kap. VIII: ”Hvordan kan man analysere materialets indhold?”.

Riis siger, at i en kvalitativ analyse dannes der overblik ved at udpege de vigtigste temaer. Oplysninger sammenfattes i begreber/kategorier hentet fra teori eller fra materialet, hvilket gør det muligt at danne mening og betydning på generelle typer – materialet sættes i perspektiv, ved at sammenstille eller modstille det med andre oplysninger. Analysen fortolker mønstre i udsagn og handlinger. Riis siger også, at det er vigtigt at fastholde problemstillingens fokus. Riis opdeler analyser i deduktiv og induktiv, hvor deduktiv tager ”*udgangspunkt i en teori og efterprøver dens holdbarhed ud fra indsamlede oplysninger*”, mens den induktive ”*opbygger teoretisk fortolkning på grundlag af det foreliggende materiale*”. Da vi vil fortolke materialet teoretisk, har vi valgt den induktive analyse, som igen er opdelt efter fokus:

1. Tekstanalyser
2. Handlingsanalyser
 1. Biografisk
 2. Dramaturgisk
 3. Etnografisk
 4. Feltanalyse
3. Systematisk observationsanalyse

Induktive analysefaser:

1. Sortere materiale efter oplysningers relevans i forhold til problemstilling (frasorter det der ikke er relevant) - obs. på, om der mangler relevant materiale i undersøgelsen.
2. Sætte sig grundigt ind i materialet – gennemgås mindst 3 gange – første gang for at få indblik, anden gang for at udpege temaer, 3. gang for at få overblik over tværgående tematiske linjer
3. Kodning - systematisk opdeling efter de temaer der blev fundet ved gennemgangen – magen til deduktiv, men induktiv kodning er ”åben”, idet der udvikles begreber på grundlag af det foreliggende materiale. Ud fra begreberne dannes kategorier, som bruges til at systematisere og sammenholde materialet. Ved induktiv analyse er det normalt undervejs at revidere temaer eller kategorier, og dette giver så en ny tilgang og en ny kodning.
4. Påpege indbyrdes forbindelser mellem kategorierne
5. Gennemgå det frasorterede: Er der modsigelser eller noget, der kan danne baggrund for sammenligninger og opfølgende studier.

Materialet er således ”tømt” for relevante informationer i forhold til problemstillingen, men der kan stadig være interessant stof at hente i datamaterialet med anden indgangsvinkel (Riis, 2005).

Kvale (Kvale, 2009) taler om ”analyse med fokus på mening”, som består af:

1. **Meningskodning** – et eller flere nøgleord kobles til tekstafsnit i det skriftlige materiale (transskriberede interviews og observationer). Der angives kategorier, som er med til begrebsliggørelse af udsagn, og giver overblik og gør det lettere at sammenligne udsagn og teste hypoteser.
2. **Meningskondensering** - giver de meninger, som er kommet til udtryk i forbindelse med observation og interview en kortere formulering. Lange udsagn sammenfattes, så hovedbetydningen af det sagte omformuleres til få ord.

Meningskondensering omfatter 5 trin:

1. Interview læses for at få helheden med
 2. De naturlige meningskategorier bestemmes, som de er udtrykt
 3. Omformulering af tema, så udsagnene tematiseres ud fra informanternes synspunkt sådan som intervieweren forstår det
 4. Der stilles spørgsmål til meningsenhederne ud fra undersøgelsens specifikke formål
 5. De væsentlige temaer knyttes sammen i et deskriptivt udsagn
3. **Meningsfortolkning** - rekontekstualisere de udsagn, som tidligere blev dekontekstualiseret i forbindelse med kategoriseringen. Fortolkning kan foretages med forskellige tilgange, f.eks. terapeutisk, hermeneutisk eller meningsfortolkning i relation til de spørgsmål en forsker stiller til interviewteksterne. Vi valgte at benytte en hermeneutisk meningsfortolkning, hvor en kontinuerlig frem- og tilbagegående proces mellem dele og helhed, som er en følge af den hermeneutiske cirkel, er første princip.

Kodning og kondensering giver, ifølge Kvale, struktur og overblik over omfattende interviewtekster.

For en fænomenologisk baseret meningskondensering er det meget vigtigt at opnå nuancerede beskrivelser fra dagligdagen. Intervieweren skal ikke fremtræde med egne teorier.

Vi vil herefter analysere data ud fra valgt teoretisk perspektiv.

6 Teorier

Vi har valgt at fokusere på sygeplejerskernes definition af dokumentation, og hvor meget tid de bruger på at udføre denne dokumentation, og de øvrige opgaver, som de definerer som dokumentation. Derudover vil vi undersøge om hjemmesygeplejerskerne oplever, at der foretages unødvendig dokumentation. Endelig vil vi undersøge hjemmesygeplejerskernes arbejdspraksis i forhold til dokumentationen.

Ved gennemgang af vores datamateriale fandt vi flere spændende teoretiske vinkler, vi kunne bruge til at belyse problemstillingen, bl.a. organisationsteori vedr. kultur og struktur, beslutningsprocesser, forandringsprocesser m.v. Vi kunne også have valgt et mere patientorienteret perspektiv, men dette har vi også fravalgt. Vi overvejede også en SCOT³⁰-analyse for at illustrere, hvor vi står lige nu i udviklingen, men ud fra vore data kunne vi jo se, at IT-systemerne ikke er stabiliseret, så der er en del at arbejde videre med.

Vi har derfor valgt at belyse problemstillingen i et socio-teknisk perspektiv, da vi mente, at dette var en relevant teoretisk tilgang, da teorierne inddrager alle forhold i forbindelse med teknologi som en del af arbejdsdagen og drejer sig om interaktionen mellem mennesker og IT-teknologi, som netop er i spil, når det drejer sig om sygeplejefaglig dokumentation i EOJ-systemer, og så svarer det også til, at det skal være et sundhedsinformatisk projekt.

6.1 Socio-teknisk perspektiv

Vi har valgt at inddrage et socioteknisk perspektiv til at belyse vores problemstilling i et teoretisk perspektiv. STST (**Socio-Technical** Systems Theory) inddrager studier af arbejdsliv og arbejdspsykologi og har fokus på, at udvikling af en ny teknologi medfører gensidige forandringer i hele netværket af aktører. Det vil sige, at et vigtigt element er teknologiers socialt betingede udviklingsproces, hvorfor brugere inddrages i beslutningsprocesserne.

Socio-teknisk forskning vandt indpas i Danmark i 80'erne med et helhedsorienteret teknologibegreb (holistisk):

- Fokus på processer frem for konsekvenser (effekter)
- Perspektiv på aktør og mikroniveau frem for teknologien og dens konsekvenser på makroniveauet (samfundet politiske, økonomiske og sociale strukturer)
- Mål for teknologi: ”**et middel til at tilfredsstille nogle behov eller løse nogle problemer**” frem for ”et middel til at nå et mål”.

Den socio-tekniske tilgang har basis i systemteorien, hvor både det enkelte menneske og de sammenhænge det enkelte menneske indgår i betragtes som systemer, der har indbyrdes indflydelse på hinanden, men det enkelte menneske konstruerer selv sin erkendelse i dette system, og erkendelsen er således afhængig af eksisterende erkendelse (optik og forståelsesramme), og der kan også være blinde pletter (noget, der ikke ses/erfares). Systemteorien er således konstruktivistisk og tager dermed også udgangspunkt i Piagets erkendelsesteorier (Illeris, 2001). Systemteoretikeren og sociologen Niklas Luhmann (Luhmann, 1984) mener, at en organisation er et socialt system og taler meget om systemets

³⁰ **Social construction of technology** – beskrevet af Bijker og Pinch (Olesen & Kroustrup, 2007)

kompleksitet, idet der er så mange indbyrdes relationer, individer med hver deres erfaringer, holdninger, mestringsstrategier, afdelinger med erfaringer, normer osv. Dette gør i sig selv systemet komplekst. Der er en mulig kompleksitet, som det er umuligt at forholde sig til, og derfor må der træffes valg for at reducere kompleksiteten – dette er et konstrueret system, som svarer til et heterogent netværk – se senere.

IT-systemer til sundhedssektoren kan være med til at højne kvaliteten i behandlingen og samtidig øge patientsikkerheden. Udviklingen af disse systemer tager ofte udgangspunkt i analyser af arbejdsgange, og der tages rationelle metoder i brug som UML (Unified Modelling Language) og Use Cases (Scott, 2002), som er anerkendte internationale metoder til udvikling af software. Men alligevel opnår it-systemerne ikke den tilsigtede effekt, eller der opstår utilsigtede konsekvenser. Årsagen til dette skyldes ofte en manglende indsigt i detaljerne i arbejdspraksis (Nøhr, 2010). Christian Nøhr anbefaler socio-tekniske studier med udgangspunkt i Marc Bergs forskning som metode til at tilvejebringe denne detaljerede viden. Socio-tekniske studier involverer videnskabelige begreber, metoder og teorier fra sociologi, kommunikation og datalogi. Marc Bergs teori er baseret på ANT (aktør netværks teori).

6.1.1 ANT(Aktør Netværks Teori)

ANT (Olesen & Kroustrup, 2007) er videnskab og teknologi vævet sammen med samfund og natur, og er en indfaldsvinkel til refleksioner over den samfundsmæssige og teknologiske udvikling under ét og har udgangs punkt i teorier af Latour, Law og Callan, men også Bijker og Woolgar, ifølge Olesen og Kroustrup. Det drejer sig om forbindelser, der holder **netværk** sammen, at identificere **aktanter/aktører**, dannelsen af heterogene netværk, hvor aktører/aktanter af **enhver art indgår i indbyrdes alliance** i processer for at opnå nogle resultater, de kan tilslutte sig og have gavn af – mennesker og ting, som ikke er opdelt i kategorier – alt har betydning –**symmetridoktrinen** (alle meninger, holdninger, betydninger har lige vægt) – generaliseret symmetri. Sociale og naturlige forhold er lige og **forskelle er resultat af processer**, som giver **mikro og makroaktører** (aktører med mindre eller større indflydelse). Processen kaldes **translation**. Aktører og netværk er to sider af samme sag. Aktanter er roller/funktioner (både ting og mennesker m.v.). Når der er et gensidigt behov, kan alliance skabes, og alliancen står stærkt.

Målet for teorien er at beskrive et samfund af mennesker og ikke-mennesker, som ligeværdige aktører forbundet i et netværk og opretholdt med det formål at nå et bestemt mål, f.eks. udviklingen af et bestemt produkt. Disse netværk kan tydes gennem inskriptionen i deres bindeled, som er i omløb inden for disse netværk. Det tilsigtede udbytte af disse netværk kan variere: Det kan være teknologi, og det kan også være samfundet. Midlerne er altid "hybrider", som omfatter alle områder samtidigt. ANT forskere studerer dannelsen af heterogene netværk - en beskrivelse af et heterogent netværk er en beskrivelse af virkeligheden, hvor alle dele har lige stor betydning (generaliseret symmetri).

Udvikling: Et netværk kan udvikle sig i to forskellige retninger: Mod konvergens eller mod divergens mellem dets aktører. Når nye aktører tilføjes netværket, vil det først øge deres divergens.

Translationen, hvorved en aktørs vilje overføres til en anden bliver indledningsvis vanskeligere, fordi hver ny aktør allerede er inkluderet i andre netværk, som kan have knyttet aktøren til andre mål. Hvad der skal gøres, hvordan nye situationer skal klares, hvordan betydningen af et bindeled skal vurderes, er uklart i begyndelsen. Et aktør-netværk stræber efter stabilitet, fordi ingen af enhederne, som udgør det, ville eksistere uden netværket i denne form. At fremme netværket er en måde, hvorpå aktørers eksistens og udvikling sikres. Det er i alle aktørers interesse at stabilisere netværket, hvilket garanterer deres egen overlevelse. Stabiliteten af et netværk afhænger af *"umuligheden i at vende tilbage til en*

situation, som i dets [nuværende form] var det eneste [ud af mange] mulige valg blandt andre". Med andre ord betyder stabilisering eller lukning, "at den fortolkningsmæssige fleksibilitet indsnævres. Konsensus mellem forskellige relevante samfundsgrupper [eller mere bredt: Aktører] som den fremherskende betydning af et artefakt, går op i en højere enhed og 'artefaktets pluralisme' aftager."

Det er tydeligt, at ANT er en videreudvikling af SCOT³⁰ som til forskel fra denne teori ser på en teknologisk genstands udvikling i et sociologisk perspektiv. ANT ser på HELE netværkets udvikling og ser den teknologiske genstand, som en aktør på lige fod med alle andre aktører i netværket. Dog kan det være svært at afgrænse et netværk – hvor stopper det? Et netværks aktører er også aktører i andre netværk, som gensidigt påvirker hinanden. En forsker er også i et netværk og påvirker det netværk, der forskes i.

Marc Bergs teori bygger også på en ANT vinkel, men er rettet mod sundhedsorganisationer og er derfor mere omsætteligt i forhold til et sundhedsfagligt informatik-projekt – desuden angiver han metoder til at undersøge detaljeret viden om disse netværk.

6.1.2 Marc Berg

Marc Berg³¹ (Berg, 2004) er en af de mest fremtrædende indenfor forskningen i den sociotekniske tilgang til sundheds-IT-systemer. Den sociotekniske tilgang har fokus på det netværksorienterede perspektiv, (Berg, 1999) frem for at have fokus på teknologien.

Marc Berg (Berg, 1999) påpeger vigtigheden af at inddrage sociologisk viden om konstruktion og anvendelse af IT i sundhedssektoren. Berg tager også det brugerorienterede perspektiv, for at forstå arbejdsgange, som IT-systemet skal understøtte, og han påpeger endvidere, at ethvert design og implementeringsforsøg af IT vil medføre ændringer i hele netværket:

Teknologi/personale/organisation. Organisationer er sociale og tekniske – disse er afhængige af hinanden og relaterer til hinanden –sociotechnical systems (Berg & Wears, 2005) – ændringer foregår i en dynamisk proces –” *ny teknologi ændrer arbejdsgange, som igen ændrer brugen af teknologien, som fører til ændringer i teknologien, som introducerer nye ændringer i arbejdsgange o.s.v.*”

Marc Berg opstiller tre hovedpunkter (Berg, 1999):

- **Praksis i sundhedsarbejde som heterogene netværk**
- **Sundhedsarbejdets natur**
- **Den empiriske orientering med vægt på kvalitative metoder**

Praksis i sundhedsarbejde som heterogene netværk – arbejdspraksis opfattes med socio-teknisk tilgang, som et netværk af mennesker, værktøjer, arbejdsrutiner, roller, dokumenter m.m. – et netværk, som en sygehusafdeling og et sygehus ses som en ”*samling af mennesker og artefakter med det formål at levere pleje og behandling til patienter*” (Nøhr, 2010). Der er både primære og sekundære arbejdsrutiner og opgaver. Primære er den direkte pleje/behandling af patienter, den sekundære er oplæring af studerende (elever), supervision af andre faggrupper, deltagelse i kvalitetsudviklingsprojekter og ansvar for at overholde regler, lovgivning, budgetter m.m. Alle disse elementer er sammenvævede netværk, opstået gennem flere år, og kan ikke bestå alene og afgrænset – hvis noget pilles ud, vil opgaverne ikke kunne fortsætte på samme komplekse og glidende måde. Uden det mono-, tværfaglige og tværsektorielle samarbejde og f.eks. uden saks eller journalføring, vil en sygeplejerske ikke kunne eksistere på samme måde, som i dag. IT indført i en praksis, vil udvikles indenfor den kontekst, det indgår i, og konsekvenser og forandring vil derfor være svære at forudsige.

³¹ Hollandsk læge og sundhedsforsker – professor i socialmedicinsk forskning ved Erasmus Universitetet i Rotterdam, Holland

Sundhedsarbejdets natur – kerneaktiviteten pleje og behandling foregår kollektivt i en gruppe – der kommunikerer mellem de forskellige faggrupper involveret i patientens pleje og behandling, der gives råd og vejledning. Noget af samarbejdet er rutiner, men der dukker ofte noget uforudset op, som kræver her-og-nu respons/handling. Der kan være uforudsigelige patientreaktioner, pludseligt opståede følger af sygdom, behandling, pleje. Alt kan ikke forudsiges, når det handler om mennesker og samfund. Sundhedsarbejde er en social, kollektiv proces, med formelle møder, tilfældige møder i gangene, og en konstant telefonsamtalestrøm. Beslutninger om behandling tages i interaktion mellem sygeplejerske, læge og patient, andre kolleger, journalen og andre sundhedspersoner og ofte i akutte situationer. Beslutninger er kollektive, ikke individuelle, formet i den sociale kontekst. At få lov at dø værdigt, kræver omtanke og en kollektiv beslutningsproces. Nogle gange er der brug for at fravige standardprocedurer, af forskellige grunde: For ikke at bebyrde patienten, af sparehensyn, for at undgå unødvendigt arbejde (hvis der alligevel ikke er noget at gøre). Erfarne professionelle har autoriteten til dette. Den virkelige patientbehandling, sker gennem mange ad hoc beslutninger, improviserede interventioner fra patienten og pårørende. Ekspertise, protokoller og interventions strategier spiller en samtidig rolle. Der sker uddelegering af opgaver i den travle hverdag (Berg, 2004). Sundhedsarbejde kræver også planlægning, koordinering og overvågning, og det er alt dette, der får en kompleks sundheds-organisation til at hænge sammen. Ofte er det indforstået, hvad der sker – *”alt dette er usynligt for udefrakommende”* (Nøhr, 2010). Kan ses som *”limen”, der holder komplekse arbejdspraksis’er sammen*” (Berg, 1999).

Arbejdets natur understreger i socio-teknisk forståelse tre forhold (Berg, 1999):

1. Analyser af arbejdspraksis skal fokusere på kollektive arbejdsprocesser
2. Essensen kan ikke opfanges i foruddefinerede arbejdsgange, kliniske standarder eller andre modeller – disse viser KUN en modelleret praksis.
3. Arbejdspraksis bør studeres via observationer af den kliniske virkelighed.

Den empiriske orientering med vægt på kvalitative metoder – der lægges vægt på en dyb nuanceret forståelse af eksisterende arbejdsrutiner og uformelle strukturer i udvikling af, eller køb af et sundhedsinformatiksystem. Dette kræver aktiv involvering af slutbrugeren, da det må tage hensyn til de sammenvævede netværk og evt. forandringer, der kræves i implementeringen, da et it-system vil påvirke arbejdsgange og samarbejdet i organisationen, også mellem ledelse og de udøvende brugere/klinikere. Derfor hævder den socio-tekniske tilgang, at udvikling og implementering af IT skal ses, som et tværfagligt organisationsændringsprojekt, da det ellers vil kunne føre til et projekt, der kæmper med modstand eller endda sabotage fra brugere, som ikke føler, at de er blevet hørt/taget alvorligt. Marc Berg påpeger, at **analyse, design, implementering og evaluering** skal ses som en politisk organisationsforandringsproces, hvor brugerne skal sættes i fokus, og at det er en iterativ proces (Berg, 1999).

Brugerne skal involveres på et tidligt tidspunkt og på en systematisk måde. Det kan dog være svært at indsamle det empiriske grundlag for analyserne af arbejdspraksis, da al observation, også video, kan virke forstyrrende på daglige rutiner, og analysen af materialet kan også kræve mange ressourcer. Desuden må der nødvendigvis følges op på disse observationer, da den tavse viden og indarbejdede rutiner/forståelse af hinandens arbejdsgange, ikke altid kommer eksplicit frem i et behandlingsforløb. Ifølge Nøhr (Nøhr, 2010) er der flere eksempler på, at der bliver implementeret standardsystemer uden, at arbejdspraksis er grundigt studeret, og dette har medført nye fejlmuligheder, idet der ikke er taget højde for, hvad det skal erstatte, og hvor det ikke er en fordel i forhold til at skabe overblik. Nogle steder tilpasses systemerne til eksisterende arbejdsgange, og der opfindes work-arounds - endda også omgåelse af regler om koder osv., da det besværliggør daglige arbejdsgange. Marc Berg siger, at brugerne forsøger at *”narre systemerne”*. Nøhr konkluderer, at det er vigtigt at *”ledere af implementeringsprojekter har indgående kendskab til arbejdspraksis i sundhedsvæsenet”*. Marc Berg understreger, at det også er vigtigt i forhold til evaluering af sundheds-it-systemer (Berg, 1999).

Iterativ proces at udvikle og evaluere et system – udvikling af en sundheds-IT-løsning kan aldrig være en proces, hvor det bliver installeret og det herefter bruges (Berg, 1999). Teknologi og mennesker er så dybt forbundet i netværk, at ethvert design og implementering nødvendigvis skal transformeres via disse netværk. Der kan være forskellige formål med teknologien, afhængig af aktør-gruppe, og disse kan kollidere og værdier og antagelser er ikke nødvendigvis delt af alle. Hvis øjnene lukkes for dette, kan det kun føre til fiasko. Det kan være svært at skabe balance mellem de reelle muligheder i projektet og brugernes behov (ønsker) – der vil være gentagne forhandlinger om beslutninger. Dette kræver, som nævnt, en iterativ proces, hvor centrale organisationsbehov udvikles step by step i samspil med arbejdspraksis. Denne proces er en erkendelse af, at alle konsekvenser ikke kan forudses, men processen tillader kreativitet og organisatorisk og teknologisk sam-udvikling (Berg, 1999). Aktiviteterne i en sådan proces kan ikke ses som selvstændige aktiviteter. Marc Berg siger, at det er stærkt overdrevet at tro, at IT kan overtage alle papir-dokumenter inden for sundhedsområdet. Papirdokumenter kan stadig være vigtige i den daglige arbejdspraksis – disse er ofte brugbare i arbejdsrelationerne, og hvis de fjernes, kan det blive mindre fleksibelt i dagligdagen og dermed en dyrere løsning. Papir har ofte den fordel at kunne deles rundt, kunne bladres igennem (skimmes) og give hurtigt overblik, hvilket kan være sværere med IT. Men IT kan være med til at skabe netværk over flere organisationer – at kunne dele data og få et større data-grundlag. Dette kan skabe nye muligheder for forskning, ny viden og give nye kompetencer og samtidig føre til højere kompleksitet i arbejdsopgaverne. Den største fejl i udvikling af PCIS³² er, at udviklere forsøger at ”erstatte” den rodede og ad-hoc’ e arbejdsnatur med et struktureret og rationelt system (Berg, 1999).

Berg og Touissant (Berg & Touissant, 2003) stiller spørgsmålstejn ved, om de nuværende EPR³³ understøtter den nødvendige arbejdspraksis, som svarer til den, som i den papirbaserede journalisering har været udviklet gennem flere år f.eks. i form af formularer, der er blevet udformet for at få den bedste praksis i bestilling af undersøgelser, behandling og beslutningstagen (opsamling af nødvendige data), som læge og sygeplejerske, lægesekretær hver især har bidraget til.

EPR er udviklet til at understøtte delprocesser, og derved udeladt visse dele af den normale arbejdspraksis, f.eks. skal læge selv klare bestillinger af undersøgelser og behandling, og får så resultatet, uden at det går gennem sygeplejersker, som har patientoverblikket og erfaring. På den måde mistes den delte viden og proces, som en behandling kræver, for at hver enkelt patient får den bedste behandling. Ikke alle patienter reagerer ens, og EPR tager ikke højde for dette, og behandlerne vil let blive lullet ind i bare at følge EPRs forløb og procedurer, uden at tage patienten og konteksten med i overvejelserne. Berg og Touissant mener, at EPRs muligheder for at opsamle og gemme data skal kombineres, og dele dem mellem flere, for hermed at opnå evidensbaseret pleje og behandling ved sammenligning, men at EPR skal udvikles i praksis, undersøge, hvad praksis er, hvilken kommunikation og koordinering, der foregår og foregik, da der KUN var papirjournaler, og se på hvem, der har ansvar for hvad, og hvilke roller der optræder. Disse er jo udviklet gennem lang tid og opfylder det, som der er brug for i dagligdagens praksis. Når dette er kortlagt og beskrevet, skal EPR omdesignes til at tage højde for disse ting, men ikke tro, at det er færdigudviklet – det skal udvikle sig i praksis. Den papirbaserede journal (Berg, 2004) er et godt udgangspunkt til at forstå arbejdspraksis, for papir HAR jo virket til information og koordination. Derfor bør der ses på, hvilken aktiv rolle disse redskaber har/havde. Papir patientjournaler er ikke en container fuld af oplysninger, som giver et komplet billede af patienten, og heller ikke et komplet billede af arbejdet. De er **redskaber** til at gøre arbejdet. Berg og Touissant (Berg & Touissant, 2003) argumenterer imod, at der bare bruges almindelig modellering af processer, men anbefaler, at der i stedet bruger workflows, use-cases med

³² Patient Care Information Systems

³³ EPR= Electronic Patient Record

alle aktørers roller, og ser på hele forløbet i stedet for bare at starte med en model. EPR kan IKKE erstatte rod og ustrukturerede data, da sundhedsarbejde ikke følger et bestemt mønster og struktur. Meget er uforudsigeligt. EPR kan give mere rod, da nogle data vil gøre, at der skal udfyldes flere data, end der måske er nødvendigt. EPR kan lave rutiner og forløb men KUN delvist og vil hurtigt blive outdatet p.g.a. udviklingen indenfor sundhedsarbejdet.

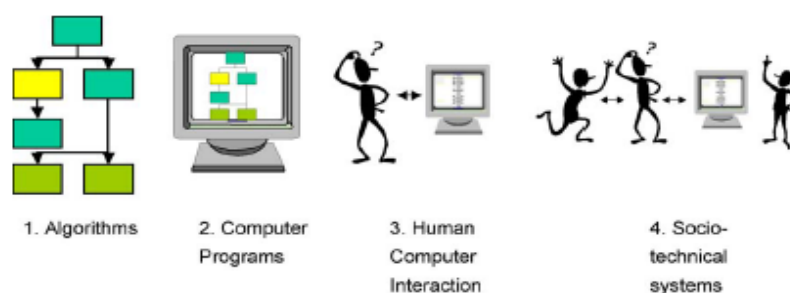
Nogle mener, at **papirjournaler** gav bedre overblik, fungerede mere effektivt, medarbejderne vidste lige, hvor de skulle finde det, de skulle bruge i forhold til en skærm med KUN et billede.

Papirjournalen havde farvede sider, der henviste til bestemte emner. Papirs funktionalitet kan ikke bare overføres: Små noter under samtale med en patient, en kollega, er svært at skrive og se på skærmen, mens der interageres med kolleger eller patienter/pårørende. Papirjournalen har udfyldt sin funktion i over 100 år, den har kunnet følge patienten, er standardiseret, og alle har kunnet finde rundt i den, ”*hvis de ellers har kunnet finde den!*”

Information og koordination foregår ikke i patientjournalen: Viden hos klinikerne udveksles, der koordineres mellem aktiviteter, kolleger spørges og der føres telefonsamtaler. Koordinering af sygeplejerske-læge arbejde sker både via formularer, direkte interaktion, men også via organisatorisk rutine og hierarki/roller. PCIS har overtaget manuelle funktioner, men også gjort andet besværligt, fordi der kræves mere standardisering af arbejdsprocessen, beslutningskriterier og andre data (Berg, 2004).

6.1.3 Enrico Coiera

Enrico Coiera³⁴ (Coiera, 2006) mener, at sundheds-informatiksystemer bør undergå en socio-teknisk analyse, da netop disse er så afhængige af komplekse menneskelige og organisatoriske strukturer. Han mener, at systemerne skal ses i et socio-teknisk perspektiv for at forstå udfordringerne og de utilsigtede konsekvenser. IT er ikke længere en option, men en del af arbejdsgangene – derfor er det nødvendigt, at systemet designes, så det er sikkert og effektivt. STS (Socio-Technical Systems) sætter, ifølge Coiera, fokus på at identificere interaktionerne, som opstår, når mennesker bruger IT i sundhedssektoren, og på, hvorfor nogle systemdesigns, på trods af de bedste hensigter, ender med at blive afvist af brugerne eller virke dårligt eller være en fiasko. STS er ikke anti-teknologi analyser, men de flytter skylden for dårligt fungerende systemer fra brugerne til designet – fordi det ikke er gennemtænkt, hvordan systemet kan og vil blive brugt i virkeligheden. Coiera siger, at der er behov for et design-sprog, som kan samle beskrivelser af handlinger, arbejdsgange, adfærd og artefakter i et socio-teknisk perspektiv, og nå frem til design-kravsspecifikationer, som giver bedre implementering af systemerne på arbejdspladsen. For at udvikle et system, skal der arbejdes med at beskrive behovet både på et teknisk niveau med udviklerne, og på samme tid med arbejdsprocesserne, organisationen og kulturen, hvor systemet skal implementeres. Coiera kalder det: ”*Getting technical about describing socio-technical processes*”. Han mener, at den mest simple metode til dette, er at gøre det i en serie af lag som vist i figur 21:

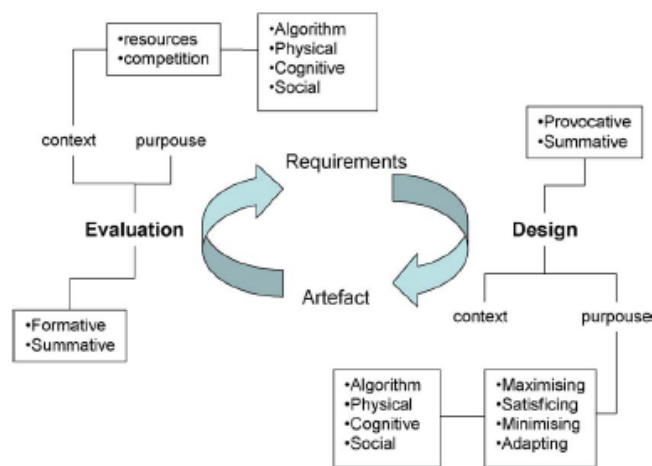


Figur 21 De 4 ”lag”, som er beskrevet nedenfor (Coiera, 2006)

³⁴ Professor ved Centre for Health Informatics, University of New South Wales(UNSW), NSW 2055, Australia

1. **Algorithms:** beskrivelse af processer i detaljer fra a-z - arbejdsflowet med alle interaktioner i en typisk kontekst.
2. **Computer programs:** computerpræsentation af algoritmerne via metoder til dette – modellering.
3. **Human-computer interaction (HCI):** der er forskellige kognitive teorier om, hvordan en bruger kan interagere med en computer (keyboard, mus, skærbillede, synsvinkler) – der er både fysiske og metaforiske handlinger og strukturer, der skal tages hensyn til. HCI er en kognitiv videnskab og bruges til at studere, hvordan mennesker interagerer med en computer. Brugerbehov skal omsættes til ”*interaction design*”, som beskriver, hvordan computer og menneske vil samarbejde.
4. **Socio-technical systems:** beskrivelse af interaktionerne mennesker og mennesker imellem og anden teknologi, adfærden, kulturen, de sociale regler i en given kontekst. Også en beskrivelse af, hvad der foregår på samme tid. Alt, hvad der foregår omkring en HCI har betydning for, hvordan interaktionen foregår.

Ifølge Coiera er der allerede udviklet en logik for at beskrive de 3 første niveauer, så STS går mere på at få beskrevet en logik for det 4. niveau. Coiera mener, at de fleste STS studier reelt ender ved en HCI – analyse. Dette betyder ofte, at systemer, som har virket for individuelle brugere, bliver implementeret i kontekster, hvor der ikke er taget højde for det 4. niveau, og det viser sig så, at det slet ikke fungerer efter hensigten. En bruger i sundhedssektoren sidder jo ikke udelukkende alene ved en computer dagen lang. Hvis målet med et system f.eks. er at dokumentere den bedst mulige kvalitet, og denne først kan dokumenteres efter en konference med kolleger, så er det dette systemet skal understøtte, ikke selve konklusionen. I mange systemer kommer dokumentationen af den faglige vurdering/diskussion til at mangle – det vises ikke, hvordan konklusionen er nået. Som en konsekvens af dette, må logikken i beskrivelsen af designet tage hensyn til konteksten, og design og evaluering vil foregå i en sammenhængende iterativ proces:



Figur 22 Design i et socio-teknisk perspektiv (Coiera, 2006)

Designet i et socio-teknisk perspektiv er dog en udfordring, idet der ofte bygges på antagelser/formodninger om ressourcer, konkurrence og kommitment af agenter, og så risikeres det, at det ikke passer til virkeligheden. Dette kan muligvis undgås ved nogle design strategier (figur 22):

Maximising: Bygge designet på baggrund af optimistiske og best-case scenarier om ressourcer, hvordan skal det være, hvis det hele er optimalt.

Satisficing: Erkendelse af, at ressourcer varierer fra tid til tid, og så designe systemet, så det performer tilfredsstillende i gennemsnit. Det er svært at tage højde for alle tænkelige situationer, og hvor lang tid, hver bruger er om at indtaste noget.

Minimising: Designet skal forudse pessimistiske eller worst-case scenarier – inkoopere evt alarmer,

feed-backs og sikring af, at disse bliver set m.v.

Adapting: Designet skal kunne skræddersys til at vise nødvendige data i specifikke situationer, da mange situationer ofte kræver akut handling. Det kunne være bruger, der ved få klik bestemmer nødvendige data eller digital måling giver bestemte data – altså indbygget intelligens. Systemet skal kunne adapteres til forandringer i omgivelserne.

Design af systemer har hidtil været en proces, hvor eksterne designere har fået nogle krav, der skulle opfyldes, og så har forsøgt at udvikle et system til at opfylde disse krav. Med en socio-teknisk tilgang, bør systemer udvikles som en social proces i den virkelige kontekst af brugerne, og deres sociale adfærd, handlinger, hændelser, artefakter, kultur m.v. Ved evaluering af sundheds-teknologi i dag ses det ofte, at brugerne har udviklet work-arounds for at indpasse systemer i hverdagen (i virkeligheden) i stedet for at brugerne udtrykker behov for ændringer (Coiera, 2006). Coiera ser gerne, at fremtidens socio-tekniske sundheds IT-systemer udvikles af sig selv i konteksten.

7 Dataanalyse

Vi har brugt ovenstående analysestrategi til analyse af vores datamateriale og vil i vores projekt først analysere på hvert underspørgsmål for sig, ved at lave statistiske udregninger på udvalgte kvantitative data fra spørgeskemaundersøgelserne, som vi vil sammenholde med virkeligheden i forhold til vore observationer. Herudover vil vi uddrage kondenserede udsagn fra de kvalitative data i vore interview, bemærkninger fra spørgeskemaer og observationer, som vi vil understøtte vha. kontekstuelle citater fra vore interviews samt vore observationer via feltstudier. Vi har kategoriseret udsagnene fra interviews og observationerne i temaer, som udsprang af gennemgangen af udsagnene. Disse temaer svarer fint til vore underspørgsmål:

- **Hvad definerer hjemmesygeplejersken som værende dokumentation – er fx koordination og planlægning indeholdt?**
- **Hvor meget tid bruges på dokumentation?**
- **Oplever hjemmesygeplejersken at der foretages unødvendig dokumentation?**
- **Hvordan dokumenteres i daglig arbejdspraksis – hvilke systemer/artefakter, ansvar og organisering?**

De temaer, vi fandt frem til via gennemgang af datamaterialet og dermed kodning var følgende:

1. Definition af dokumentation
2. Dokumentationstid
3. Nødvendig dokumentation/dobbeltdokumentation
4. Dokumentationspraksis

7.1 Analyse af underspørgsmål

7.1.1 Definition af dokumentation

- **Hvad definerer hjemmesygeplejersken som værende dokumentation – er fx koordination og planlægning en del af det?**

Vores forundersøgelse, hvor vi spørger, om kommunerne har defineret, hvad dokumentation indeholder, viser, at der er 33 % af kommunerne, der ikke har defineret dokumentationstiden, men også, at der er forskel i definitionen i de resterende kommuner: 22 % mener, at dokumentationstiden indeholder både at læse, skrive og at vejlede, rådgive etc., mens 38 % mener, at det er at læse og

skrive i journalen, mens 6 % mener, at det KUN er at skrive i journalen. Dette var svar fra IT-koordinatorerne i kommunerne. Nogle havde suppleret svarene med bemærkninger, som også viser forskelligheden:

"Dokumentation kan være journalnotater, handleplaner, visitationer, medicinkort, korrespondance til læge og apotek"

"Det er en del af administrativ tid, som er udelukkende administrativ - ingen vejledning"

"Vi arbejder på at gøre den mere klart defineret ud fra KLs anbefaling"

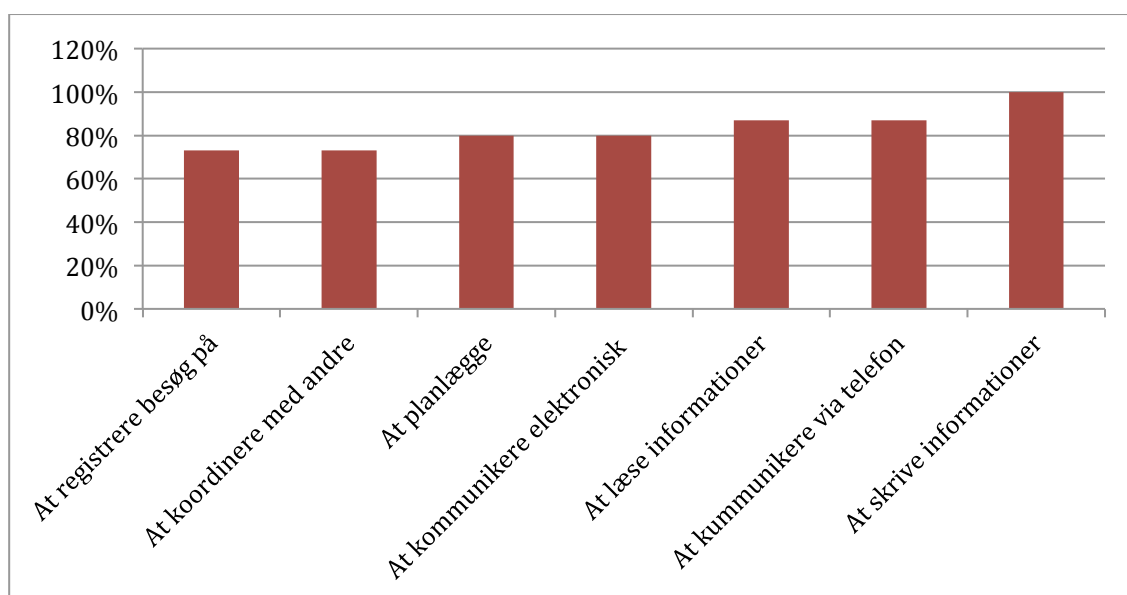
"Kan ikke svare på stående fod"

"Vi er aktuelt i gang med at beslutte dette"

"Er ikke klart defineret – vil være et punkt under arbejdet med KL projektet"

"Defineres individuelt af central ledelse"

Vi spurgte også sygeplejerskerne i de 5 kommuner i spørgeskemaet, hvad de anså som hørende med til begrebet dokumentation. Her viste der sig også en stor spredning: Nogle mener, at det både drejer sig om at læse, skrive journalnotater, planlægning af pleje og besøg, kommunikation med kolleger og eksterne samarbejdspartnere samt koordination af forløb. Mens andre mener, at det KUN drejer sig om det at skrive i journalen, hvilket er det eneste, som alle er enige om hører med. At registrere besøg er der f.eks. 70 %, der mener, er en del af dokumentationen, mens der er 72 %, der mener, at dokumentationen også indeholder det at koordinere med andre. 83 % mener, at kommunikation via telefon er en del af dokumentationen.



Tabel 4. Adspurgte sygeplejerskers holdning til, hvad der er indeholdt i dokumentation.

I forbindelse med vore fokusgruppeinterviews viste det sig tydeligt, at det er uklart for de enkelte sygeplejersker, hvad de selv mener, der er dokumentation, og hvad der defineres som dokumentation i deres organisation – de diskuterer dette meget frem og tilbage under interviewene begge steder, men den mest generelle holdning blandt deltagerne – det de finder frem til via refleksion – er, at dokumentation er alt det, de laver, som er borgerrelateret men ikke direkte klinisk pleje/behandling, dvs. at orientere sig om nyt i journalen siden sidst, skrive oplysninger/observationer i journalen, planlægge i disponeringen, lave plan for plejen, koordinere med kolleger, eksterne samarbejdspartnere (læge, sygehus) og pårørende. Dette underbygges med følgende udsagn:

"Vi har 1 time om morgenen - planlægning- men det er måske ikke dokumentation - vi sidder med computer åben - jeg synes det er dokumentation - på vores disponering hedder det planlægning om morgenen - men når jeg tænker dokumentation - så er det i mit hoved al den tid hvor man ikke er hos borger og sidder ved computeren - ringer til læge og koordinerer"

"det er koordinering - alt hvad jeg gør udover at stå hos borgeren kalder jeg sundhedspædagogisk indsats - og skriver på så det bliver sat ind på min liste efterfølgende - og så vil der stadig være tid hvor der står dokumentation på den liste" (der er afsat en time til dokumentation i planlægningen i denne kommune)

"så skal jeg ringe til egen læge og koordinere -hvornår er det lige det rigtige medicin kommer med - og alle tidspunkterne som var rykket - det sidder jeg så når jeg kommer hjem og sletter og retter inde i medicinskemaet - men der er også en del dokumentation i at ringe til egen læge og koordinere frem og tilbageringe til sønnen at nu skal han huske at hente nogle piller, fordi"

"dokumentation (som ydelse, der kan planlægges med) står der en lille beskrivelse af hvad den kan bruges til - jeg tager den som vejledende, men det er sådan noget brugerrelateret - altså når det har noget med en borger at gøre - det skal være noget til den enkelte borger"

"jeg tænker lige på at når vi læser advis så er det dokumentation - vi har i hvert fald lagt et kvarters ekstra dokumentation til middag hvor det hedder advislæsning - og telefontiden talte vi også om skulle have kvarter mere - ½ time mere - så der er tid til at dokumentere bagefter"

Dette viser også en tvivl om, hvad sygeplejerskerne skal kalde for dokumentation, og hvad de så skal kalde alt det andet? Og der er tvivl om, hvad der egentlig indgår under dokumentation, for der laves jo meget arbejde, som ikke er borgerrettet. Dette skyldes, at det ikke er planlagt og registreret nogen steder, at sygeplejerskerne også har andre opgaver, som sker løbende og ad hoc i løbet af en arbejdsdag, og udtalelserne viser også, at det kan være svært at skelne de enkelte dele ad i en normal arbejdsdag: Hvornår planlægges arbejdsdagene, hvornår koordineres, hvornår drejer det sig om faglige optegnelser, hvornår vejledes i forhold til borger, hvornår planlægges forløb osv. Det tyder på, at alle andre opgaver (faglig og organisatorisk udvikling og mails f.eks.), som ikke er direkte borgerrettede også foregår i den tid, der kaldes dokumentationstid:

"der er ikke sat ekstra tid af til det og hvad man har af kvalitetsstandarder og hvad man skal til - det er med i planlægnings- og dokumentationstid om morgenen - jeg er ikke med i ret meget - ikke med i grupper eller faglige grupper med diabetes eller inkontinens, og når jeg ikke har været her bare en enkelt dag - så kan der godt ligge 8-10 mails til mig - når jeg så tænker på alle dem, der udover hverdagen har nogle grupper og noget de er med i - mails er ikke noget om borgere på nogen måde"

"vi har ikke mulighed for at vise [opgaver i planlægningen]- deriblandt koordinering - det kan godt være det hedder et eller andet derinde - det foregår bare meget skjult - og sådan er der rigtig mange funktioner vi går og gør, som foregår meget skjulte - og fordi telefonen ringer, mens vi står ude hos fru hansen og åhh, så skal vi også til at afbryde det og sætte 5 minutter ind der - så - det bliver for firkantet"

"der er tit sådan noget som foregår meget usynligt fordi det sker måske - man står ude hos en borger - så er der lige en hjemmehjælper, og vi koordinerer lige lidt omkring en [anden] borger - vagttelefon hvor man i hvert fald kan få fat i en sygeplejerske - der har vi lavet et skøn at den tager ca. 1 time ud af en arbejdsdag".

Det viser sig også, at der foregår meget koordinering mellem de forskellige faggrupper involveret i en borgers forløb, direkte i den elektroniske journal/planlægningsredskab (disponering), så det kan være svært at skelne mellem, hvad der er planlægning af arbejdsdagen, og hvad der er koordinering og dokumentation af planlagt og udført pleje. Det forventes af sygeplejersker og andre kolleger, at de ud fra EOJ kan se, hvad de skal gøre ude hos den enkelte borger. Hvilken plan er der lagt for en borgers forløb, pleje og behandling. Det kræver, at det er dokumenteret.

”Den elektroniske journal er et genialt værktøj, for der er jo meget koordinering og planlægning vi kan styre det og det er synligt hvad vi laver”,

”Visitatorerne skriver måske til os (via advis i journalen) hvis de har kontakt til sygehuset og der er en kompliceret borger som skal hjem og der er en masse som skal koordineres, der er en masse tværfagligt, som skal på banen - og så sygeplejefagligt - så bliver vi også adviseret med oplysninger om det ene og det andet - og det er jo fint - men det er typisk sådan nogle ting, hvor der er rigtig mange indblandet”

”Dokumenterer for at mine kolleger kan vide, hvor langt vi er...og det er jo for at sikre opfølgning - at borgeren får den planlagte behandling, som der er en eller anden, som på et tidspunkt har planlagt for det gør vi, hvis det er et sår. Og jeg dokumenterer kun, hvis der er noget nyt - hvis der er noget at dokumentere, ellers gør jeg ikke”

” Dokumenterer for at være en ordentlig kollega, så de næste også kan komme til - træls at komme om morgenen og ikke kunne læse en skid om, hvor er vi så henne i den her plan, vi satte i gang for en måned siden .. det er noget med at tænke, at enhver skal kunne gøre det her - og - enhver sygeplejerske skal kunne gøre det her - hvad enten det er fast personale eller en vikar eller en afløser skal kunne gå ind og varetage den her opgave ud fra den her korte beskrivelse”

I dag korresponderes der også elektronisk med eksterne samarbejdspartnere, som tidligere beskrevet, og dette foregår direkte via EOJ-systemet, hvilket har afløst en del telefon samtaler og fax, men det betyder jo en ændring i workflowet, idet tiden er flyttet fra direkte kontakt til interaktion med systemet i forhold til at skrive, læse korrespondance og vente på svar.

Sygeplejerskerne giver indtryk af, at der ikke tages højde for alle de andre opgaver, der er i forbindelse med et forløb hos en borger, og at det ikke er muligt at dokumentere plejen, før andre opgaver også er udført. Der bliver ikke sat tid af på en arbejdsdag at udføre disse andre afledte opgaver – kun til den direkte patient/borgerpleje:

”jeg håber vi får lagt tiden ind sammen med ydelsen” (pleje, behandlingsydelsen)

Delkonklusion 1

Der er ingen konsensus om definition af begrebet ”dokumentation”. Forundersøgelsen viser, at 33% af de adspurgte kommuner ikke har en definition. Spørger man sygeplejerskerne selv, er de enige om, at ”skrivning af informationer” er dokumentation, men en ret stor del (70-80 %) mener også, at disse opgaver hører under begrebet dokumentation:

- Koordinere
- Registrere besøg
- Planlægge
- Kommunikere elektronisk og via telefon
- Læse

Sygeplejerskerne mener altså, at dokumentation dækker over mange ting i dagligdagen, ikke bare at skrive informationer/føre journal.

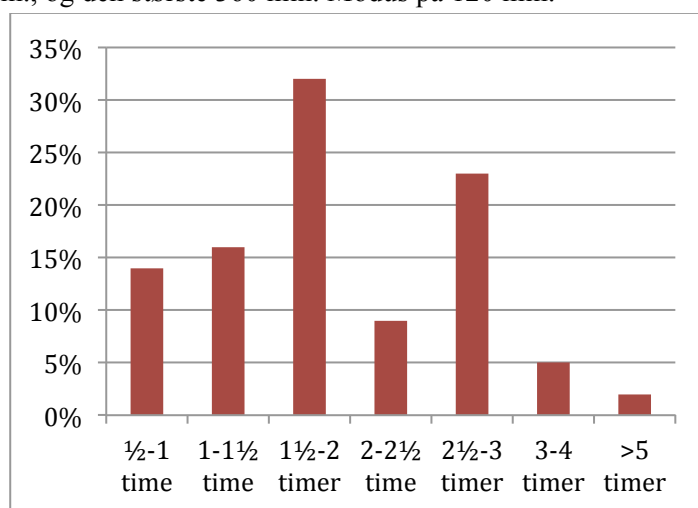
I forbindelse med fokusgruppeinterviewene giver sygeplejerskerne udtryk for tvivl om, hvad der indgår i dokumentation, men den generelle holdning er, at samtlige ovennævnte opgaver hører til under det, de kalder dokumentation, men de giver også udtryk for, at det kan være svært nøjagtig at skelne de enkelte dele ad i en travl arbejdspraksis. De laver en del skjulte opgaver, som de ikke tænker over. Men oftest går alle de ovennævnte opgaver ind under det, der registreres som dokumentation i planlægningsredskabet. De registrerer ikke de andre opgaver, og de indgår i den tid, de dokumenterer, også andre administrative opgaver som at læse mails og udviklingsopgaver.

7.1.2 Dokumentationstid

- **Hvor meget tid bruges på dokumentation?**

Samlet dokumentationstid

I vores spørgeskemaundersøgelse bad vi sygeplejerskerne om at angive deres gennemsnitlige dokumentationstid pr. dag. Dette gav et gennemsnit på 132,6 minutter dagligt, hvor den mindst angivne tid var 45 min., og den største 360 min. Modus på 120 min.



Tabel 5. Dokumentationstid i procent - spørgeskema til 5 kommuner

Ifølge (Rath (DSR), 2008), bruger næsten 50 % af sygeplejerskerne på sygehuse mellem en halv og halvanden time dagligt på dokumentation (heraf er der knap 25 % der svarer 60 minutter), mens der også er en stor andel der bruger mellem halvanden time og to en halv time (31 %). I gennemsnit er det halvanden time pr. sygeplejerske dagligt.

I hjemmesygeplejen bruger 29 % en halv til halvanden time, 32 % mellem halvanden til 2 timer, 38 % bruger mellem to og 6 timer – se Tabel 5. Dokumentationstid i procent - spørgeskema til 5 kommuner. I gennemsnit bruger hjemmesygeplejen ca. 40 min. mere pr. sygeplejerske dagligt på det, de hver især definerer som værende dokumentation. Det er heller ikke defineret, hvad der er indeholdt i dokumentationstiden på sygehusene, og hvorvidt det er sygeplejerskernes egen holdning til, hvad det indeholder.

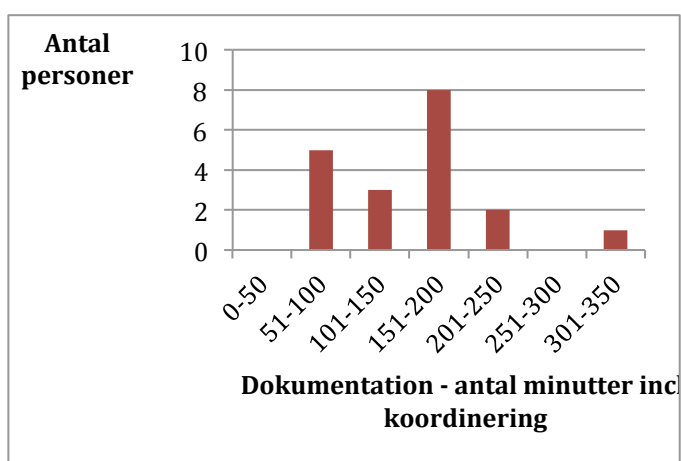
24 af vore 46 respondenter er enige i, at der bruges for meget tid på dokumentation i hjemmesygeplejen – heraf har 17 inkluderet koordination i deres dokumentationstid – 7 har ikke, mens 18 er uenige i, at der bruges for meget tid på dokumentation i hjemmesygeplejen – heraf har 11 inkluderet koordination i deres dokumentationstid, 7 har ikke. Så sygeplejerskerne er heller ikke enige i, om der bruges for meget tid til dokumentation eller ej. Svaret på om der bruges for meget tid på dokumentation er afhængigt af, hvad de hver især definerer som dokumentation.

Forskel på dokumentationstid, afhængig af definition

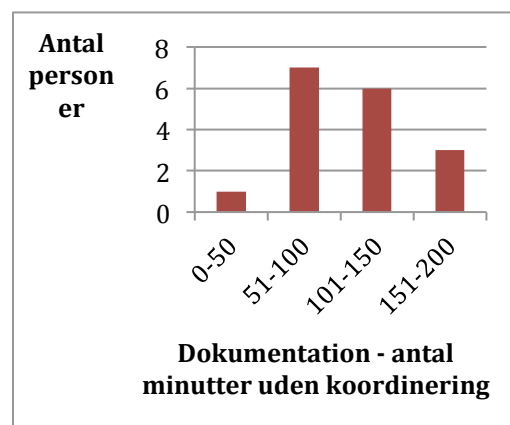
For at undersøge, om der er en signifikant forskel på dokumentationstiden, når sygeplejerskerne inddrager koordinering i deres definition af dokumentationsopgaven, har vi udført en parametrisk uparret t-test (Johansen, 2002) ud fra vores spørgeskemaundersøgelse, hvor vi, efter at sygeplejerskerne havde angivet gennemsnitlig dokumentationstid, bad dem definere, hvad de mente, at dokumentationstiden indeholder. Vi opdelte svarene fra undersøgelsen i to stikprøver:

1. dokumentationstid og dokumentationsopgaver **UDEN** punktet koordinering – 17 målinger.
Gennemsnitlig dokumentationstid = **108,5 min.**
dokumentationstiden indeholder HER: skrive, læse informationer, planlægge forløb/besøg/, kommunikation elektronisk og via telefon - Tabel 4. Adspurgte sygeplejerskers holdning til, hvad der er indeholdt i dokumentation.
2. dokumentationstid og dokumentationsopgaver **MED** koordinering – 27 målinger.
Gennemsnitlig dokumentationstid = **148,1 min.**
dokumentationstiden indeholder her udover ovennævnte også koordinering med andre.

NULL-hypotesen var, at der IKKE er forskel på de to målinger.



Tabel 6. Dokumentationstid MED koord.



Tabel 7. Dokumentationstid UDEN koord.

Hypotesetesten – se bilag 13.4 for udregningen – viste, at der er signifikant forskel på de to tests, hvilket vil sige, at hvis sygeplejerskerne medtager koordinering i deres definition af dokumentationstid,

er dokumentationstiden signifikant større. Dette understøtter antagelsen om, at dokumentationstid ikke er defineret ens. Vi kunne endda have taget mere tid fra test 1, idet tlf. samtaler og elektronisk kommunikation også er en form for koordinering og også en del af planlægningen. Som beskrevet i afsnit 7.1.1 viste vores forundersøgelse også, at der er 33 % af landets kommuner, der ikke har defineret dokumentationstiden, men også, at der er forskel i definitionen i de resterende kommuner: 22 % mener, at dokumentationstiden indeholder både at læse, skrive og at vejlede, rådgive etc., mens 38 % mener, at det er det at læse og skrive i journalen, mens 6 % mener, at det KUN er det at skrive i journalen.

Alder og dokumentationstid

Vi har ud fra spørgeskemaundersøgelsen prøvet at sammenligne gennemsnittet for dokumentationstiden med alderen, for at kunne sammenholde med Morten Bue Rath's undersøgelse på sygehuse (Rath (DSR), 2008), hvor han kom frem til, at der i undersøgelsen ikke var stor forskel på regionerne, men derimod var der aldersmæssig forskel. De yngre under 40 år brugte i gennemsnit dagligt 9 minutter mere på dokumentation end dem over 40 år.

I de 5 kommuner, vi har undersøgt, er det omvendt:

Middelværdi (dokumentationstid under 40 år): 114,7 min dagligt

Middelværdi (dokumentationstid over 40 år): 141,9 min dagligt, altså en forskel på 27,2 minutter mere til dem over 40 år. Men vi mener dog ikke, at der kan lægges så meget i disse tal, da vi i kommunerne oplever, at det ofte er de erfarne sygeplejersker, der får specialistfunktioner, og også tager sig af de mest komplekse borgere, hvilket i sig selv VIL betyde mere dokumentationstid. Mange af dem med høj dokumentationstid har skrevet som bemærkning i spørgeskemaet, at de har specialistfunktioner som koordinator, inkontinenssygeplejerske, planlægger eller andet. Egen erfaring fra hjemmeplejen viser også, at der skal en vis erfaring til for at få specielle funktioner. Om det er omvendt på sygehusene, siger Rath's undersøgelse intet om. Hans undersøgelse giver heller ikke noget bud på en definition af, hvad der indgår i dokumentationstiden. Så vi mener egentlig, at disse oplysninger er ubrugelige til at generalisere noget ud fra.

Udefrakommende indflydelse på dokumentationstiden

60 % af de adspurgte sygeplejersker fra spørgeskemaundersøgelsen angiver, at det, der er mest frustrerende ved dokumentation, er, at IT-systemet er langsomt med udtalelser som:

"langsomt system, som stener", "langsomt som i langsomt", "langsomt, spild af tid"

"ventetid ved opstart af programmet", "ventetid ved log-in"

Desuden mener flere, at det er frustrerende, at systemet er omstændelig og ikke-brugervenligt, samtidig med, at de er presset på tid. Der bruges mange klik for at finde de steder, der skal registreres/dokumenteres i, og at systemet for dem ikke virker efter den hensigt, de er blevet stillet i udsigt, samt at det er ulogisk opbygget og uoverskueligt. I alt angiver 81 %, at der er systemmæssige udfordringer.

Frustrationen over det langsomme system går igen i fokusgruppeinterviewene, hvor det nævnes, at det er det praktiske ved at dokumentere, som er frustrerende, ikke det at skulle dokumentere i sig selv. Som kilde til frustration nævnes også den strukturerede data, hvilket kan vække undren, da mange tror, at valg af strukturerede data ville gøre det hurtigere og lettere at dokumentere, men sygeplejerskerne giver udtryk for, at det tager lang tid at "fedte" rundt for at finde en brugbar foruddefineret klassifikation fra valglister.

"bare man selv kunne skrive, hvad man synes det skal hedde"

"Man sidder og spilder sin tid og bliver frustreret over ikke at kunne finde det, som man synes er dækkende"

63 % i spørgeskemaundersøgelsen klager over mange forstyrrelser under dokumentationen – se endvidere afsnit 7.1.4. for uddybning.

Tid afsat til dokumentation i hjemmesygeplejen

I hjemmesygeplejen er der afsat tid til dokumentation. Det er forskelligt fra sted til sted, hvor meget tid der er afsat. Under vores fokusgruppeinterviews blev der fra den ene kommune givet udtryk for, at tiden til dokumentation var øget, og i den anden kommune, hvor vi udførte fokusgruppeinterview blev det oplyst, at dokumentationstiden var skåret ned af flere omgange, og at det derfor er problematisk at opfylde dokumentationskravene.

”Man bliver nødt til at prioritere og dokumentere det, som man finder mest nødvendigt”

Når der ikke er tid nok til den dokumentation, som hjemmesygeplejerskerne definerer som dokumentation, bliver sygeplejerskerne nødt til at finde tiden et sted, og det kan være tiden til den kliniske pleje/opgave hos borgeren, som bliver skåret ned.

”Når der ikke er tid nok til at dokumentere, sker det dagligt, at man bruger en del af den tid, som er afsat til borgerbesøg, til dokumentation. Dog er det også sådan, at man giver den ekstra tid der kan være nødvendig, hvis man besøger en borger, som viser sig at være dårlig, og som derfor har brug for et længere besøg”

Under fokusgruppeinterviewene blev der også gjort opmærksom på, at der ikke er afsat tid til akutte ydelser i planlægningen (kørelisten i disponering). Det på trods af, at man VED, at der hver dag opstår behov for akutte besøg hos borgere, som enten lige er blevet udskrevet fra hospitalet, eller som er blevet dårlige, disse akutte besøg har også indflydelse på dokumentationstiden, da de presser hele arbejdsdagen. Nogle sygeplejersker efterregistrerer deres dokumentation (lægger det ind i disponeringen, når dagen er omme), men kun hvis den har en varighed på mindst 15 minutter, men det er ikke en vedtaget arbejdsgang, hvorfor det ikke er synligt, hvor meget tid, der EGENTLIG bruges på dokumentation.

I den ene kommune, hvor vi foretog fokusgruppeinterview er der afsat 1 time og et kvarter til dokumentation sidst på dagen – og en halv time om morgenen til at læse, inden de kører ud og besøger borgerne. På observationsdagen observerede vi, at der blev brugt 3 timer og 29 minutter til henholdsvis læsning, skrivning, koordinering, og planlægning. Sygeplejersken som blev observeret har en specialfunktion, som gør, at hun har en ekstra times dokumentation (forløbskoordinator). I den anden Kommune, hvor vi også foretog fokusgruppeinterview, er der afsat ½ time til at læse om borgerne om morgenen, og 1 time til dokumentation sidst på dagen. På observationsdagen observerede vi, at der blev brugt 2 timer og 52 min på henholdsvis læsning, skrivning, koordinering og planlægning. Sygeplejersken anså observationsdagen som en gennemsnitsdag, men som det ses af Figur 25. To sygeplejerskers arbejdsdag fra feltstudier i to kommuner (planlagte og ikke-planlagte besøg og opgaver) var det en dag præget af total omlægning af planlagte besøg. Ved opringning til kommunen efterfølgende, blev de oplyst, at der var registreret 95 minutters dokumentation for den pågældende medarbejder på den pågældende dag.

I begge kommuner gav sygeplejerskerne udtryk for, at både koordinering, planlægning, skrivning og læsning er indeholdt i dokumentationstiden.

Tiden på ikke-kliniske opgaver fordelte sig i forbindelse med det to observationer således:

Definition af dokumentation	Kommune A	Kommune B
"At læse"	33,17	50,25
"At skrive"	74,0	66,0
"At telefonere" (koordinering)	20,5	56,5
"At kommunikere face to face" (koordinering)	12,5	31,5
"At planlægge"	11,5	13,5
Ialt	151,67 2 timer og 52 minutter - 35,8%	217,75 3 timer og 29 minutter - 43,5%
Planlagt dokumentation tid	½ time morgen 1 time eftermiddag 18,7%	1 time morgen 1 1/4 time eftermiddag 28,1%

Figur 23. Antal minutter observeret på en arbejdsdag fordelt på ikke-kliniske opgaver

Som det fremgår af ovenstående er tiden IKKE tilstrækkelig i forhold til den faktiske tid, som bruges på det, sygeplejerskerne kalder dokumentation (læse, skrive, koordinere og planlægge).

Hvis vi ser isoleret på dokumentation defineret som det "at skrive" (som er definitionen fra ordbøger) viser observationerne og spørgeskemaerne følgende:

	Dokumentation – udelukkende defineret som "at skrive"
Observation i A kommune	15,4% af arbejdsdagen
Observation i B kommune	13,75% af arbejdsdagen
Besvaret via spørgeskema	12,5% af arbejdsdagen

Figur 24. Dokumentation som udelukkende at skrive/registrere i procent i forhold til en arbejdsdag

I vores forundersøgelse oplyste 36% af kommunerne, at de arbejder med reduktion af den sygeplejefaglige dokumentationstid, hvilket også er gældende i egne kommuner. Nogle kommuner oplyser i bemærkninger, at skal i gang. Nogle kommuner har lavet målinger på dokumentationstiden ud fra den leverede dokumentationstid, som er registreret via PDA.

Delkonklusion 2

Spørgeskemaundersøgelsen viser et tidsforbrug på udefineret dokumentationstid: 29 % bruger en halv til halvanden time, 32 % bruger mellem halvanden til 2 timer, og 38 % bruger mellem to og 6 timer. Spørgeskemaundersøgelsen viser, at hjemmesygeplejersker i gennemsnit bruger 40 minutter mere end hospitalssygeplejersker på dokumentation. Spørgeskemaundersøgelsen viser endvidere, at det har signifikant indflydelse på dokumentationstiden, om man inddrager koordinering i denne. Vi har ikke kunnet genfinde Morten Bue Raths sammenhæng mellem dokumentationstidens varighed og alder.

Under observationen var det ”at skrive” som tog længst tid, efterfulgt af ”at læse”, ”at koordinere” og ”at planlægge”. I de to kommuner blev brugt henholdsvis 35,8% og 43,5% af dagen på dokumentation, som inkluderede planlægning, koordinering, læsning, skrivning, elektronisk og telefonisk kommunikation. Der var planlagt med en dokumentationstid på henholdsvis 18,7% og 28,1%. Ved opringning efterfølgende til den ene kommune, blev det oplyst, at der kun var registreret den planlagte dokumentationstid.

Sygeplejerskerne anfører bemærkninger om, at EOJ systemet er langsommeligt, og dermed har indflydelse på dokumentationstidens længde. 63% af de adspurgte klager over mange forstyrrelser i forbindelse med dokumentationsopgaven. Oplysning om forstyrrelser går igen både i spørgeskemaer, observationer og fokusgruppeinterview. Sygeplejerskerne oplevede, at struktureret tekst/valglistes er tidsrøvende at arbejde med.

Der er ikke overensstemmelse mellem den tid, som er afsat i planlægningen til dokumentation, og den tid, som reelt bruges til de opgaver, som sygeplejerskerne mener, at dokumentationstiden indeholder. Der er fast afsat tid til dokumentation og planlagte borgerbesøg, men ikke afsat tid til akutte besøg eller koordinering/planlægning/dokumentation i løbet af dagen, hvorfor der tages tid fra den kliniske pleje hos borgere til de til dette. Den koordinering/planlægning/dokumentation som foregår udover det planlagte efterregistreres sjældent.

I mange kommuner arbejdes der med at reducere dokumentationstiden – de målinger, der har været på dokumentationstid er taget ud fra det, som sygeplejerskerne har registreret som dokumentation i planlægningsredsskabet disponering, hvilket jo ud fra vore undersøgelser viser sig ikke at være udelukkende dokumentation defineret som skriftlig bevisførelse (ordbogens definition).

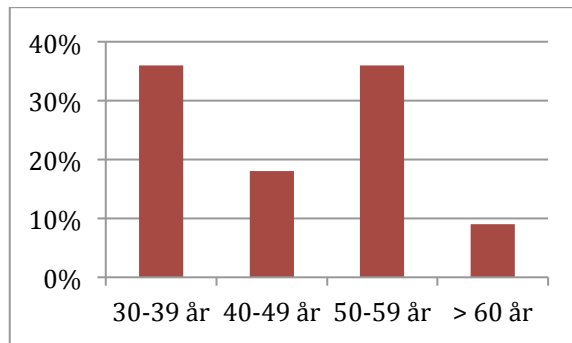
7.1.3 Nødvendig dokumentation/dobbeltdokumentation

- **Oplever hjemmesygeplejersken at der foretages unødvendig dokumentation?**

Dobbeltdokumentation

Morten Bue Rath har også undersøgt, om sygeplejerskerne på sygehusene oplevede dobbeltdokumentation, og om dokumentationen er vigtig: 80 % mellem 18-39 år mente, at alle eller store dele af dokumentationen er vigtig for patientsikkerheden, mens det tilsvarende tal for sygeplejerskerne på 50 år eller over er 67 %. Det var også en større del af dem under 39, der oplevede dobbeltdokumentation end dem over. 80 % oplever dobbeltdokumentation.

I vores undersøgelse i de 5 kommuner er der i alt 72 %, der oplever dobbeltdokumentation og fordelingen af alder i forhold til, om sygeplejersken mener, at der er dobbeltdokumentation, ser således ud:



Tabel 8 Oplevelse af dobbeltdokumentation i forhold til alder

Det viser sig lidt som en tendens, at vi ikke kan bruge aldersfordelingen til at generalisere noget ud fra, som Morten Bue Rath har gjort i sin undersøgelse – vi kan KUN konstatere, at der ikke er forskel på, hvad sygeplejerskerne tænker om dokumentation uanset alder.

De bemærkninger, sygeplejerskerne har skrevet under, hvad de mener er unødvendigt, viser, at de ikke har taget stilling til, om noget IKKE skal dokumenteres, men mest hvorvidt det samme dokumenteres på forskellige artefakter og i forskellige dele af omsorgssystemet:

"vi signerer både på papir i hjemmet og i EOJ"

"der skal skrives de samme ting for mange steder"

"registrering af medicin [administration], når disponering er et bevis for, at vi har været der"

"dobbeltdokumentation f.eks. i hjemmet på papir og derefter på pc"

"mange ting går igen ved resumé, fokusområder, helhedsbeskrivelse og notater".

Hvilket vi vil tolke som, at de mener, at deres dokumentation er nødvendig, men at det er gentagelser og dobbeltarbejde, som kunne undværes.

Dobbeltdokumentation kan både være systemrelaterede eller skyldes arbejdspraksis.

"det sker jo også somme tider, at der kommer noget dobbelt arbejde ud af, at systemet viser noget, mens der er gjort andet"

Når der henvises til systemrelateret dobbeltdokumentation, kan det også dreje sig om dokumentation efter besøg hos os en komorbid²¹ borger. På grund af en denne borgers forskellige sygdomme, skal der dokumenteres i forskellige områder af EOJ-systemet. Dette opleves besværligt, og tvinger sygeplejersken til at splitte sit overblik op i delfragmenter, da disse fragmenter passer ind i EOJ systemet, men også i forhold til de 12 sygeplejefaglige problemområder. Den ene tilstand kan være en følgevirkning af den anden, hvorfor det forekommer ulogisk at splitte dem op, f.eks. kan mange tilstande skyldes ernæring og væskeindtagelse, men også kredsløb og respiration eller psykosociale tilstand, og hvad er så problemet. Sidsel Vinge har også beskrevet udfordringen med de komorbide borgere, og udfordringen med at skabe overblik og sammenhæng i forhold til hjemmepleje, ambulante kontroller osv. (Vinge, 2011), et overblik som åbenbart er vanskeligt at få i den kommunale hjemmepleje, hvilket vi også observerede, idet der blev skrevet lidt i flere fokusområder fra et borgerbesøg.

"jeg bliver nødt til at skrive lidt af det samme, men det bliver nødt til at stå alle steder, for ellers kan man ikke følge op - det er besværligt, og det er ikke kun mig, der har den udfordring - man kommer jo ud i hjemmet og konstaterer, at der er flere problemstillinger i hjemmet - der er meget man skal tage højde for 1: Sår kan være betinget af det dårlige blodomløb, men så kan der være et indsatsområde om kredsløb men også om hud, som vi jo så ville putte såret ind under - det synes jeg tit man støder på, man kunne godt tænke sig at samle det i eet, for det hænger jo tit og ofte sammen og også ødemer eller

sådan noget - eller ernæring det har jo også noget med sår at gøre....så det er træls ind i mellem at skulle splitte noget op, som hænger sammen”

Reel dobbeltdokumentation mener sygeplejerskerne mest dukker op i og med den papirdokumentation, som foregår ude hos borgeren. I den ene kommune oplevedes også reel side-dokumentation af koordinationsforløb, idet dette er et projekt, og der var udarbejdet en projektmappe med diverse spørgeskemaer, opfølgningsskemaer osv, som udover dokumentationen i EOJ også skulle udfyldes.

”men ikke så meget inde i systemet - mest fordi så har man papirer der ligger ude ved borgeren som man også skal skrive i journalen”

”så er det kun der hvor man er ude i hjemmet og dokumenterer noget og så går man hjem bagefter og dokumenterer her (i EOJ)”

I forbindelse med fokusgruppeinterviewene virker sygeplejerskerne meget bevidste om hvornår der foretages dobbeltdokumentation, og på grund af tidspresen gør de hvad de kan, for at undgå at dobbeltdokumentation forekommer. Flere er da også uforstående overfor, at en godkendt udført plan i disponering ikke kan gøre det ud for, at de HAR udført opgaverne hos borger, hvis der ikke ligefrem er noget nyt. Det giver ingen mening at skulle dokumentere, at sygeplejersken har været hos en borger og give medicin, når det både fremgår af medicinskemaet, at medicinen skal gives og på kørelisten, at sygeplejersken reelt har været der den dag.

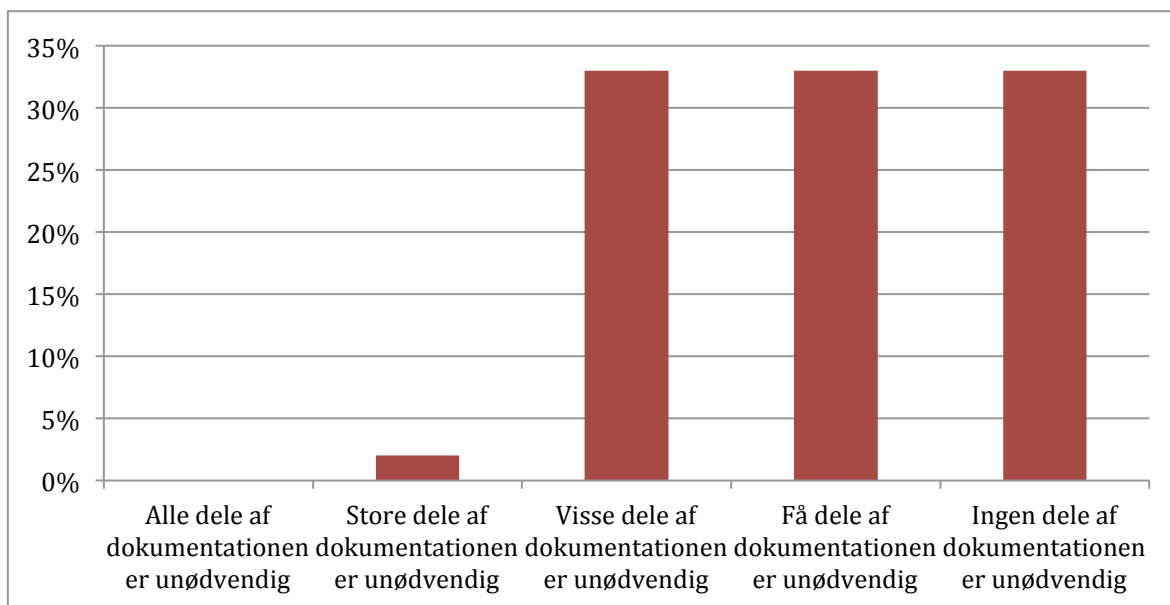
”det er jo dokumenteret på vores køreliste, og det står på medicinskemaet, at det skal gøres, og så må man gå ud fra det er gjort”

”jeg hører tit det bliver sagt i sygeplejegruppe, men jeg synes dokumentation er rigtig rigtig vigtig - men jeg er nok også af den tid, at jeg synes, de ting hænger sammen”

”hver gang jeg synes der er noget som er dobbelt, så vælger jeg kun at gøre een af tingene” – dette var en holdning fra én af sygeplejerskerne, men hvis hun vælger ikke at skrive på blodsuktermålingsskema i hjemmet, fordi hun skriver det i journalen eller omvendt, vil det jo være svært for de andre at få overblikket.

Nødvendig dokumentation

Vi spurgte også sygeplejerskerne, om de mente, at dele af deres dokumentation er unødvendig. Her mener 33 %, at der ikke er noget, der er unødvendigt, 33 %, at der er få dele, der er unødvendige, og også 33 %, der mener, at visse dele er unødvendige. KUN 1-2 % mener, at der er store dele, der er unødvendige. Men det viser alligevel, at der opleves en del, der er unødvendig dokumentation, hvilket også hænger sammen med, at der opleves dobbeltdokumentation, men det afhænger igen lidt af, hvad den enkelte har defineret som dokumentation. I Rath's undersøgelse (Rath (DSR), 2008) i regionerne er der 62 %, der mener, at ingen eller få dele er unødvendige, hvilket næsten er det samme.



Tabel 9. Oplevelse af, at dele af dokumentationen er unødvendig.

Under fokusgruppeinterviewene var der mange udsagn om nødvendig dokumentation. De er herunder opdelt i kategorierne:

- 12 faglige sygeplejeområder - nødvendig dokumentation
- Sygeplejerskernes antagelser i forhold til ledelsesinformation
- Dokumentation i forhold til evt. klagesager

12 faglige sygeplejeområder – nødvendig dokumentation

Sygeplejerskerne gav under fokusgruppeinterview udtryk for, at dokumentation er nødvendig – og også for, hvorfor den er nødvendig. Det var ikke alle sygeplejersker, som kendte til de 12 sygeplejefaglige problemområder, men de var godt klar over, at der er krav til dokumentationen fra embedslægen, lovgivningen og den lokale ledelsesinformation (dog ikke hvilke helt nøjagtigt). Som det fremgår i afsnit 3.3.4. har Sundhedsstyrelsen udstukket nogle krav til sygeplejefaglig dokumentation. Denne dokumentation er nødvendig. På grund af tidspres fravælger nogle af sygeplejerskerne bevidst at overholde disse sygeplejefaglige dokumentationskrav. De vælger at udfylde/dokumentere det mest nødvendige i borgerforløbene i forhold til, at en kollega skal kunne overtage – måske endda som orientering, men også i forhold til borgers sikkerhed og kontinuiteten og kvaliteten i plejen, dog sker der også fravalg af at angive, om der f.eks. er indhentet borgersamtykke til elektronisk kommunikation med eksterne. Fravalgene sker ofte p.g.a. manglende tid, langsomme systemer, der er svære at finde overblik i, og det viser sig, at de ikke er helt klar over, hvad der er vigtigt at udfylde, hvilke ekstra beskrivelser og ark, og hvem der har ansvaret.

”Dels for vores egen (skyld) for at fortælle hvad vi går og gør men også for andre for at de kan se hvad vi går og gør - borgers sikkerhed - og for kontinuitet - så andre kan tage over – jeg ved godt, at det er for borgers skyld men primært er det for ens kollegers skyld - men det ender jo også med at være for borgers skyld så man er forberedt når man kommer ud”

”hvis vi snakker helhedsbeskrivelser - så er det jo vores ansvar at sørge for at de er ajourført - og det er jo noget af et kendskab, man skal have til borgeren for at lave sådan en helhedsbeskrivelse - og det har vi jo langt fra - men det forventes af os og vi ved udmærket godt, at det kan vi ikke honorere, så der er nogle krav, som går rigtig meget på tværs af, hvad vi kan, og hvad der simpelthen er tid til”

"Jeg synes der er mange ting der skal skrives, men jeg synes også de er nødvendige - men jeg synes måske ikke altid, at det behøvede at være sygeplejersken, som skulle skrive"

"den (dokumentationen) er nødvendig - der er nogle som synes det er helt vildt unødvendig, og hvad skal det til for - vi kan jo bruge tiden til at passe borger"

"jeg får det ikke gjort fordi jeg ikke synes jeg har tid til det"

"vi kan ikke nå at gøre det hele"

Sygeplejerskernes antagelser i forhold til ledelsesinformation

I dette afsnit drejer det sig om den ledelsesinformation, som hentes via sygeplejerskernes dokumentation. Dokumentation i denne sammenhæng er ydelser, som oprettes i EOJ systemet og hentes over i Disponering (planlægningsystem). Her hentes ydelserne ind på de ruter (køreliste), som hver sygeplejerske har men også opgaver. På den måde kan det ses, hvilken sygeplejerske, som skal besøge hvilke borgere, og hvilke kliniske opgaver, der er hos de pågældende borgere. Ydelserne, som kan være "sårpleje", "rådgivning og vejledning", "stomipleje" osv. hentes via statistik til ledelsesinformation, og bruges som grundlag for forskellige økonomiske beregninger i hjemmesygeplejen. Hvilke dele af dokumentationen, som bruges til ledelsesinformation, og hvilken form for ledelsesinformation, den understøtter er ikke almindelig kendt af hjemmesygeplejerskerne. Men for at kunne understøtte sundhedsøkonomernes arbejde, kunne de godt tænke sig at vide noget mere om, hvilke ydelser der bruges i beregningerne, siger de under interviews.

Der hentes også sygeplejeydelser til Danmarks Statistik, og hvis der skal benchmarkes med andre kommuner, har det betydning, om der er oprettet de ydelser og opgaver, som er leveret.

"jeg tænker lidt at det kunne være godt at have et tættere samarbejde med dem, som trækker statistik, for jo bedre de forstår, hvad det er de trækker statistik på, og hvad de bruger det til, og hvordan de tolker det, jo klogere kan vi også blive på at vide - at det er altså bare vigtigt, at når jeg gør det der, så skal jeg kalde det (noget bestemt), for ellers ser det ud som om det er et eller andet, og det tror jeg virkelig giver mange fejlkilder, fordi vi kommer til at kalde det noget forkert i forhold til, hvad de bruger statistikken til"

"Jeg tror ikke det er andet end ydelser"

"vi ved ikke rigtig hvad dem, der trækker statistik, går efter"

Nedenstående drejer sig om, at dokumentation i Disponering (planlægningsystem) kun overføres til statistik, hvis de er "godkendt". Det har dog ingen praktisk betydning i tilrettelæggelsen af sygeplejerskernes arbejde, om dette er gjort, hvorfor det ind imellem bliver glemt. Data hentes automatisk fra EOJ-systemet til Danmarks Statistik i starten af hver måned. Kun godkendte data overføres. Der efterreguleres, hvad der er leveret af sygeplejeopgaver, inden der godkendes, men heller ikke dette har nogen praktisk betydning for tilrettelæggelsen af sygeplejerskernes arbejde, da tilrettelæggelse af arbejdet kun giver mening at foretage fremadrettet – og ikke bagudrettet. Også her vil den manglende "godkendelse" have indflydelse, hvis der benchmarkes med andre kommuner, for er der ikke godkendt, inden der hentes data til Danmarks Statistik, så ser det ud, som om der leveres mindre end i virkeligheden. Ikke mange sygeplejersker er bevidste om, at de skal huske at "godkende" lige omkring den første i måneden af hensyn til dataoverførsel – de er naturligt nok langt mere optaget af at sørge for, at de borgere, som har behov for sygepleje, får det fremadrettet.

"Vi gør det for en uge ad gangen, men der kan jo somme tider være smadder travlt, og så lidt sygdom så kan der let ligge en 14 dage tilbage, som man selvfølgelig ved skal reguleres og godkendes - og det får man også gjort - men hvis dethvis ikke det kommer med - så er det jo et problem"

Dokumentation i forhold til evt. klagesager

De sygeplejefaglige dokumentations krav er væsentlige både i forhold til løbende refleksion og justering af behandling, men også i forhold til patientsikkerhed, tvister og patientklager samt aktindsigt. (Se afsnit 3.3.4). Under fokusgruppeinterviewene gav sygeplejerskerne udtryk for stor opmærksomhed, når det kommer til mulige klagesager. Det er sygeplejerskens ansvar at dokumentere, ledelsen kan ikke gøres ansvarlig for en sygeplejerskes manglende dokumentation i forbindelse med en evt. klagesag (Glasper, 2011). Sygeplejerskerne er enige om, at de i specielle sager, dokumenterer alt for at holde deres ryg fri i en evt. klagesag, også hvad den og den har sagt og gjort.

"for at være på den sikre side - bange for ikke at opfylde de krav der er, hvis der kommer en klagesag - har man så skrevet hvad der skulle"

"hvis jeg har en borger der kører i de baner så sørger jeg for at dokumentere hvert et ord, men ellers gør jeg det ikke for min egen skyld"

"Ja hvis vi ved at det er et hjem hvor der er nogle problematikkerså dokumenteres til højre og venstre"

"hvis man har fået en meget stram besked af en borger eller en pårørende - så bliver det i citationstegn"

"hvor man får tilladelse til at kontakte den her læge, så er det virkelig penslet ud så man har sin ryg fri"

"der er jo flere og flere patientklager - og det sker jo også hos os, og det er bare rigtig vigtigt - der er nogle ting, vi godt ved, er nødvendigt at dokumentere - altså vi ved godt, hvornår det er super vigtigt at få noget ført ind i journalen og det er for at holde sin ryg fri"

"som jeg lige har sagt til en elev, du kan lige så godt vænne dig til det - det holder din ryg fri"

Delkonklusion 3

Med hensyn til Sundhedsstyrelsens anbefalinger til sygeplejefaglig dokumentation, havde ikke alle kendskab til disse, men alle var meget opmærksomme på dokumentation i forhold til evt. klagesager for at holde ryggen fri.

I 72% af de besvarede spørgeskemaer angav sygeplejerskerne, at de dobbeltdokumenterede. Der kunne ikke findes nogen relation mellem alder og dobbeltdokumentation. Sygeplejerskerne omtaler både systemrelateret dobbeltdokumentation og dobbeltdokumentation, som skyldes arbejdspraksis – Oftest skyldes dobbeltdokumentation, at der dokumenteres på papir, mhp efterfølgende dokumentation i EOJ, men det kan også dreje sig om arbejdspraksis i forhold til f.eks. medicingivning, som skal dokumenteres på trods af, at givningen fremgår af både disponering og medicinskema. Det angives også som en form for dobbeltdokumentation, når systemet kræver, at dokumentation splittes op på en ulogisk måde i forhold til forskellige problemområder.

Til spørgsmålet om hvorvidt dele af dokumentationen er unødvendig mener 33 %, at der ikke er noget, der er unødvendigt, 33 %, at der er få dele, der er unødvendige, og også 33 %, der mener, at visse dele er unødvendige. KUN 1-2 % mener, at der er store dele, der er unødvendige. Men det viser alligevel, at der opleves en del, der er unødvendig dokumentation, hvilket også hænger sammen med, at der opleves dobbeltdokumentation, men det afhænger igen lidt af, hvad den enkelte har defineret som dokumentation. I Rath's undersøgelse (Rath (DSR), 2008) i regionerne er der 62 %, der mener, at ingen eller få dele er unødvendige, hvilket næsten er det samme.

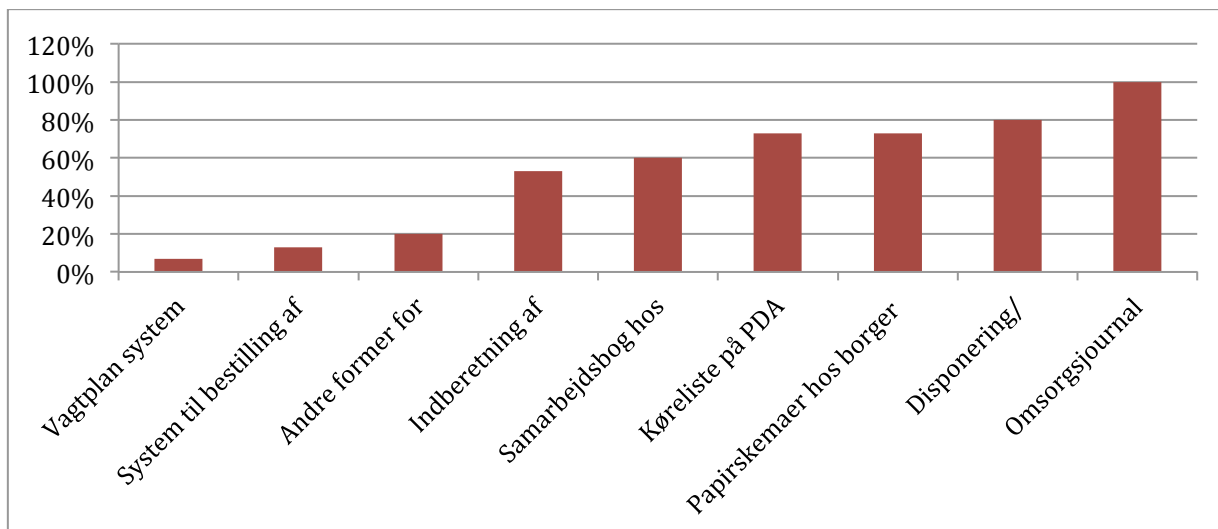
Under et af fokusgruppeinterviewene gav sygeplejerskerne udtryk for ønske om bedre kendskab til hvilken dokumentation, som bruges til ledelsesinformation og indberetning til forskellige databaser mhp opkvalificering af det der hentes fra EOJ systemet.

7.1.4 Dokumentationspraksis

- **Hvordan dokumenteres i daglig arbejdspraksis – hvilke systemer/artefakter, ansvar og organisering?**

Artefakter:

I vores spørgeskema bad vi sygeplejerskerne angive, hvilke systemer/artefakter, de bruger til dokumentation (her har vi dog ikke fået telefonen med, som vi kan se af Definition af dokumentation herover, at der er en stor del, der mener, hører med til dokumentation – kan dog være under andre former for dokumentation). Men heraf ses, at der er mange elektroniske systemer, der bruges af sygeplejersker, dog er det ikke alle, der bruger alle systemer, men det mest iøjnefaldende er, at der udover, at alle bruger EOJ og 80 % bruger disponerings/planlægningssystem, så er der 72 %, der også bruger papirskemaer og 60 %, der også bruger samarbejdsbog hos borger.



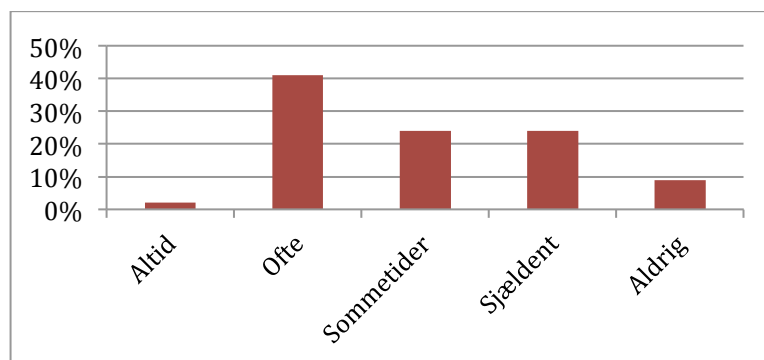
Tabel 10. Systemer og artefakter til dokumentation

Vi bad dem angive, hvilken form for papirskemaer, de brugte, og det drejer sig om:

- Papirskema til signering af injektioner, øjendrypning, insulingivning, p.n.-givning og hudpleje (ordineret hudcreme)
- Væskeskema
- Afføringsskema
- Skema til målinger: blodsukker, blodtryk, vægt

Der er kun 28%, som har svaret ja til spørgsmålet ”Dokumenterer du på papir inden du overfører til pc?” Alle som har svaret bekræftende på, at de dokumenterer på papir inden overførsel til pc har suppleret med bemærkninger som: *”Kun i form af små notater for at huske al dokumentation til indskrivning”*, *”Det går hurtigere + bedre overblik”*, *”Laver dog huskenotater på køreplan efter besøg, så jeg ikke glemmer noget når jeg senere skal dokumentere”*. Dette hænger ikke sammen med det, vi har observeret under feltstudier og fået fortalt i forbindelse med fokusgruppeinterview, nemlig at papirkørelister benyttes til notering af stikord, fordi sygeplejerskerne siger, at de har brug for at notere stikord for at huske, hvad de skal dokumentere senere. Årsagen til, at det ikke hænger sammen, kan være flere ting. Spørgeskemaet giver sygeplejerskerne mulighed for at beskrive ”intended use”, og observationer giver mulighed for os at observere ”actual use”, og da det ikke er meningen, at der skal dokumenteres/noteres på papir, inden overførsel til pc, kan sygeplejerskerne have følt, at de var nødt til at svare afkræftende. Vi havde desuden også formuleret spørgsmålet, så det kunne virke lidt anklagende ved at spørge til, HVORFOR de dokumenterer på papir, hvis de har svaret bekræftende. Nogle har også angivet som kommentar: ”højst 5 minutter”, ”enkelte stikord” og lignende.

På forespørgsel om der opleves, at der bliver taget tid fra borgeren til dokumentation, svarer 42 % af sygeplejerskerne, at det gør der ofte eller altid, 24 % sommetider, mens 33 % mener sjældent eller aldrig. På sygehusene er der 50 %, der oplever, at der altid eller ofte tages tid fra patienterne (Rath (DSR), 2008).



Tabel 11. Går der tid fra borgeren til dokumentation

Ud fra vore fokusgruppeinterviews og observationer, kan vi konkludere, at hjemmesygeplejerskerne skriver/læser i EOJ-systemet om borgerne, og planlægger i disponeringssystemet (besøgs – og opgaveplan), hvorfra der udprintes papirkøreliste (med dagens besøg) til hver medarbejder.

Papirkørelisten bruges af sygeplejerskerne i begge kommuner til at vinge besøg og opgaver af, og til notater i løbet af dagen, både om de besøg, der ER registreret og om ekstra besøg og opgaver. Dette kommer til udtryk både under observationer og i fokusgruppeinterviews. På papirkørelisten noterer de det, som de skal huske at dokumentere, når de får muligheden. I begge observationskommuner var opgaven ”planlægning i disponeringen” lagt på bestemte sygeplejersker, men alle kan dog gøre det ved behov og lægger af og til selv opgaver/besøg ind. I begge kommuner og ud fra spørgeskemaundersøgelsen, gives der udtryk for, at der ikke mangler PC-arbejdspladser: *vi har vores faste pladser på kontoret, hvor vi sidder[med PC].*

Sygeplejerskerne giver udtryk for, at de ”prøver at lade være” med at bruge papirløsninger i deres arbejde, men papirkørelisten vil de ikke undvære:

”Vores kørelister bruger vi jo i papirform og det er jo vores bibel, den har vi jo med os for der kan man altså hurtigt meget nemt lige skrive på bagsiden - når nogen ringer, og man lige skal ha noget papir - så dem bruger vi rigtig meget til at skrive ned på- det er ikke dokumentation, men det er der, vi skriver ned i stikord eller husketing - eller hvad som helst, og så får vi det ført over til pc, når vi kommer hjem, så det bliver brugt simpelthen som en huskeseddel”.

”Der er simpelthen så meget med de telefonopkald, at man kan ikke undvære et stykke papir, for du står med telefonen her (viser det), så står du der og skriver navn ned, læge og telefonnummer, cpr nummer og tusind ting”.

Desuden viser det sig, når vi spørger direkte ind til det, også fordi, at vi har observeret det, at der også bruges papir i disse situationer:

- udprintede medicinskemaer, som lægges hos borger og bruges ved ophældning (printes nyt ud hver gang)
- udprintede kommunikationsrapporter, som printes ud og faxes til hospital ved indlæggelse
- udprintet fokusområde (plan for sårpleje), som ligger i kasser med remedier til sårpleje hos borgeren
- skemaer til målinger(blodsukker, BT, væskeindtag) hos borger
- skema til injektioner, skema til insulingivning(hvor skal stikkes)

Af yderligere artefakter, som ikke bruges til direkte patientpleje men indgår i tiden til dokumentation og planlægning, nævner sygeplejerskerne også deres mailsystem, som dog aldrig er borgerrettet, men der stilles krav om, at mails også skal læses og tages stilling til i arbejdstiden(dokumentationstiden):

”en del af den her dokumentations og planlægningstid går jo med at vi også får interne mails - altså udenfor dokumentationssystemet - at vi også får mails – der er jo også et krav om fra dem som skriver mails til os, at vi skal tage stilling til dem”.

Desuden har sygeplejerskerne i begge observationskommuner en telefon med, så de har mulighed for at ringe op til f.eks. læge eller andre kolleger, hvis der er behov for dette. De kan blive forsinkede til en aftale, have brug for at sparre med andre, have brug for at koordinere et forløb. Men den bruges også til, at hjælpere, kolleger og læger kan få fat på sygeplejersken, hvis de har behov for dette. Disse telefoner bliver brugt flittigt under vore observationer, både af sygeplejersken imellem besøg, og til lægeopkald under besøg, men sygeplejersken bliver også ringet op flere gange af læger, som ikke har været til at træffe, af hjælpere, som gerne vil, at sygeplejersken kigger forbi borgere, hvis almen tilstand er ændret. Indgående opkald afbryder mange besøg, og sygeplejersken må ofte gå til side eller udenfor for at snakke, da det er om en anden borger.

I de to kommuner, vi observerede og lavede fokusgruppeinterviews, fandt vi ud af, at sygeplejerskerne ikke bruger mobile løsninger, såsom PDA til at se og registrere besøg på køreliste. Eller til dokumentation af pleje og behandling. I vore egne kommuner, som har samme EOJ-system, bruger sygeplejerskerne PDA, men brugen til dokumentation er begrænset af funktionalitet, usability og arbejdspraksis – det samme gjorde sig gældende for de andre EOJ-systemer i vores 2. års projekt (Femerling & Bækmann Jeppesen, 2011). Men sygeplejerskerne i fokusgruppeinterviewene fortæller, at de har været undervist i brugen af PDA, og i den ene kommune havde de endda startet det op, men p.g.a. teknik-problemer fik de det stoppet – den anden kommune kom slet ikke i gang:

”det har vi haft startet op for et par år siden, men der var rigtig meget teknik som slet ikke var i orden - signalerne gik ikke igennem, kørelisterne blev ikke overført, der var rigtig meget bøv, så det dræbte sådan lige den gejst vi havde til at komme i gang – vi havde fået undervisning og oplæring og vi var egentlig klar til at begynde - men så tror jeg folk strejkede p.g.a. problemerne - og så var det sådan, at så måtte vi lige lade det ligge. Men jeg ved der er tale om at vi skal starte det op igen på et eller andet tidspunkt, men det er noget med at vi afventer nye PDA først - ja - der er nemlig lidt teknik” (problemer).

”Jeg tænker at når det kommer til at køre med PDA, så vil jeg stadig - det ikke sikkert jeg får lov at få seddel med papir - men så tror jeg, at jeg vil bruge en blok som skal være lidt større end 5 x 10 cm [viser med hænderne]. Jeg mener ikke jeg vil kunne undvære at skrive, fordi telefonen ringer SÅ mange gange - i dag har jeg brugt omkring 45 minutter eller 1 time på at svare telefonen - og den ringer med beskeder hele tiden og tag dig af det og det – 4-5 akutte besøg og sådan – hvis ikke man lige hurtigt får skrevet ned – så glemmer man”

Men sygeplejerskerne i begge kommuner kunne godt forestille sig, at der kunne bruges bærbar pc eller tablets med journaladgang til noget af dokumentationen i løbet af dagen og ude hos borgeren, men de mener så også, at de vil have brug for en separat telefon, men der er alligevel en del forbehold, i forhold til det at være på farten og slæbe så mange ting med sig:

”Så skulle man have både det ene og det andet [mobil IT og telefon]. Jeg forestiller mig at man skal lige ha åbnet programmet op – min søn har fået en – så jeg kender til det – men altså man skal lige ha åbnet programmet logge ind og finde, hvor du skal skrive det, og så skal du sidde og skrive på tastaturet - og der skal man bruge to hænder - så det vil kræve noget trådløst noget til ørene, og så er vi ude i et hygiejne spørgsmål også lige pludselig i forhold til de her ører - jeg tænker også sådan en kold morgen - det er jo altid superdejligt når solen skinner og det er varmt og vejret er godt - men står man udenfor og fryser i sin store jakke og det regner eller blæser af pommern til, og man har medicin under den ene arm og noget under den anden arm og taske og så ringer telefonen og man skal stå med en tablet i en opgang eller ude på gaden - telefonen der og tablet til at skrive på, jeg - altså - formentlig kan den godt i nogle situationer bruges til de der planlagte ting, sådan noget hvor man

kommer ud i bilen og kan sidde i fred og ro og lige lægge ting fra sig slå op på tabletten og lige skrive, der kunne jeg faktisk se en super god....frem for noget bærbar og printer - for vi har nok at bære på - og vejret er tit og ofte dårligt - men en tablet i bilen eller der hvor man ikke lige er i nærheden af computeren - at der er et sted hvor man kan sidde lidt i fred, så kunne den være god".

Nogle af sygeplejerskerne har prøvet at medbringe bærbar pc som et forsøg, samt en lille printer til udprint af medicinskema (der skal ligge medicinskema sammen med doseret medicin), og havde både gode og dårlige erfaringer. Det var fint at kunne skrive med det samme hos borgeren og også at kunne læse op for borger, hvad der er skrevet, og hvad læge har sendt som korrespondance, men det blev også oplevet som "bøvlet" at hive udstyr frem, hvor der ikke var plads, og hos en borger, der snakker meget, så det er svært at koncentrere sig, og det endte alligevel med, at der blev skrevet i punktform på køreliste, til indskrivning senere på kontoret eller i bilen. De mener dog, at det skulle være blevet lettere at logge på en bærbar end tidligere. Men de mener, at det er "*noget tungt noget at gå med også - og på cykel*". De er dog enige om, at det ville være en fordel at have et redskab til at hente oplysninger om borgerens behandling og pleje, specielt i de situationer, hvor de er blevet bedt om akutte besøg: "*kunne egentlig godt tænke mig et medie der var tilgængeligt ude i marken*", "*noget viden man kunne søge ude i bilen - det tror jeg virkelig kunne hjælpe og så at kunne sende en avis - skrive noget undervejs*". De kan se fordele i at kunne skrive noget undervejs i løbet af en arbejdsdag, hvis de har mulighed for det og kan gøre noget færdigt hos borgeren og inddrage borger i det, der skrives, hvis det er planlagte besøg, og de ikke bliver forstyrret:

"man kunne godt sidde ude ved borgeren og udfylde de her ting - nu skriver jeg sådan og sådan, så man har en dialog med borger for man har en tolkningsmagt når man sidder her [på kontoret] og skriver, og jeg synes det er noget man taler mere og mere om, at borger skal inddrages i journalen".

De forskellige faggruppers dokumentation i journalen – hvor og hvordan

I begge kommuner viste det sig, at de forskellige faggruppers dokumentation i journalen foregår i forskellige moduler/dele af journalen - deres arbejdsredskab, som sygeplejerskerne kalder det, og at de ikke blander sig i andre faggruppers dokumentation i deres moduler/dele (redskab). Faggrupperne kommunikerer med hinanden via avis og koncentrerer sig så ellers om "eget" område i journalen. Sygeplejerskerne mener, at fokusområderne, helhedsbeskrivelse, korrespondance samt PEM er deres arbejdsredskab. Andre faggrupper må gerne oprette fokusområder, men der skrives ikke i samme fokusområder på tværs af faggrupper, og de kender ikke altid hinandens områder:

"Hjælpere dokumenterer kun i notatark - nogle assistenter dokumenterer lidt i fokusområderne - men ellers er det kun os sygeplejersker der gør det - hjælperne bruger dem slet ikke - og det skal de ikke for indtil videre er det vores arbejdsredskab, og vi har dårligt nok styr på, hvor man skriver hvad, og hvis der så pludselig er nogen der skal dokumentere ud over os - så bliver det noget rod, så vi holder os til at de noterer i notaterne".

"Terapeuterne har nogle specialark hvor de går ind og skriver i - de kan da godt sådan lige skrive en hurtig bemærkning hvis der er kommet noget relevant på tværs, men ellers så har de deres steder at skrive - 2: Jeg ved ikke hvor de skriver - G: Hvis I ikke ved det - så går I ikke ind og kommenterer på hinandens? 1/2 - nej nej det gør vi ikke".

"man kan godt sige at journalsystemet er lidt opdelt egentlig - vi kan godt gå og have hvert vores ansvarsområde uden at vide, hvem der har hvilket område".

Et lille overblik over, hvad sygeplejerskerne mener, der er de enkelte faggruppers dokumentationsområde (redskab) i borgers journal:

Faggruppe	Sygeplejersker	Visitatorer	Terapeuter	Assistenter	Hjælpere
Arbejdsredskab i journalen	Fokusområder (egne) Helhedsbeskrivelse PEM (Personlig elektronisk Medicinmodul) Advis Korrespondance Specialark (målinger) Kommunikationsrapport Oprette ydelser (sygepl)	Sagsbehandling Funktionsvurdering	Fokusområder (egne) Funktionsvurdering Specialark(træning)	Fokusområder (lidt) Advis Medicinmodul	Notater Advis Køreliste på PDA

Sygeplejerskerne mener, at de ofte dokumenterer for andre, og der er ikke tillid til, at andre faggrupper går ind og læser nyt om borgerne, så der skrives i advis i den ene kommune: ”se fokusområde”. I den anden kommune kopieres alt nyt fra fokusområde ind i advis. De mener ikke, at hjælpere og assistenter har nok computere og heller ikke har afsat tid til dokumentation:

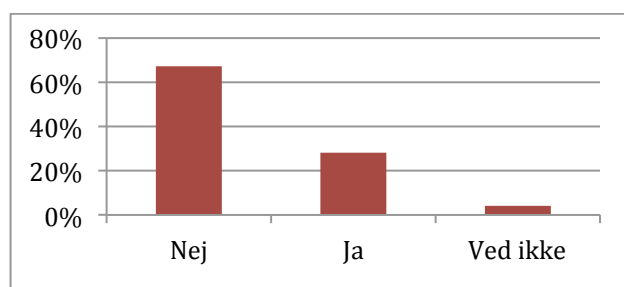
”de ringer til os (SSA³⁵) og så ender det med at de overtaler os til at dokumentere - eller de skriver - måske -hvis de overhovedet gør det: talt med sygeplejersken - og så kan sygeplejersken så få lov at beskrive, hvorfor de har talt med sygeplejersken - det er sådan noget ekstra dokumentation”.

Sygeplejerskerne mener, at de ofte bliver mellemlid mellem terapeut og hjælpere:

”det er os, som bliver mellemlid og skal melde tilbage om, at der var problemer med smerter og fru Hansen sagde selv at det var efter træning altså - de informerer os om alt muligt - det er derfor det også er så vigtigt for os, at når vi bliver ringet op aff.eks. hjemmehjælper/SSA og de gerne vil af med et eller andet de har på hjerte - så bliver vi simpelthen nødt til at bremse den der, og sige: Skriv en advis - for vi kan ikke huske alle de ting, jeg kan ikke huske hvad det oprindeligt udsprang af - men vi skriver altså – jo, mange ting går gennem os”.

Opdateret journal

67 % har svaret, at de ikke mener, at borgers journal er opdateret, hvilket kunne tyde på, at de ikke mener, at der er den nødvendige dokumentation – se tabel 12



Tabel 12. Er borgers journal altid opdateret? (spørgeskema)

Vi bad sygeplejerskerne om at angive, hvorfor de ikke mente, at journalerne var opdaterede, hvis de svarede nej, og her var manglende tid en gennemgående kommentar samt usikkerhed på, hvor ting skal dokumenteres.

³⁵ Social og Sundheds-Assistent

Ovenstående oplysninger ledte os ud i at spørge ind til opdatering af borgers journal og ansvar for dette område under fokusgruppeinterviewene. Sygeplejerskerne var begge steder selv-visiterende og hos borgere, hvor der KUN er hjemmesygepleje, bliver funktionsvurderingen således ikke opdateret, KUN hvis der har været visitator inde over sagen, fordi hver faggruppe bruger deres del af journalen, men de har adgang.

"vi koncentrerer os om det, vi skal. Vi må IKKE røre ved det(funktionsvurderingen) udover at der til sidst er et sammenfatningsområde hvor vi kan skrive at funktionsvurdering evt. ændres. Det faxes med nu (til hospitalet) ved indlæggelse - det kan være 2-3 år gammelt, og der står, at de går rundt med rollator og i virkeligheden liftes de eller et eller andet - men der er bare løbende ændret på ydelserne men ikke på funktionsvurderingen".

Vi spurgte sygeplejerskerne i begge kommuner, hvem der har ansvaret for, at borgers journal er opdateret med relevante oplysninger på alle områder – dette var der ikke helt noget entydigt svar på, men de var dog bevidste om, at de ikke er opdaterede, svarer direkte "nej", og de mener ikke selv, at de har ansvaret for den borgerens samlede journals opdatering:

"vi er jo ikke ansvarlige - vi er ansvarlige for det område vi er inde over og det vi har med at gøre. Vi er gode til at oprette fokusområder - det andet er vi måske ikke altid gode til at ajourføre, men fokusområder er vi rimelig gode til som gennemsnit"

"der er ingen af os, der føler ansvar for at opdatere andet end det, vi selv bruger - jeg synes tit, man hører, når de studerende kommer - det er lidt skræmmende, men de har jo mere tid til at gå i dybden og undersøge - de siger tit at det er svært at få det der helhedsbillede"

"De (hvem ved vi desværre ikke) siger jo, der skal komme 3 på hinanden følgende notater om det samme emne, før der skal oprettes et fokusområde, men hvem tæller så det op - hvem holder øje med deter det os som har ansvaret for det?" (ingen svarer).

"en ny vikar skal handle ud fra det, der står på sedlen (...grinen), og så er man prisgivet og håber, der er en hjælper, som kan fortælle bare en lille bitte smule om grundsygdom - ellers tager det tid at gå journalen igennem og se".

Sygeplejerskerne skriver KUN diagnoser, hvis de har det på skrift fra lægen, ellers er der ikke skrevet diagnoser på borgerne:

"der står stort set ikke noget i det felt der, så man kunne danne sig et overblik over en borger"

"vi har ikke opdateret diagnosefanen hvor de skal skrive diagnoser på"

I den ene kommune er det lige besluttet (ovenfra), at sygeplejersker skal skrive diagnosen ind i journalen, selv hvis en nabo fortalte det til dem, men at de så havde ansvar for at få det bekræftet hos egen læge bagefter – dette har de dog haft svært ved at tage til sig:

"det bremses lidt i vores hoveder, og så vi er ikke rigtig gået i gang - vi turde ikke rigtig gå i gang".

Sygeplejerskerne giver udtryk for, at de altid tænker på, at borger skal kunne læse, hvad der skrives, og også pårørende:

"tænker altid når jeg skriver: hvad hvis pårørende stod og kiggede mig over skulderen, mens jeg skriver - vejer mine ord, så det bliver så objektivt som muligt".

Organisering/Arbejdspraksis

I begge kommuner er sygeplejerskerne organiseret i et team for sig selv og ikke på samme fysiske sted som de øvrige faggrupper – i den ene kommune er der dog planer om at samle sygeplejersker og terapeuter på samme fysiske enhed. Sygeplejerskerne har et kontor med pc-arbejdsplads til alle vagtens medarbejdere – en til hvert område. Her møder de ind morgen og eftermiddag – derudover

nævner begge kommuner ”pit-stops” andre steder i kommunen, hvor hjælpere/assistenter-grupper hører til, men hvor der også er mulighed for at tilgå en pc, hvis ikke den er optaget. Sygeplejersker visiterer selv i begge kommuner, så ofte har ingen andre faggrupper været inde over, men i den ene kommune er det en bestemt visiterende sygeplejerske, som ikke sidder på samme fysiske enhed som de udøvende sygeplejersker. SoSu-assistenter hører til i hjælper-gruppen. I den ene kommune er der hver dag en sygeplejerske, der på fuld tid planlægger besøgsruterne for samtlige sygeplejersker – både bagudrettet og fremadrettet ud fra de oplysninger, som de udekørende sygeplejersker leverer videre på papir i farve svarende til den vagt, det drejer sig om (blå for dag, grøn for aften, rød for nat). Derudover er der 3 sygeplejersker dagligt, som har telefontid – dette ses også som dokumentation. Der er sygeplejersker, som har specielle faglige funktioner – en af de observerede havde funktionen ”forløbskoordinator” i et projekt og skulle tage sig af henviste borgere (henvist af kolleger p.g.a. behov for yderligere udredning og vurdering af yderligere hjælp/forløb baseret på Virginia Hendersons grundlæggende behov³⁶, også hjælp af andre faggrupper – har kompetence til at visitere til pleje, praktisk hjælp, sygepleje og træning/rehabilitering) – til borgere i dette projekt, var der afsat en time til besøg og en time til dokumentation/registrering inkl. koordination med kolleger og andre faggrupper – ekstraordinær registrering i projektmappe udover ordinær dokumentation.

Beskrivelse af observeret arbejdspraksis i hovedtræk – se bilag 13.5.1 og 13.5.2 for detaljeret beskrivelse:

Tid	Sygeplejerske A		Sygeplejerske B		Artefakter
	Planlagt	Ikke-planlagt	Planlagt	Ikke planlagt	
7-8	Planlægning af dagens opgaver: Advis Køreliste Medicinskemaer Medicin Snakker med disponent Kørsel – 10 min. 2 besøg: Insulingivning Insulingivning samt sårpleje		Planlægning af dagens opgaver: Køreliste og kalenderplan	Tlf. samtale med pårørende til terminal ³⁷ Koordinerer dagens besøg med planlægger – skal af med planlagte besøg. Kørsel – 10 min. 1 besøg (akut): Terminal (udskrevet aftenen før) samtale	A: PC: Journal: Læser advis + læser om ændringer i tilstand hos borgere, der skal besøges. Medicinskemaer Papirkøreliste Insulinprikkeskema (papir) Bil B: PC: Journal: Læser advis + læser om ændringer i tilstand hos borgere, der skal besøges. Papirkøreliste Telefon x 1 Bil
8-9	2 besøg: hudpleje medicingivning/vurdering Kontor i byen:	Kontor i byen: Samtale med hjælper om borger Tlf. opkald fra hjælper (akut) Tlf. opkald til borger 3 Tlf. opkald til 3 læger – 2 vil ringe		Fortsat: anlæggelse af subkutan kanyle medicingivning Tlf. opkald til ergoterapeut om hjælpemiddel (intet svar)	A: PC: Journal oplysninger læses. Notater på papirkøreliste om opfølgning senere på dagen. Telefon x 7

³⁶Virginia Hendersons grundlæggende behov kan ses her: <http://www.dsr.dk/Sygeplejersken/Sider/SY-2000-44-2-1-Sygepleje.aspx>

³⁷ Terminal = døende (oftest cancer)

Tid	Sygeplejerske A		Sygeplejerske B		Artefakter
	Planlagt	Ikke-planlagt	Planlagt	Ikke planlagt	
	2 Tlf. opkald til 2 læger om forskellige borgere: Rådgivning Medicinvurdering	tilbage – en har ferie: Fysioterapeut kommer forbi – koordinering af forløb hos borger efter fald.		Tlf. opkald til visitation (intet svar) Kørsel – 10 min til kontor: Dokumentation Oprettelse af medicinskema i EOJ Tlf. opkald til sygehus (afklarende spørgsmål)	B: Medicinskema fra sygehus Notater på papirkøreliste Telefon x 2 Bil PC: Journal + PEM Telefon x 1
9-10	1 besøg: Sårpleje m. hjælper + forflytning m. hjælper – koordineret m. hjælper plan.	Besøg hos borger (akut) – > opkald til lægevikar. Planlagt besøg forstyrres af 2 tlf. opkald fra læger, som skulle ringe tilbage.	Sygeplejeklinik: 1 besøg af borger til sårpleje Klargøring til næste besøg – udprinte medicinskema Kørsel – 5 min	Tlf. opkald til planlægger for at overdrage flere opgaver til kolleger Tlf. opkald til ergoterapeut Kørsel – 10 min Medicinalgivning s.c. (hos terminal) Kørsel til kontor – 10 min	A: Læser på udprintet fokusområde Notater på papirkøreliste B: Journal – læser plan for sårpleje Notater på papirkøreliste Telefon x 2 Bil Medicinskema
10-11	2 besøg: Medicindosering Skylning af kateter	Kontor i byen: Aftale med læge om tlf. opkald – forgæves opkald. Tlf. opkald til disponent om besøg næste dag. Henter boks til aflåsning af medicin hos borger. Noterer medicin til senere snak med læge. Tlf. opkald FRA kollega -> Tlf. opkald TIL kollega	2 besøg: Sårpleje Medicindosering + skift af smerteplaster Kørsel – 10 min	Tlf. opkald til planlægger om planlægning af døgnets besøg hos terminal borger.	A: Medicinskema PC: Journal-oplysninger til gennemgang af medicin med lægevikar. Dokumenterer i journal vedr. et tidligere besøg. Noterer medicin på papirkøreliste Telefon x 4 B: Medicinskema Notat på papirkøreliste Telefon x 1 Bil
11-12	1 besøg: Insulingivning Kørsel tilbage	2 besøg(akutte): Efterdosering efter lægesamtaler og plan for forløb aftales med borger Planlagt besøg afbrydes af tlf. opkald	Pakker sårplejeartikler	Dokumentation af formiddagens arbejde Samtale med hjælper om terminal borger Udprinte medicinskema Tjekker mails	A: Insulinprikkeskema (papir) Notater på papirkøreliste Telefon x 1 Bil

Tid	Sygeplejerske A		Sygeplejerske B		Artefakter
	Planlagt	Ikke-planlagt	Planlagt	Ikke planlagt	
		fra læge			B: PC: Journaldok Medicinskema Mail-system
12-13	Frokost 12-12.30 Kørsel – 2 min 1 Besøg: Forløbskoordinatio n (afsæt 1 time til besøg og 1 time til opfølgning)	Koordinering med planlægger	Frokost 12-12.30	Kørsel – 10 min Besøg hos terminal Medicingivning Sårpleje	A: Papirkøreliste Papirvurderingsske ma/spørgeskema gennemgås – der noteres på papir. Bil
					B: Medicinskema Notater på køreliste Bil
13-14	Forløbskoordinatio n fortsat Kørsel – 2 min Koordinering med planlægger, hjælpergruppe og sygeplejekolleger	Tlf. opkald fra kollega	Samtale med hjælper om borger, der skal indlægges - koordinering	Fortsat hos terminal til 13.30 Kørsel – 10 min Dokumentation vedr. terminal borger: P.N., stamoplysninger, oprettelse af ydelser	A: PC: journal projektmappe - papir Sedler til planlægger om nye besøg Telefon x 1 Bil
					B: PC: journal Bil
14-15	Dokumentation af dagens besøg fra 14.15 + oprette ydelser, skrive og sende advis Planlægning af næste dag	Efterregistrering af ekstra besøg Tlf opkald fra hjælper – koordinering Snak m aftenvagt om borger(5 min)	Koordinering med planlægger Dokumentation (skriver) Planlægning af næste dag (sårplejeartikler) Blebevilling Tjekke advis – skrive og sende advis Makulering af køreliste Tjekker mails	Efterregistrering i disponering – flytning af besøg i disponering.	A: PC: Journal Disponering Medicinskema Papirkøreliste Telefon x1
					B: Journal Disponering Papirkøreliste Makulator Mail-system

Figur 25. To sygeplejerskers arbejdsdag fra feltstudier i to kommuner (planlagte og ikke-planlagte besøg og opgaver)

Som det kan ses af skemaet herover, er der KUN meget lidt, som er planlagt på en almindelig arbejdsdag – der er flere ekstra besøg, flere uforudsigelige telefon opkald, og hændelser med efterfølgende koordinering og planlægning, alt sammen forstyrrelser i den planlagte dagsplan. Læger, der ikke kan træffes, trods aftaler på forhånd – læger, der ringer, mens sygeplejersken er hos anden borger.

Sygeplejerske A havde 11 planlagte besøg/opgaver. Flere, hvor tidspunkterne ikke kunne rykkes: Insulingivning (4 besøg) samt besøg koordineret med hjælper (½ time), og læger træffes KUN i

telefontiden mellem 8 og 9, mens der var 3 ekstra (akutte) besøg. Disse bliver efterregistreret af planlægger, når dagen er slut, hvis sygeplejersken giver besked. Men derudover havde sygeplejersken 14 telefonopkald i løbet af dagen (i alt 56 min), tilfældige møder med hjælpere, kolleger, planlægger og fysioterapeut på gaden, på kontoret, hvor hun lige gik forbi for at ringe til læger og læse oplysninger i journal, hvor der lige koordineres/aftales noget. Alt dette bliver IKKE registreret i planlægningsredskabet disponering, som en del af dagens arbejde inden godkendelse – her står KUN opgaverne hos borger, samt ½ time om morgenen og en time om eftermiddagen til planlægning/dokumentation.

Sygeplejerske B måtte lave om på hele dagens planlægning p.g.a. nyudskrevet dårlig terminal borger med hustru, som krævede intensiv pleje og behandling i hjemmet. Hun tog selv 3-4 planlagte besøg imellem besøgene hos denne borger. Resten blev lagt ind som ekstra besøg på de andre sygeplejerskers køreplan. Dette kræver en del koordination, planlægning og faglighed/pædagogik, og der skal tages højde for denne intensive pleje døgnet rundt, så længe det varer, og det prioriteres meget højt, at borger kan få lov at dø i eget hjem og få en ”god” afslutning. Og da der er 10 min. kørsel til borger, tager det i alt 60 min at komme på besøg 3 gange i løbet af dagen. Derudover var der 7 telefonopkald (i alt 21 min), akut opstået koordinationsbehov med kolleger, hjælpere, hospital samt behov for at tjekke mails. Sygeplejersken må tilbage til kontoret for at lave medicinskema, så det er dokumenteret og kan dokumenteres, hvad der gives af medicin. Besøgene registreres i planlægningsredskabet disponering, men ikke alt det tilstødende.

Ovenstående er typiske arbejdsdage i hjemmesygeplejen – dog sker B heldigvis ikke så ofte, men det sker, og det er jo en del af arbejdspraksis. Dette er et udtryk for netværkets kompleksitet. Da sygeplejerskerne blev forevist observationerne, overraskede alle detaljerne dem, for det er jo bare noget, de gør, uden at tænke over det.

Delkonklusion 4

Af elektroniske artefakter benytter 80% EOJ systemet, 72% papir, 60% samarbejdsbog. Derudover benyttes almindeligt mailsystem. Visse steder benyttes PDA, telefon bruges hyppigt, både i forhold til at modtage opkald og selv ringe op. Derudover har man nogle steder adgang til bærbar pc, men sygeplejerskerne giver udtryk for, at det hurtigt kan blive for meget at slæbe på. Dog har de især brug for at kunne læse om akutte borgere, og kunne forestille sig at kunne gøre dette i bilen på en iPad®.

Kun 28% af sygeplejerskerne har angivet brug af papir, men det svarer slet ikke til vore observationer og fokusgruppeinterview, så vi mener at tallet er langt større i virkeligheden. Papirkørelisten omtales som ”bibel”, her har man overblikket, her noteres i stikord, hvad der skal huskes. Også andre former for ”papir” indgår i sygeplejerskernes hverdag: Medicinskema, kommunikationsrapporter som faxes til hospitalet i forbindelse med indlæggelse, blodsukkerskema og insulinskemaer.

Med hensyn til dokumentationen er den meget opdelt – sygeplejerskerne dokumenterer i fokusområder og medicin, hjælperne i notater, Assisterterne lidt i fokusområder, terapeuterne i specialark. Der dokumenteres ikke på tværs, og der er ikke tillid til, at man læser, hvad hinanden skriver, hvorfor de sender advis til hinanden. Sygeplejerskerne føler sig som bindeled mellem hjælpere og terapeuter.

Tidspress har indflydelse på kvaliteten af dokumentationspraksis, idet 67% af de adspurgte i forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen har oplyst, at de ikke mener, at borgers journal er opdateret, netop pga. manglende tid men også fordi, at de ikke mener, at de har ansvaret for at opdatere oplysningerne.

Den manglende tid til opgaverne udover den kliniske pleje/behandling tages i en vis udstrækning fra borgerkontakten: 42% svarer at dette sker ofte/altid, 24% at det sker sommetider, 33% at det sker sjældent/aldrig. En tilsvarende undersøgelse på hospitalet har vist, at 50% mener, at der går tid fra borgerne altid/ofte.

Hvad angår organiseringen var sygeplejerskerne begge de steder, vi observerede, organiseret i egne team med hver sin arbejdsplads med pc til rådighed. De var selvvisiterende begge steder. SSA’erne hører til hjælpergruppen. I den ene kommune var der en sygeplejerske som fungerede fast som planlægger. Nogle sygeplejersker har specialfunktioner.

Som det fremgår af skemaet over de to observationer, er dagene fulde af uplanlagte opgaver og besøg, forstyrrelser, afbrudte besøg og af koordinering, planlægning, tlf. samtaler, som ikke indgår i den planlagte dokumentationstid – og som heller ikke registreres i disponering bagudrettet.

7.2 Analyse og diskussion i socioteknisk perspektiv

I forhold til ANT mener vi, at hjemmesygeplejen i sig selv er et netværk, men hjemmesygeplejen er også i et heterogent netværk med mange andre aktører/aktanter: Borgere, sygeplejersker, praktiserende læger, terapeuter, planlæggere, hjælpere, ledere, sygehuspersonale, pc'er, PDA'er, EOJ-system, disponering, telefon, papirkørelister, papirskemaer samt diverse remedier til den kliniske sygepleje men også bil, cykel, organisation, DSR, KL og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er aktører. Alle disse aktører/aktanter indgår i indbyrdes alliance i en proces for at opnå kvalitet i plejen og behandlingen af borgerne. Alle dele har lige stor betydning, lige vægt, også holdninger og meninger – generaliseret symmetri. Alle kender deres egen og hinandens rolle og kompetencer i netop dette netværk, men de er på samme tid også en del af andre netværk. Alle de netværk, en aktør er en del af, påvirker aktøren, som igen påvirker andre netværk. Sygeplejerskerne er måske mikroaktører, men i og med, at det i sidste ende er dem, der vurderer, hvornår der registreres/dokumenteres, er de også en slags makroaktører. De har via en translation udvalgt talsmænd (lokale dokumentationsansvarlige, specialtsygeplejersker, tillidsmænd m.v.). Sygeplejerskerne ser på deres opgaver med helt andre øjne end den øverste ledelse og andre instanser. De har indbygget en stabilitet i deres netværk. De vil gerne holde fast i deres netværk og en vis stabilitet – dette er dog svært med de mange udefrakommende krav, organisationsændringer, udviklingen i sygeplejen med flere kronikere, flere ældre, tidligere udskrivelser, forebyggelse i hjemmet og mere kompleks pleje. Det bliver hurtigt til en kompleksitet, som vi mener, at de er nødt til at tage stilling til, og de foretager valg, for at reducere kompleksiteten i forhold til det, de har mulighed for at relatere sig til – dette ses ved, at nogle af sygeplejerskerne bevidst fravælger at overholde de sygeplejefaglige dokumentationskrav, p.g.a. tidspres, men tilvælger at dokumentere lidt mere uddybende i situationer, hvor borgere kan være lidt emsige, og klager over plejen. Bindeleddet i dette netværk er at yde borgerne en god service, pleje og behandling. Det er det også i ledelsen, men her er der også et bindeled i, at økonomien skal hænge sammen, og de skal dokumentere, hvad de har brug for penge til i forhandlinger med KL og staten.

En ny måde at registrere på eller dokumentere opgaver på i et IT-system, kan i forhold til ANT være som en ny aktør, og det kan være svært at komme ind i et sådant netværk, som ny aktør. Der skal ske en del processer/translationer, inden der igen opnås en vis stabilitet, og der er brug for forskrifter (manualer) for at aktøren bliver en del af netværket. De udefrakommende krav (SST, KL m.v.) opfattes også som en ny aktør, der skaber ustabilitet i netværket. Bindeleddet i sygeplejegruppen vil stadig være det samme, dog kunne det være, at sygepleje-netværket indser, at der kunne være et nyt bindeled, nemlig at registrere/dokumentere det, de rent faktisk laver (skabe evidens), og ikke unødigt dokumentation. I en tid med store besparelser, ansættelsesstop og fyringer, kunne det være, at sygeplejerskerne indser nødvendigheden i bindeleddet at registrere alt hvad de laver, ikke som kontrol, men som evidens (bevis) på, at deres netværk skal stabiliseres og overleve, også for at sætte ord på det, de laver og ikke kalde det hele for dokumentation, hvilket udefrakommende aktører, også borgere, ikke forstår, som andet end det at skrive/registrere bevis (hvilket er den gængse definition af ordet dokumentation). Vi mener, at sygeplejerskerne gør sig selv en bjørnetjeneste ved at kalde alt, hvad der ikke er direkte kliniske opgaver/besøg hos borgere, for dokumentation. Hvis de skal overleve/stabiliseres, bliver de nødt til at vise, at dokumentation for dem indeholder planlægning, koordinering, møder, tlf. samtaler, undervisning, vejledning, støtte, sparring m.v., og dette skal så indarbejdes på en nem måde i systemerne. Flere kommuners ledelser ønsker at nedbringe tiden til dokumentation og på samme tid ønsker KL, at omlægge registreringspraksis, således, at de får valide data at forhandle ud fra, og dette vil så gå ud over det samlede heterogene netværk, idet det også er tiden til at få processen og borgerforløbene til at gå op i en højere enhed og opnå kvalitet i plejen. Sygeplejerskerne er ikke selv helt tilfredse med de IT-systemer, de har i dag, da de ikke mener, at de understøtter deres arbejdspraksis uden at de skal bruge MEGET lang tid på registrering og på at finde,

hvor de skal dokumentere. Derudover føler de ofte, at de dobbeltregistrerer, både for kollegers, borgers, ledelse og egen skyld (sammenhængende forløb, borgers retssikkerhed, ledelsesinformation, lovgivning og klagesager), og det viser sig også, at de forskellige faggrupper bruger ”egne” dele af journalen, og derfor er mange oplysninger/registreringer dobbelt, så der vil være behov for at re-tænke systemerne, så de passer ind i hverdagen, som et brugbart redskab og på samme tid giver de nødvendige data, men det skal også accepteres af både ledelse og brugere, at der er brug for krav om registrering/dokumentation, og at dette tager tid.

I forhold til ANT skal netværk studeres, men det er svært at se, hvornår et netværk stopper, for vi kunne blive ved at nævne aktører, påvirkninger m.v.. Derfor har vi inddraget Marc Bergs teorier, som ser lidt mere afgrænset på det heterogene netværk i forhold til en sundhedsorganisation og sundhedsinformatik-systemer i denne organisation og anviser tilgange til studier af konstruktionen af disse netværk, som også er et komplekst netværk i sig selv.

Ifølge Marc Berg skal de heterogene netværk studeres kvalitativt for at forstå arbejdsgangene, som IT-systemer skal understøtte, fremfor at have fokus på at ændre systemerne, som KL har i øjeblikket. Marc Berg beskæftiger sig mest med den sekundære sektor (sygehuse), men vi mener godt, at vi kan sammenligne med den primære sektor (kommunernes hjemmepleje), som sygeplejerskerne er en del af.

Praksis i sundhedsarbejde som heterogene netværk – består af mennesker, værktøjer, arbejdsrutiner, roller, dokumenter m.m. – en samling af mennesker og artefakter med det formål at levere pleje og behandling af patienter. I hjemmesygeplejen ser vi patienter som borgere. Der er mange forskelligartede opgaver i løbet af en arbejdsdag, både primære og sekundære arbejdsopgaver. De primære er den direkte patient/borgerpleje med alt, hvad der hører til af koordinering, planlægning, støtte, vejledning osv. De sekundære er supervision af hjælpere, studerende, støtte, vejledning og undervisning, samt deltagelse i udviklingsprojekter og ansvar for at overholde lovgivning, lokale regler, budgetter m.v. Det hele er et sammenvævet netværk opstået gennem flere år. Uden det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde eller uden et af artefakterne – f.eks. journal, saks eller transportmiddel, vil hjemmesygeplejersken ikke kunne eksistere på samme måde som i dag. IT indført i denne praksis vil udvikles indenfor den kontekst, det indgår i, og konsekvenser og forandring vil derfor være svære at forudsige. EOJ-systemerne så dagens lys i slutningen af 90’erne, og var på det tidspunkt tænkt som papirjournal (et slags kardex) tilsat ”strøm”. Journalen bestod i starten af nogle få områder (lignede papirudgaven). Disponeringen kom til senere, som en afløsning af T-kortsystemet, hvor der blev planlagt ruter med T-kort (påskrevet borgers navn og opgaven) på en stor vægtavle. Disponeringen ligner stadig vægtavlen, men er kompleks opbygget bagved, så det kan ses, at de oprindelige IT-systemer var udviklet til at understøtte praksis. Arbejdsgangene skulle ikke nødvendigvis ændres udover at det skulle foregå bag en skærm. Efterhånden har begge systemer udviklet sig og er blevet mere komplekse. Der er dukket flere og flere behov for dokumentation op i forhold til registrering og ledelsesinformation. Så i dag har systemerne meget fokus på ledelsesinformation, og det bliver ikke mindre i forhold til SSTs og KLs krav om registreringer, som kan indberettes og sammenlignes og bruges til forhandlinger og evidensbaseret pleje, behandling og forebyggelse. Vi mener, at systemerne har mistet fokus fra at være et arbejdsredskab til et redskab til indsamling af data. Derfor så PDA’erne også dagens lys, da disse på farten kunne give mulighed for at registrere komme-gåtider, aflysninger, erstatningsbesøg, akutte besøg m.v., hvilket ville give mere valid ledelsesinformation, men disse har også voldt mange problemer og fået meget modstand. Systemerne er standardsystemer, hvilket også går imod den sociotekniske tankegang, hvor det anbefales at udvikle et system til at understøtte lige præcis de opgaver og den organisation, der findes det pågældende sted, altså i konteksten. Denne udvikling mener vi er foregået uden forudgående analyser og observationer af netværket – top-down beslutninger uden brugerinddragelse. Dette kolliderer med brugernes værdier, behov og antagelser, og systemerne bliver derfor ikke brugt efter

hensigten, og bliver ikke en naturlig del af hverdagen. Meget af dokumentationen bliver let til noget, der bare skal gøres, inden vagten slutter, og meget af registreringen opleves som kontrol. IT-systemerne skulle gerne både kunne generere data, men også sikre koordinering af aktiviteter og forløb. De skal også være et redskab, som papirjournalen og T-kort vægtavlen var det i sin tid. Og det skal være muligt at handle, inden noget er registreret/dokumenteret.

Ifølge Berg (Berg, 2004) er det meget vigtigt at inddrage brugerne, og at hele organisationen, både hardware, opgaver og mennesker er med i udviklingen og implementeringen af ny teknologi, da den ellers vil kunne føre til et projekt, der kæmper med modstand eller endda sabotage fra brugerne, ”*som ikke føler, at de er blevet hørt eller taget alvorligt*”. Sygeplejerskerne holder fast i deres behov for at dokumentere på kontoret, fordi det passer bedst ind ”*sundhedsarbejdets natur*”. Det kunne jo være en mulighed, at sygeplejerskerne fik en tablet med sig på borgerbesøg. Det kan de også selv se kunne være en fordel i nogle tilfælde, hvis de har ro til at gøre et besøg helt færdigt, men ofte har de brug for mere koncentration end hos borgeren eller i bilen, brug for at reflektere og sparre med kolleger og andre (praktiserende læge, sygehus) inden den endelige dokumentation, og for at møde kolleger, skal det være planlagt på et bestemt tidspunkt, eller også foregår det sidst på dagen. Meget sjældent foregår en dag som planlagt på forhånd i disponeringen – ikke alt kan forudsiges, når det handler om mennesker og omgivende samfund – meget er uforudsigeligt. Sygeplejersken mangler tilbagemelding fra en læge eller kollega, eller lægen er umulig at træffe. De er blevet forstyrret i et besøg og kaldt ud til en anden borger. De skal være hos den næste borger på et bestemt tidspunkt for at kunne samarbejde med en hjælper eller terapeut (forflytning eller andet). Der er aftalt bestemt mødetidspunkt med borger, eller evt. pårørende. Nogle kliniske opgaver tager længere tid end beregnet. Der er kommet nye borgere, som lige skal presses ind i det planlagte, måske endda lige udskrevet fra sygehus eller terminale borgere, som kræver en god dataopsamling til vurdering af situationen og tid til at være til stede. De møder en kollega på vejen, som har brug for råd/vejledning eller hjælp. De koordinerer, hvis de er forsinkede, ikke kan nå deres planlagte opgaver. Meget foregår via telefon, da sygeplejersken kører alene, og ikke altid møder kolleger på farten. Hjemmesygeplejen er ofte præget af rutiner men også af uforudsete hændelser, som kræver her og nu respons/handling, og det hele foregår kollektivt i en gruppe af tværfaglige samarbejdspartnere, som alle har indflydelse på arbejdsopgaverne og på arbejdsgangene. Beslutninger om behandling tages i interaktion mellem sygeplejerske, læge og borger, andre kolleger, journalen og andre sundhedspersoner, og ofte i akutte situationer. Beslutninger er kollektive, ikke individuelle, formet i den sociale kontekst. Nogle sygeplejersker har specialistfunktioner og nogle tager sig af de mest komplekse borgere p.g.a. erfaring, hvilket i sig selv VIL betyde mere dokumentationstid – det kunne være forløbskoordinator, inkontinens-, demens- eller sårsygeplejerske, planlægger eller andet.

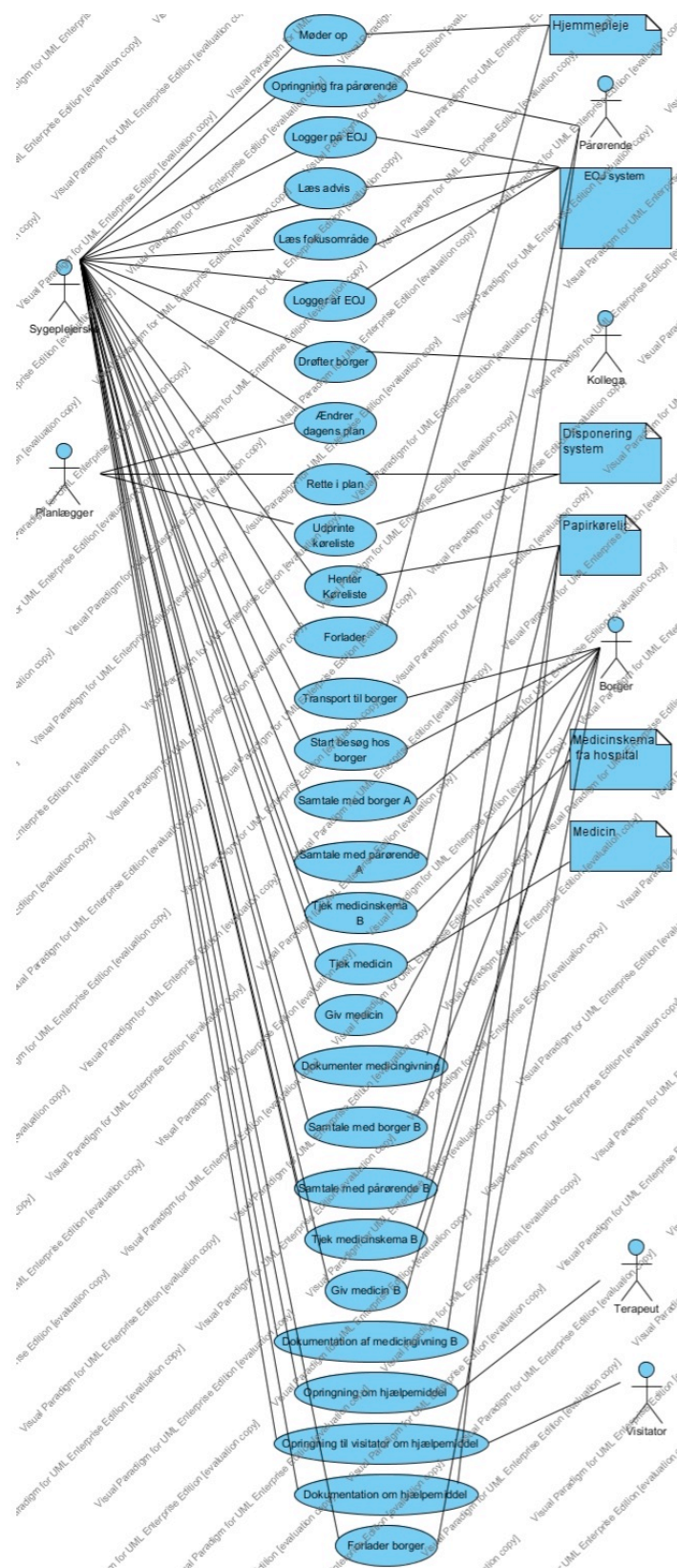
Hjemmesygeplejen som netværk er præget af meget stor kompleksitet, som det også ses af vore observationer. Dette kan KUN observeres ved at studere den kliniske virkelighed. Altså skal de kollektive arbejdsprocesser analyseres inden implementering af IT og inden redesign af IT og arbejdsgange. Der skal altså lægges vægt på en dyb forståelse af eksisterende arbejdsrutiner og uformelle strukturer i udvikling af sundhedsinformatiksystemer og ændring af dokumentationspraksis. Dette kalder Berg ”*den empiriske orientering med vægt på kvalitative metoder*”, hvor analyse, design, implementering skal ses som en politisk organisationsforandringsproces, hvor brugerne skal sættes i fokus og involveres systematisk og på et tidligt tidspunkt. Coiera siger også, at IT skal gennemtænkes, og det skal beskrives, hvordan det kan og vil blive brugt i virkeligheden. Hvis arbejdspraksis ikke er studeret, og der ikke er taget hensyn til, hvad det skal erstatte, og hvor det ikke er en fordel i forhold til at skabe overblik, medfører IT ofte nye fejlmuligheder og work-arounds. Vi har jo tydeligt set, at sygeplejerskerne ikke bruger PDA (sidste års projekt), selvom de ikke længere har samarbejdsbog hos borgerne eller også noterer de på papir, og HVIS de bruger PDA, så er det kun til småting og notater,

som de senere bruger i EOJ-systemet i handleplaner/fokusområder. Dokumentation skal helst være i umiddelbar nærhed af et besøg for at sikre, at oplysninger ikke går tabt i løbet af en dag (SST vejledning) – når sygeplejerskerne således ikke kan blive færdige på stedet, er de nødt til at gøre korte notater på papir til senere brug (foreløbig dokumentation). I de kommuner, vi har observeret og interviewet brugte alle sygeplejersker en papirkøreliste for at få overblik over dagen, og til at notere stikord ud for den enkelte borger. Der bruges endvidere papirschemaer hos borgerne til målinger, insulingivninger, da de giver et bedre overblik end registreringen i journalen og ligger fremme.

Vi mener derfor, at hvis der skal ændres noget i dokumentationspraksis, både for at tilfredsstille SSTs og KL's krav til data-indsamling, validering, evidens, kommunernes egne ledelsesinformationskrav og krav om, at dokumentationstiden skal nedsættes betydeligt, og samtidig gøre IT-systemerne i stand til at understøtte den virkelige arbejdspraksis, så skal sygeplejerskerne inddrages hurtigst muligt i denne proces. De er nødt til at forklare, hvad de laver i det, de kalder dokumentationstid, da ledelse og KL har fokus på, at dokumentationstiden fylder forholdsvis meget på en arbejdsdag. Det skal defineres, hvad en dokumentationstid indeholder af opgaver. Arbejdspraksis skal studeres og analyseres for at se, hvad der bedst kan IT-understøtte denne, og måske skal arbejdsgange ændres, men alt dette er nødt til at blive i et samarbejde med de sygeplejersker, som skal udføre kerneaktiviteten, bindeleddet, nemlig pleje, behandling og forebyggelse til borgere i eget hjem – vil give større forståelse og ejerskab. Det vil være en proces, som tager lang tid og kræver mange ressourcer, og dette kan være svært at få mulighed for i en kommune, som "fattes" penge, selvom det i sidste ende vil give det bedste resultat. Ifølge Coiera skal IT-systemerne udvikles som en social proces i den virkelige kontekst af brugerne, deres sociale adfærd, handlinger, hændelser, artefakter, kultur m.v. i stedet for, som meget tyder på, at designerne har fået nogle krav, der skulle opfyldes og har forsøgt at udvikle et system til at opfylde disse, som så fungerer så længe det er én person som dokumenterer i fred og ro, men som ikke fungerer når det skal understøtte hele netværket. Desuden er det vigtigt at tage patienten og konteksten med i overvejelserne. Dette ville gøre den til en del af virkeligheden, og ville dermed ikke længere være et middel til at nå et mål, men et middel til at tilfredsstille nogle behov eller løse nogle problemer, som dermed kunne forbedre dokumentationen, udnytte ressourcerne, øge den faglige kvalitet og sikre medarbejdertilfredshed. Et velfungerende system er kendetegnet ved et match mellem systemets funktionalitet, behov og arbejdsmønstre i organisationen (Berg, 2004). Analyserne af arbejdspraksis kan være svære og ressourcekrævende, da al observation, også video, kan virke forstyrrende på daglige rutiner og også påvirker netværket – en observatør er jo en ny aktør, som kan påvirke netværket, som er bevidste om observationen. Og analysen af materialet kan også kræve mange ressourcer. Desuden må der nødvendigvis følges op på disse observationer, da den tavse viden og indarbejdede rutiner/forståelse af hinandens arbejdsgange ikke altid kommer eksplicit frem i et behandlingsforløb. Dette har vi tydeligt kunnet mærke i vore observationer. Vi observerede jo flere ting, end sygeplejerskerne umiddelbart efter arbejdsdagen kunne huske, at hun havde gjort. Meget foregår jo bare ad hoc og i nuet, uden at der tænkes nærmere over det – den tavse viden men er samtidig "limen", der binder det hele sammen.

Arbejdspraksis skal studeres, og når denne er kortlagt, skal journalsystemerne redesignes, som Berg og Touissant også påpeger. I denne proces er det vigtigt at bruge workflows og use-cases, hvor alle aktører og hele forløbet er med, fremfor at starte med en model. Vi mener også, at use-cases og workflows giver et bedre billede af kompleksiteten i det netværk, der skal IT-understøttes, for selvfølgelig skal mulighederne for at opsamle og gemme og dele data kombineres med, hvad der er nødvendigt for at få daglig arbejdspraksis' kommunikation og koordinering til fortsat at fungere til patientens, behandlerens, kommunens og samfundets bedste. Men som Berg og Touissant påpeger, kan et EOJ-system ikke erstatte rod og ustrukturerede data, da sundhedsarbejdet ikke følger et bestemt mønster og ofte er uforudsigeligt – det kan endda give mere rod og kræve, at der registreres flere data

end der måske er nødvendigt, idet det kan opbygges som rutiner og forløb, som kræver data (kan føles som dobbeltdokumentation og en ulogisk opbygning), men det vil altid kun være delvise forløb, da ingen borger er ens og der hele tiden sker udvikling af selve sundhedsarbejdet – det er jo aldrig et statisk arbejde uden udvikling.



Figur 26. Use-case diagram over første besøg hos én af de observerede sygeplejersker:

Ovenstående er et forsøg på at lave en use-case over ét af de observerede besøg hos en borger med forberedelser og opfølgning. Se **Figur 25. To sygeplejerskers arbejdsdag fra feltstudier i to kommuner**. Dette for at vise lidt af kompleksiteten i hjemmesygeplejen – det ville være nødvendigt med mange use-cases, også over forløbet af hele arbejdsdage for at se, hvordan det hele er sammenvævet af brudstykker ind imellem hinanden. Et patient/borgerforløb forløber sjældent som en isoleret proces.

8 Konklusion

Vores initierende undren gik på hjemmesygeplejerskernes dokumentationstid. Som IT-konsulenter i hver vores kommune med ansvar for de respektive kommuners EOJ system, var vi uafhængigt af hinanden blevet bedt om at nedsætte dokumentationstiden. I den ene kommune endda med 50 %. Dette sammenholdt med den store opmærksomhed, som KL har lagt for dagen i forhold til dokumentation/manglende dokumentation i forhold til at få valide data til sammenligning og evidens til økonomi-forhandlinger med regionerne, gjorde at vi startede dette projekt med at undersøge, om vores antagelse om, at der i kommunerne ikke er defineret, hvad opgaven dokumentation indeholder, kunne bekræftes, og om andre kommuner havde samme fokus på at nedsætte tiden til dokumentation. Vi fik bekræftet vores antagelse, både i vores forundersøgelse og senere i vores kvalitative og kvantitative undersøgelser. For at få svar på problemstillingen: **"Hvilken betydning har hjemmesygeplejens arbejdspraksis og definition af dokumentation for dokumentationstiden?"** opdelte vi problemstillingen i 4 underspørgsmål. For at få svar på disse studerede vi praksis via en triangulering – se afsnit om metoder. De indsamlede data blev analyseret ud fra de 4 underspørgsmål/temaer og diskuteret i et teoretisk perspektiv. Dette har ført frem til følgende konklusion som svar på problemstillingen:

Definitionens betydning på dokumentationstid:

Vore undersøgelser har vist, at det ikke er alle kommuner, der har en definition på, hvilke opgaver, der indgår i dokumentation, og der hvor man har defineret, hvad der indgår, er der ikke konsensus om, hvad det så er. Mange kommuner har planer om at nedsætte dokumentationstiden, og der er lavet målinger af dokumentationstid ud fra det, der er registreret som dokumentation af sygeplejerskerne i planlægningsredskabet. Sygeplejerskerne selv har lidt forskellige meninger om, hvad dokumentation indeholder af opgaver, men alle mener, at det drejer sig om at skrive/registrere. En ret stor del af sygeplejerskerne mener også, at koordinering, planlægning, vejledning, rådgivning, undervisning, kommunikation internt og eksternt, læsning/indhentning af oplysninger indgår i deres definition af dokumentation – den opfattelse deles af > 65 % af sygeplejerskerne. De interviewede sygeplejersker havde alle planlagt dokumentationstid, og i denne indgår alle de nævnte opgaver, da der ikke er mulighed for planlægning af disse opgaver på andre tider af dagen – dagen er fyldt ud af kliniske sygeplejeopgaver hos borgerne, og der kommer flere uplanlagte opgaver til. Under den planlagte dokumentationstid følges op på dagens arbejde og koordineres, planlægges og kommunikeres med kolleger og andre, men disse opgaver forgår også løbende i løbet af dagen (ikke planlagt), hvor de så tager tiden fra den tid, der er afsat til den kliniske sygepleje i planlægningsredskabet. Sygeplejerskerne har svært ved at skelne mellem, hvornår de gør de forskellige opgaver, og de foregår i en stadig vekslen, og de kalder det derfor samlet for dokumentation. Det registreres som dokumentation i disponeringen, og det vil dermed se ud som om, at sygeplejerskerne bruger hele den angivne tid på at skrive/registrere/dokumentere. Sygeplejerskerne har afsat en bestemt tid om eftermiddagen og om morgenen til dokumentation. Men hvis alt det, som sygeplejerskerne mener, hører til under dokumentation, skulle registreres, ville der skulle registreres ca. en time mere i begge kommuner, og

det vil give en del administrativt arbejde at skelne opgaverne fra hinanden. Men når sygeplejerskerne lægger det hele sammen under én hat, vil det være svært at få tiden afsat til dokumentation til at række til både koordinering, planlægning, vejledning, rådgivning, kommunikation, læsning. KL har målt på dokumentationstiden i 4 kommuner ud fra det, sygeplejerskerne selv har registreret som dokumentationstid, men dette viser jo ikke et billede af, hvad der reelt bruges af tid på selve dokumentationen. Sygeplejerskerne viser i dag ikke, hvilke af de andre opgaver, de laver i løbet af en dag, og da der er stor fokus på koordinering af patientforløb samt forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser, er dette en vigtig opgave for hjemmesygeplejersken.

KL har i en rapport defineret dokumentation som det, der står i ordbøgerne, nemlig skriftlig bevisførelse, så dette er jo allerede i modstrid med sygeplejerskernes egen definition.

Flere kommuners ledelser ønsker at nedbringe tiden til dokumentation og på samme tid ønsker KL, at omlægge registreringspraksis, således, at de får valide data at forhandle ud fra. Men de kommunale ledere ved faktisk ikke, hvad det er de beder om at få nedsat, eftersom det i de færreste kommuner er defineret, hvad der indgår i dokumentation. I den forbindelse er det vigtigt at nævne, at pleje og behandling ikke kun foregår ved borgerkontakt – men også i forbindelse med koordinering og planlægning i hele det heterogene netværk.

Arbejdspraksis' betydning for dokumentationstiden:

Sygeplejerskernes arbejdspraksis er under udvikling med mange udefrakommende krav, organisationsændringer, udvikling i sygeplejen med flere kronikere, flere ældre, tidligere udskrivelser, koordinerede forløb, forebyggelse i hjemmet og mere kompleks pleje/behandling og dermed også øgede krav til dokumentation og udveksling af oplysninger/data samt specialistkompetencer.

Sygeplejerskerne fravælger bevidst af og til at overholde de sygeplejefaglige dokumentationskrav p.g.a. tidspres men tilvælger at dokumentere lidt mere uddybende i situationer, hvor borger/pårørende kunne tænkes at ville klage over plejen. Tidspres kan også have indflydelse på kvaliteten af dokumentationen. Sygeplejerskerne mener ikke, at borgers journaloplysninger er opdateret, netop pga. manglende tid, men også p.g.a. organiseringen og IT-systemerne – desuden føler de ikke, at det er deres ansvar. Sygeplejerskerne dokumenterer for at få arbejdspraksis til at fungere, så næste led kan tage over, og så der sikres opfølgning på det, de har sat i værk hos en borger – det, de mener, er nødvendigt i et pleje/behandlingsforløb.

Bindeleddet i dette netværk er at yde borgerne en god service, pleje og behandling, og dette prioriterer sygeplejerskerne højt. Det er også bindeleddet i ledelsen, men her er der også et bindeled i, at økonomien skal hænge sammen, og de skal dokumentere, hvad de har brug for pengene til i forhandlinger med KL og staten.

Sygeplejerskernes arbejdsdage er fulde af uplanlagte opgaver og besøg, forstyrrelser, afbrudte besøg og af koordinering, planlægning, telefon samtaler, og elektronisk kommunikation både med interne og eksterne samarbejdspartnere, hvilket er en del af sundhedsarbejdets natur.

Der er daglig afsat tid til dokumentation i planlægningsredskabet, som er den tid, hvor sygeplejersken har ”kontortid” og udfører **de samme opgaver** som nævnt ovenfor, men kun nogle af dem – resten foregår som beskrevet uplanlagt og/eller akut hen over dagen og er for det meste uforudsigeligt.

Nogle sygeplejersker har specialfunktioner som f.eks. planlægger, koordinator eller inkontinenssygeplejerske og lignende. Dette har indflydelse på sygeplejerskernes gennemsnitlige dokumentationstid, da de bruger langt mere tid på dokumentation end deres kolleger, og specielt, når de kalder det hele for dokumentation.

Der er en udpræget brug af papirkøreliste til foreløbig dokumentation (små notater og stikord). Også andre former for ”papir” indgår i sygeplejerskernes hverdag: Medicinskema, kommunikationsrapporter som faxes til hospitalet i forbindelse med indlæggelse, blodsukkerskema og insulinskemaer. Papir hjælper dem til i dagligdagen til at huske og danne sig et hurtigt overblik over målinger og injektioner/p.n. medicin.

IT-systemernes betydning for arbejdspraksis

De oprindelige IT-systemer var udviklet til at understøtte praksis – en nøjagtig kopi af eksisterende arbejdsredskaber. Arbejdsgangene skulle ikke nødvendigvis ændres. Efterhånden har systemerne udviklet sig, og er blevet mere komplekse. Der er dukket flere og flere behov for dokumentation op i forhold til registrering og ledelsesinformation. Så i dag har systemerne meget fokus på ledelsesinformation, og det bliver ikke mindre i forhold til SSTs og KLs krav om registreringer, som kan indberettes og sammenlignes og bruges til forhandlinger og evidensbaseret pleje, behandling og forebyggelse.

Sygeplejerskerne mener ikke, at EOJ systemet er logisk opbygget, de mener, at det er svært at få overblik over en borgers situation/plejeforløb (og det skal af og til være et hurtigt overblik), besværligt at skulle opsplitte komorbide borgers problemområder, som ofte er afhængige af hinanden, og de klager også over langsomme systemer, hvilket begge er medvirkende årsager til dokumentationstidens længde. Sygeplejerskerne mener, at struktureret tekst/valglist, som egentlig skulle være en hjælp i dagligdagen, er tidsrøvende, da det er svært at finde en dækkende klassifikation. De vil hellere skrive i fritext - felter, hvilket er i modstrid med at kunne opsamle data til ledelsesinformation.

Af elektroniske artefakter til dokumentationsopgaven, som de definerer det, benytter sygeplejerskerne EOJ-systemet, Disponering til planlægning af besøg, og visse steder PDA. Telefonen er hyppigt i brug – sygeplejersken har brug for opringning til læge og samarbejdspartnere, samt opringning til borgere ved forsinkelse. I de to kommuner, hvor vi udførte feltstudier, blev der ikke benyttet PDA, men de havde forsøgt at medbringe bærbar på borgerbesøg. De mente, at brug af bærbar eller tablet vil være hensigtsmæssigt, så en del af dokumentationen kan udføres i forbindelse med besøget. Dog kan der blive meget at slæbe på, hvis sygeplejerskerne både skal medbringe bærbar, miniprinter og telefon. Derudover bruger de også mailsystemet.

Med hensyn til dokumentationen i IT-systemerne er den meget opdelt, idet hver faggruppe skriver i eget område. Der dokumenteres ikke på tværs, og der er ikke tillid til, at de forskellige faggrupper læser, hvad hinanden skriver, hvorfor faggrupperne sender advis til hinanden. Sygeplejerskerne føler sig som bindeled mellem hjælpere og terapeuter, men alligevel mener de ikke, at de har ansvar for at opdatere borgerens journal på alle områder. Men hvem har så dette?

Sygeplejerskerne udfører dobbeltdokumentation, som oftest optræder ved, at der dokumenteres/noteres på papir, mens de er på farten, mhp efterfølgende dokumentation i EOJ. Sygeplejerskerne registrerer også de samme oplysninger flere gange p.g.a., at dokumentationen skal opdeles i problemområder svarende til de 12 sygeplejefaglige problemområder, og mange problemer overlapper hinanden. Sygeplejerskerne dokumenterer for både kollegers, borgers, ledelses og egen skyld (sammenhængende forløb, borgers retssikkerhed, ledelsesinformation, lovgivning og klagesager). Sygeplejerskerne ved ikke altid, hvilken registrering/dokumentation, der bruges til ledelsesinformation, så alt det, de skal dokumentere, giver ikke altid mening for dem i det daglige arbejde. Det er vigtigere for dem at sørge for, at den fremadrettede pleje og behandling er planlagt. I en af kommunerne skal medicingivning registreres efterfølgende, på trods af, at det både fremgår af medicinskema med dato og er planlagt i disponering og besøget er godkendt.

IT-systemerne er i dag udviklet som standardsystemer, som har fokus på ledelsesinformation og registrerings krav fremfor at være et arbejdsredskab til at understøtte borgerens forløb. Dette kolliderer med brugernes værdier, behov og antagelser, og systemerne bliver derfor ikke brugt efter hensigten, og bliver ikke en naturlig del af hverdagen. Meget af dokumentationen bliver let til noget, der bare skal gøres, inden vagten slutter, og meget af registreringen opleves som kontrol. IT-systemerne skulle

gerne både kunne generere data, men også sikre koordinering af aktiviteter og forløb på en overskuelig og lettilgængelig måde, så de bliver en hjælp i daglig arbejdspraksis.

Afrunding

Arbejdspraksis (det heterogene netværk) skal studeres og analyseres for at se, hvad der bedst kan IT-understøtte denne, og måske skal arbejdsgange og opgavefordeling ændres, men alt dette er nødt til at blive i et samarbejde med de sygeplejerskerne, som skal udføre kerneaktiviteten, bindeleddet, nemlig pleje, behandling og forebyggelse til borgere i eget hjem og koordinere dette. De skal være med til præge udviklingen i forhold til fremtidens sygepleje – dette vil også give dem mere ansvar og en følelse af ejerskab. Men både KL og DSR vil skulle indgå i processen – det vil være nødvendigt først at få defineret hjemmesygeplejerskens rolle og opgaver i fremtiden og få en klar definition af, hvad der er dokumentation, og hvad der er noget andet. Det vil være en proces, som tager lang tid og kræver mange ressourcer, og dette kan være svært at få mulighed for i en kommune, som ”fattes” penge, selvom det i sidste ende vil give det bedste resultat, for understøtter systemdesign ikke opgaverne, kommer der modstand – der laves work-arounds, og i yderste tilfælde nægter brugerne at benytte systemet. Hver kommune laver jo så deres egen løsning, organisering og definition af rolle og opgaver. Hvis der skal ændres noget i dokumentationspraksis, er sygeplejerskerne nødt til at forklare/visе, hvad de laver i det, de kalder dokumentationstid, da ledelse og KL har fokus på, at dokumentationstiden fylder forholdsvis meget på en arbejdsdag, og DSR har sikkert en anden holdning, da de støtter sygeplejerskerne, så det må også være i deres interesse. Sygeplejerskerne kan ellers risikere, at der bliver mindre tid til de opgaver som koordinering, planlægning, udveksling af information/oplysninger, møder, tlf. samtaler, undervisning, vejledning, støtte, sparring m.v., og dette skal så indarbejdes på en nem måde i systemerne – sandsynligvis med ændring af arbejdspraksis til følge. Opgaverne skal synliggøres og ikke defineres som dokumentation.

Så dette vil sige, at definitionen af dokumentation og arbejdspraksis har stor betydning for dokumentationstiden. Det betyder, at hvis den reelle dokumentationstid skal måles, vil det være nødvendigt at se på, hvad det er, der skal måles, og der skal også ses på arbejdspraksis og systemerne i forhold til et IT-system, der understøtter denne praksis. Vi kan konkludere, at det er uholdbart at måle på dokumentationstid og stille sygeplejersker spørgsmål om deres dokumentationstid p.g.a. en manglende afklaring af, hvad dokumentationstiden indeholder for de forskellige interessenter som sygeplejerskerne selv, KL, DSR og den lokale ledelse. Og desuden er opgaverne indeholdt i dokumentationstiden delprocesser i hele netværket omkring kerneydelsen at levere kvalitet i pleje og behandlingsforløb.

Vi vil foreslå, at hvis dokumentationstid skal måles, så er det den tid, som sygeplejersker bruger på at skrive, registrere og dokumentere i de forskellige systemer/artefakter i løbet af deres arbejdsdag. Men det kræver, at det kan registreres uden ekstra administration, og at sygeplejerskerne også kan registrere, hvad de laver af andre af de opgaver, som de mener, er dokumentation. Vi vil anbefale, at KL definerer, hvad det er, der skal måles på, og hvordan. Men først og fremmest er der brug for at se på hjemmesygeplejerskens rolle i fremtidens sundhedsarbejde, så dette bliver kendt, anerkendt og accepteret af alle aktører i netværket inkl. sygeplejerskerne selv.

9 Metodekritik

I forhold til vore undersøgelser har vi siden tænkt over, om der var noget, der kunne have været anderledes, om noget påvirkede vore resultater eller andet. Vi synes dog selv, at vi har fået rigtig meget ud af vore undersøgelser, men derfor er der jo altid noget, der kunne være bedre og muligheden for bias er jo altid til stede. Vi oplister her nogle af dem, vi er bevidste om.

- I begge kommuner oplevede vi, at de sygeplejersker, der var udvalgt til både observation og fokusgruppeinterview, var interesserede og erfarne i IT – om det var tilfældigt eller bevidst, er vi desværre ikke klar over – det kunne jo også være, at det er sådan med alle hjemmesygeplejerskerne i området. Vore spørgeskemaer giver et billede af, at alle oplever sig selv som erfarne EOJ-brugere, og eftersom, at EOJ-systemerne i kommunerne har været i drift siden slutningen af 90'erne, kan det jo også være tilfældet.
- Sygeplejerskerne kan have svaret ud fra, hvad de tænker, er bedst for dem at svare i forhold til, hvad der kunne komme ud af undersøgelsen, og om deres egen kommune ser det efterfølgende. Har de så svaret for at "please" egen organisation eller for at komme ud med et sandt billede af virkeligheden? Under observationerne, hvor de er bevidste om, at de bliver observeret, kan de også have været påvirket og have gjort tingene anderledes, end de normalt ville gøre. Dette fornemmer vi dog ikke, men det kan jo også være vores blinde plet.
- Det ville have givet mere validt resultat at studere arbejdspraksis i flere kommuner og hele døgnet, men p.g.a. begrænset tid i projektperioden og fuldtidsarbejde ved siden af, har det ikke kunnet lade sig gøre – vi var nødt til at begrænse os. Desuden viser det sig svært at få aftaler i gang med kommuner om at komme og observere – de undskylder sig med, at de ikke har ressourcerne i øjeblikket, selvom vi påpeger, at de ikke skal gøre noget anderledes, end de plejer, hvilket jo også kan skyldes, at der er fokus på, om sygeplejersker bruger for meget tid til opgaver, som ledelsen ikke mener, at de skal lave. Og ydermere påvirker det den daglige arbejdspraksis at have nogen til følge sig en hel dag, hvor sygeplejersken er vant til at arbejde og køre alene rundt til borgerne: Sygeplejerskerne føler sig mere PÅ og føler, at de er nødt til at forklare sig undervejs og måske gør de sig også ekstra umage med det, de laver, som vi har fokus på, og det kræver også lige, at vi får snakket lidt og opnår et tillidsforhold, så det ikke virker som overvågning og kontrol – sygeplejerskerne skal føle sig trygge ved at have os med. Borgerne bliver også forstyrret og skal lige vide, hvem vi er og hvad vi laver og flere føler også, at de er nødt til at snakke med os, når vi nu kommer og besøger dem – de har også brug for at føle sig trygge ved, at vi er med – dette kan så betyde, at de ikke kommer frem med det, som de plejer, når de er alene med sygeplejersken, som de kender rigtig godt. Det ER forstyrrende at være observatør og at blive observeret, både for os, for sygeplejersken og for borgeren, uanset hvor bevidste, vi er om det.
- Hypotesetesten – vi kunne have tænkt os at lave endnu flere sammenligninger, men det er et stort arbejde at behandle data på den måde, så vi har måttet prioritere for at kunne nå at blive færdige med projektet.
- To forskellige observatører p.g.a. geografien og ressourcer (nødt til at fordele arbejdet) – kan give en forskellig indgangsvinkel og forskellig påvirkning af netværket, men vi synes dog, at vi er kommet fint om ved dette, ved at have lavet gode skemaer til observationen og aftaler.
- I én kommune var der lige et dilemma om morgenen, da der kunne være lidt tvivl om det etiske i at tage med på besøg hos en døende borger på det første besøg, og være med i denne proces som observatør. Som observatør er der jo også et hensyn til borgerne, der skal tages højde for. Dette hensyn viser sig også i mange andre situationer, hvor borger gerne lige vil vide lidt om, hvad det er for en person, som sygeplejersken har taget med på besøg, og så kan vi jo ikke ignorere borgeren og er nødt til at være høflige og deltagende. Vi får dog trods alt lov at komme i deres eget hjem og ikke i en organisation – de har jo ikke accepteret vore besøg på forhånd.

- Svært at få kommuner til at afse ressourcer til observation og fokusgruppeinterviews, men årsagen til dette kunne også ligge i, at vi var nødt til at få aftalerne på plads, inden vi var HELT klar over, hvad vi ville have fokus på. Men de to kommuner, der deltog, var meget beredvillige.
- Ikke svært at få kommuner til at sige ja til at deltage i spørgeskema-undersøgelser, men vi oplevede et par af stederne, at der skulle lidt ekstra pres på fra IT-koordinators side, da de ikke havde udfyldt dem til aftalt dato. Desuden havde vi håbet på få flere end 46 respondenter fra de 5 sygeplejegrupper, som bestod af ca. 10-20 sygeplejersker hver, men vi regner med, at det er p.g.a. arbejdspress, fravær, deltagelse i vagter, ferie eller andet. Men da vi alligevel fik indsamlet 46 svar (over halvdelen), mener vi, at det er et rimeligt antal til at kunne generalisere ud fra, i og med, at det også er fordelt på flere kommuner. Vi kan i hvert fald ikke sige, at det kunne have noget med IT-kendskab at gøre, da det var papir-baserede skemaer.
- Afhængighed af såkaldte ”gatekeepers”, som bestemmer, hvem vi skal følge og interviewe, og hvem der udfylder spørgeskemaer kan have påvirket dataindsamlingen.
- I vore spørgeskema-undersøgelser til de 5 kommuner kunne vi efterfølgende se flere ting, som vi gerne ville have spurgt om på en anden måde, da vi så ville have fået flere brugbare data og kunne have sammenholdt lidt mere fra vore observationer og fokusgruppeinterview, men det er ikke nemt at få det hele til at gå op i en højere enhed, når vi er nødt til at lave vore undersøgelser oveni hinanden, idet vi først lige skal være klar over, hvad vores problemfelt munder ud i, at vi vil undersøge, og så skal vi også have tid til at bearbejde data efterfølgende, så vi bliver lidt pressede – det ville have været optimalt at dele spørgeskemaer ud EFTER observation og interview, da vi derved kunne have tilrettet spørgsmål og fået bekræftet mere af det, vi havde fundet ud af. Ydermere kan vi heller ikke tillade os at forstyrre de deltagende kommuner mere end højst nødvendigt – de får jo ikke direkte noget ud af at deltage. Men ved at arbejde godt og grundigt med svarene, syntes vi dog alligevel, at vi kunne bruge alle data konstruktivt. Den første spørgeskema undersøgelse for at få bekræftet vore antagelser, var nok mere omfattende end nødvendigt, men vi var også bange for ikke at få det hele med, da det ligesom er en ”one-shot”.
- Ingen sygeplejersker UNDER 30 år i vore undersøgelser, hvilket nok er meget generelt for hjemmesygeplejen, men det kunne have givet en større spredning og en anden tilgang til IT, selvom alle skrev, at de var vant til IT.

10 Perspektivering

Vi havde en antagelse om, at dokumentationstiden, som registreres af sygeplejerskerne ikke ville vise den reelle tid til det at dokumentere (føre skriftlig bevis –sygeplejefaglige optegnelser), men vi havde faktisk IKKE regnet med, at sygeplejerskerne tog så mange opgaver ind under hatten ”dokumentation”, men ud fra egen erfaring og observationerne er det faktisk forståeligt, da det vil være meget svært at skelne det hele fra hinanden, og de ville ikke kunne lave andet end registrering, hvis de skulle registrere, hvornår de koordinerer, planlægger, skriver, indhenter oplysninger, underviser, rådgiver, vejleder, telefonerer, kommunikerer med andre. Det hele sker jo i den rækkefølge, det passer bedst i forhold til borgerens forløb og daglig arbejdspraksis og det heterogene netværk – det er ikke sikkert, at andre aktører er tilgængelige lige, når det passer bedst. Disse handlinger vil nemmest kunne observeres af andre for ikke at give et forkert billede, for selve registreringen og tidstagningen på de forskellige opgaver/handlinger ville jo kræve ekstra tid til registrering/dokumentation. Så enten skal

det accepteres, at der også er andre opgaver under hatten ”dokumentation”, som ikke kan skelnes fra hinanden uden ekstra dokumentation, eller også skal det defineres klart, hvad der er dokumentation, så det KUN er det, der registreres som dokumentationstid, f.eks. at skrive, føre bevis, som der står i ordbøgerne og som KL faktisk også selv beskriver i en publikation om dokumentation af kommunale forebyggelsesopgaver.

Mange kommuner har planer om at nedbringe tiden der bruges til dokumentation, men de ved jo reelt ikke, hvad det er de vil nedsætte. Samtidig har vores undersøgelser vist, at sygeplejerskernes reaktion i forhold til tidspres er at nedsætte den lovpligtige nødvendige dokumentation, hvorfor det må anbefales at tænke sig om, hvis dokumentationstiden skal nedsættes. Ledere skal kommunikere og gå i dialog med medarbejderne, KL og DSR om dokumentation og arbejdspraksis, og endelig opfordres til at sammenligne med andre. Sygeplejerskerne er ansvarsfulde og har fokus på at behandle og pleje borgerne. Først og fremmest sørger de for at dokumentere det, der er brug for fremadrettet, f.eks. at booke nye besøg og planlægge plejen og behandlingen – sikre kvalitet i hele forløbet.

Sygeplejerskerne synes ikke, at de dokumenterer for meget, og de vil gerne dokumentere det, de synes er MULIGT at dokumentere hos borger i forbindelse med besøget, men der må skabes forståelse for, at pleje af borgere ikke udelukkende sker i relation til borgerkontakt. Planlægning, koordinering med en anden faggruppe og sparring med en kollega og eksterne samarbejdsparter er en del af plejen, og foregår mange gange bedst på kontoret, for de personer der skal kontaktes er ikke altid tilgængelige, mens sygeplejersken er til stede hos borgeren - rækkefølgen af hvem sygeplejersken taler med kan også have indflydelse – svar fra læge kommer i løbet af dagen, måske først næste dag. Desuden er der ikke afsat tid til andet end den kliniske opgave hos borgeren, så det vil så være nødvendigt at udvide tiden til borgerbesøg med planlægning, koordinering og dokumentationsopgaver. Skulle sygeplejersken så planlægge et ekstra besøg for at kunne dokumentere hos borgeren?

Det ville have været optimalt at observere både flere sygeplejersker med forskellige funktioner i samme kommuner samt hele døgnet, og også at lave samme undersøgelser i flere kommuner, da det ville gøre det mere validt at generalisere, men det har ikke kunnet lade sig gøre på grund af tidsnød – vi har jo begge fast arbejde ved siden af studierne i vore egne kommuner, og kan ikke bare tage længere tid ud af vores egen arbejdspraksis. Vi har begge en funktion at udfylde, som der ikke er andre til at overtage. Men det kunne have været spændende at følge op med flere studier af arbejdspraksis, for at få nogle flere vinkler med fra den komplekse virkelighed.

Vi har i projektet koncentreret os om sygeplejerskernes definition af dokumentation og studier af arbejdspraksis. Derudover har vi indsamlet oplysninger fra IT-koordinatorer fra de fleste kommuner vedr. kommunale beslutninger og definition, men vi kunne også have gået skridtet videre og undersøgt, hvad ledelsen tænker om sygeplejerskernes dokumentationstid ved at gå direkte til de kommunale ledelser. Projektet ville være blevet omfattende, men det kunne være næste skridt. Hvad ønsker ledelsen, KL og andre reelt at nedsætte, for først, når det er defineret, vil det være muligt at IT-understøtte dette.

En af sygeplejerskerne kaldte papirkørelisten for ”hendes bibel”. Papirkørelisten kan ikke undværes, her noteres alt som skal huskes, der skal bestilles medicin, sår remedier som skal medbringes ved næste besøg, hjælpemidler som skal bestilles, planlægning som skal ændres, f.eks. hyppigere besøg, eller nedsættelse af tid osv. osv. Det kunne være interessant om disse papirlister kunne erstattes af et elektronisk medie. Sidste år skrev vi vores projekt ”Sygeplejefaglig dokumentation på PDA i hjemmesygeplejen – giver det mening”, at det i forbindelse med e-2012 strategien, som går ud på at omsætte papir til digitale løsninger, kunne være en ide at tage papir artefakter op til revision, som

indgår i hjemmesygeplejens arbejde. Godt nok pointerer Marc Berg, at det ikke er alt papir, som det giver mening at afskaffe, men under alle omstændigheder, skal der tages stilling til, hvad der kommer i stedet for papirartefaktet, hvis det afskaffes. F.eks. har kommunerne mange steder afskaffet samarbejdsbogen, men det er de færreste, som har sørget for borgeradgang til EOJ systemerne, som erstatning. I forhold til papirkørelisten må de elektroniske kørelister udbygges, så det er muligt for sygeplejerskerne at skrive med ”håndskrift” på disse via PDA eller tablet, så de stadig har deres ”bibel” ved hånden, og der skal nemt kunne dannes overblik i systemet.

Nogle af sygeplejerskerne omtalte struktureret data som en tidsrøvende måde at dokumentere på, da der *”bruges lang tid på at sidde og fedte rundt i det”*. Det er helt i modstrid med, hvad mange tror, idet der er en antagelse om, at strukturerede data er tidsbesparende og lette at gå til, men det er svært at beskrive en borgers situation ud fra foruddefinerede kasser.

Et mobilt arbejdsredskab vil kunne hjælpe på, at sygeplejerskerne kan indhente nogle oplysninger og føre noget af dokumentationen i hjemmet, men som det kunne ses af vore observationer, vil alt ikke kunne lade sig gøre, mens sygeplejersken er hos borgeren – meget få af opgaverne er færdige inden for den afsatte tid.

Nu lyder det så nemt, at for at IT-understøtte sygeplejerskernes arbejdspraksis og på samme tid opsamle nødvendige data, skal arbejdspraksis studeres, og sygeplejerskerne skal inddrages i processen, men det er jo en stor kompleks opgave med mange interessenter, for udover sygeplejerskernes krav om at få et brugbart arbejdsredskab, som indgår som en ligeværdig aktør i arbejdspraksis, for at få alle ender til at hænge sammen og understøtte sygeplejeprocesen, så er der krav om lokal ledelsesinformation (både den daglige og den, der pludselig dukker op p.g.a. et nyt projekt, hvor der skal indsamles data til evaluering af projektet), SSTs krav til sygeplejefaglige optegnelser, som tjekkes af embedslægen, SSTs indsamling af data til nationale indikatorer, KLs krav om ensretning og ny registreringspraksis, som kan bruges til sammenligning og forhandling og derudover er Fællessprog III på vej. KL er i gang med kravsspecifikationen. Desuden er mange kommuner i gang med lovmæssige EU-udbud og udarbejder hver deres kravsspecifikationer, som kan gøre det svært for leverandørerne at leve op til. Mange krav vil sikkert gå igen, men det vil være svært at opfylde alle kravene og på samme tid udvikle et system, der passer ind i en travl hverdag og også passer til alle faggrupper. Derudover er der borgers krav om én samlet journal, så de selv kan få adgang til de optegnelser og data, der er registreret om dem på en lettilgængelig og overskuelig måde. Dokumentation skal også bruges til evidensbaseret forskning for at sikre kvalitet i plejen og på samme tid sikre et troværdigt image i befolkningen.

Der kommer flere og flere krav til nationale databaser, som skal opsamle data fra de forskellige fagsystemer i sektorerne, men dette kræver jo også en ensretning og et fælles sprog, så data falder ind de rigtige steder, når de først er registreret. Og igen skal der huskes på, at *”valid data-outcome kræver korrekt og ens data-income”*. Vi kunne i dette projekt også have set på kvaliteten af de data, som udstilles hos de forskellige opsamlere af kommunale data.

I en tid, hvor både politikere og kommunale ledere, som nævnt har fokus på nedsættelse af dokumentationstid, er nye dokumentationsopgaver på vej, som kræver ændrede arbejdsgange: Nemlig de nye hjemmepleje-sygehus standarder, som benyttes i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse af borgere, som led i et kommunikationsflow. Funktionsevne vurderingen i EOJ systemet SKAL holdes opdateret, da denne automatisk sendes til sygehuset ved indlæggelse.

Også implementering af digitaliseringsløsninger vil de kommende år sætte fokus på nedsættelse af dokumentationstiden, idet KL beskriver et ønsket effektiviseringspotentiale, når Fællessprog III implementeres, som led i den fælleskommunale digitaliseringsstrategi (KL-3, 2011). I procent:

Dokumentation/Orientering i journaler 15%, (402,4 årsværk), Arbejdsgange/Koordinering 10%, (148,7 årsværk), Fleksibel arbejdstilrettelæggelse (delegering) 10%, 220,7 årsværk. Faktisk blev bloktilskud nedjusteret i forbindelse med medicinadministration via PEM, på trods af, at det har givet en stor dokumentationsbyrde.

Telemedicin kunne være en god løsning til flere af hjemmesygeplejerskens opgaver, hvor det IKKE er nødvendigt, at de er til stede hos borgeren. Det kan være til supervision, oplæring af borger eller hjælper til at udføre en opgave hos borger, f.eks. insulinalgivning, medicinindtag, blodsuktermåling, BT og puls-måling, urinstix, ilt-saturationsmåling eller forbindsskift – dette vil give nogle borgere en følelse af empowerment at blive fri for at få besøg af en hjemmesygeplejerske – de kan selv, men har sygeplejersken ved hånden (dog på afstand), men sygeplejersken sparer kørslen og et opkald gør også ofte, at der IKKE skal udveksles de samme høflighedsfraser, som når sygeplejersken er på besøg hos borger – en telemedicinsk kontakt drejer sig KUN om opgaven. Borgere som tilbydes telemedicin skal selvfølgelig udvælges med omhu, og være klar til dette. Mange kommuner har gang i mindre projekter i samarbejde med sygehuse, hvor sygeplejersken skal hjælpe borger med at opsamle oplysninger til en sygehusafdeling, hvor de går til kontrol, men dette indgår ikke i borgers journal hos kommunen, med mindre sygeplejersken også registrerer det her, og sygeplejersken skal være hos borgeren. Målinger fra telemedicin skulle gerne automatisk overføres til borgers journal, og på sigt, når data kan gå til fælles nationale databaser, vil sygehuse og praktiserende læger også have adgang til disse målingsresultater. Dette ville kunne lette NOGET af koordineringen mellem sektorer, men der vil stadig være brug for dialogen og forhandlingerne i forbindelse med pleje og behandling af borgeren.

Det har været spændende at arbejde med dette projekt – og spændende at afdække, hvad der gemmer sig under definitionen ”dokumentation”, hvor lang tid, der bruges på dette og arbejdspraksis’ betydning. Der har ind i mellem været overraskelser og nye vinkler. Vi håber vores projekt kan medvirke til, at KL/DSR vil tage dokumentation på dagsorden, og ændre på den nuværende definition ELLER skabe opmærksomhed omkring HVAD dokumentation er, så de andre opgaver kan registreres særskilt. Men først og fremmest skal der ses på hjemmesygeplejerskens rolle og opgaver, så det bliver klart for både sygeplejersker og andre aktører, hvad hjemmesygeplejersken har ansvar for at påtage sig af opgaver i fremtiden. Skal flere kliniske opgaver uddeligeres, så sygeplejersken får tid til den koordinerende, støttende, vejledende, forebyggende og rehabiliterende rolle i forhold til andre faggrupper, andre samarbejdspartner og borgerens forløb i kommunens hjemmepleje? I nogle kommuner er der mere og mere tendens til, at terapeuter i kommuner påtager sig denne rolle. Er det fremtidens sygepleje? Her må både DSR og KL gå ind og påvirke retningen ud fra, hvad lovgivningen om sygeplejerskers autorisation og sundhedsloven påhviler sygeplejersken af ansvar og rolle i forebyggelses-, behandlings- og plejeforløb.

KL siger, at forskellen i kommunernes registreringspraksis gør, at data ikke er valide og ikke kan bruges til sammenligning, men der er jo også stor forskel på sygeplejerskernes rolle og organisering i de forskellige kommuner, og dette gør også registreringspraksis forskellig.

12 Bibliografi

Ammenworth et al., 2001. *A Randomized Evaluation of a Computer-Based Nursing Documentation System*. Evalueringsstudie. Heidelberg: Methods of Information in Medicine University of Heidelberg.

AskPeople, 2010. *www.askpeople.dk*. [Online] Available at: <http://www.askpeople.dk/ask/> [Accessed 8 Januar 2011].

Bang, N., 2011. *Vi skal udlægge mange flere patienter*. [Online] Available at: http://www.virtuellehospital.dk/tidsskrift_media/2011/vi-skal-udl%C3%A6gge-mange-flere-patienter [Accessed 26 September 2011].

Berg, M. & Wears, R.L., 2005. Computer Technology and Clinical Work - Still Waiting for Godot. *JAMA*, Marts.

Berg, M., 1999. Patient care information systems and health care work: a sociotechnical approach. *International Journal of Medical Informatics* 55, 25 januar. pp.87-101.

Berg, M., 2004. Implementing Information Systems in Health Care Organizations. Myths and challenges. In M. Berg, ed. *Health Information management*. New York: Routledge. pp.173-91.

Berg, M., 2004. Health care work and patient care information systems. In M. Berg, ed. *Health Information Management - Integrating Information Technology in Health Care Work*. London and New York: Routledge. pp.45-65.

Berg, M., 2004. *Health Information Management - integrating information technology in health care work*. London and New York: Routledge.

Berg, M. & Touissant, P., 2003. The mantra of modeling and the forgotten powers of paper: a sociotechnical view on the development of process-oriented ICT in health care. *International Journal of medical informatics* 69, pp.223-34.

Broksø, K.T.o.t., 2011. *www.virtuellehospital.dk*. [Online] Available at: http://www.virtuellehospital.dk/tidsskrift_media/2011/telemedicin-og-teleomsorg-er-en-bombe-under-social-og-sundhedssektorens-fastl%C3%A5s [Accessed 26 September 2011].

Coiera, E., 2006. Putting the technical back into socio-technical systems research. *International Journal of Medical Informatics*, pp.1-6.

Danske Regioner, 2011. *Kommunal medfinansiering 2012*. [Online] Available at: <http://www.regioner.dk/Økonomi/Økonomisk+Vejledning/Baggrundsmappe+2011/~media/Filer/Økonomi/Budgetvejledning/Kommunal%20medfinansiering%202012.ashx> [Accessed november 2012].

Dons(Tilsynschef-SST), A.M., 2009. *Vejledninger skal følges*. [Online] (arkiveret) Available at: <http://www.sst.dk/Nyhedscenter/Sundhedsfaglige%20kommentarer/2009/Vejledninger%20skal%20følges.aspx> [Accessed 15 December 2010].

Femerling, G. & Bækmann Jeppesen, B., 2011. *PDA i hjemmesygeplejen - projekt på 2. år af "Master i Informationsteknologi med speciale i Sundhedsinformatik"*. 2. års projekt. Aalborg: AAU Aalborg Universitet.

Gugerty, B. et al., May 2007. *www.mbon.org*. [Online] Available at: http://www.mbon.org/commission2/documenation_challenges.pdf [Accessed 14 November 2011].

Glasper, E.A., 2011. *www.academia.edu*. [Online] Available at: <http://soton.academia.edu/EdwardAlanglasper/Blog/18381/The-importance-of-record-keeping-> [Accessed 14 November 2011].

Illeris, K., 2001. *Læring - aktuel i spændingsfeltet mellem Piaget, Freud og Marx*. 1st ed. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.

- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2007. *Kommunalreformen - kort fortalt*. [Online] Indenrigs- og Sundhedsministeriet Available at: http://www.sm.dk/data/Lists/Publikationer/Attachments/271/kommunalreformen_kort_fortalt.pdf [Accessed 20 September 2011].
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010. *Sundhedsloven - LBK nr 913 af 13/07/2010 Gældende*. [Online] Available at: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=130455> [Accessed 24 October 2010].
- Harboe, T., 2010. *Metode og projektskrivning - en introduktion*. 1st ed. Frederiksborg: Samfundslitteratur.
- Harr(DSR), E., 2006. *Politisk kamp om journalføringspligt*. [Online] Available at: http://www.dsr.dk/dsr/nl_vis.asp?intType=5&NLID=151&id=4087943 [Accessed 24 October 2010].
- Johansen, K., 2002. *Basal sundhedvidenskabelig statistik*. 1st ed. København, Danmark: Munksgaard.
- Kvale, S.B.S., 2009. *Interview - Introduktion til et håndværk*. 2nd ed. København: Hans Reitzels Forlag.
- Keenan, G.M., Yakel, E., Tschannen, D. & Mandeville, M., 2008. Documentation and the Nurse Care Planning Process - kap. 49. In R.G. Hughes, ed. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. USA: Rockville (MD): <http://www.ahrq.gov/QUAL/nursesdbk/>. p.kap. 49.
- KL og Sundhedskartellet-1, 2011. *Fremtidens hjemmesygepleje - statusrapport*. [Online] Dansk Sygeplejeråd Available at: http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_47759/ImageVaultHandler.aspx [Accessed 16 september 2011]. kan også hentes via DSR.dk.
- KL og Sundhedskartellet-2, 2011. *Fremtidens hjemmesygepleje - udfordringsrapport*. [Online] Dansk Sygeplejeråd Available at: http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_47760/ImageVaultHandler.aspx [Accessed 14 September 2011]. kan også downloades via DSR.dk.
- KL-1, 2010. *Nye ældre, nye muligheder*. [Online] Kommuneforlaget A/S Available at: http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_45191/ImageVaultHandler.aspx [Accessed 20 September 2011].
- KL, 2008. *Dokumentation af de kommunale forebyggelsesopgaver - en pragmatisk tilgang si. 6*. [Online] Kommuneinformation Available at: http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_34270/scope_0/ImageVaultHandler.aspx.
- KL, 2010. *Hjemmesygeplejen dokumentation og styring*. [Online] KL Available at: http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_46152/ImageVaultHandler.aspx [Accessed 16 September 2011].
- KL, 2011. *www.kl.dk*. [Online] Available at: http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_49877/ImageVaultHandler.aspx [Accessed 25 maj 2012].
- KL-2, 2011. *Projektskitse Partnerskabsprojekt*. [Online] Available at: http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_47106/ImageVaultHandler.aspx [Accessed 2 Oktober 2011].
- KL-1, 2011. *Partnerskabsprojektet*. [Online] Available at: http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_46152/ImageVaultHandler.aspx [Accessed 2 oktober 2011].
- KL-3, 2011. *Præsentation af Fælles sprog II, version 2/Resultaterne af projekt "Den fælles plan" (Fællessprog III)*. [Online] KL (1.0) Available at: http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_48740/scope_0/ImageVaultHandler.aspx [Accessed oktober 2011].
- KL-4, 2011. *Fælleskommunal digitaliseringsstrategi*. [Online] KL Available at: <http://www.kl.dk/digitalstrategi>. si. 82.
- KL-Mette Vinther Poulsen, 2009. *Manual til TESTversionen af Fælles Sprog II version 2 (FSIIv.2)*. [Online] (0.1) Available at: http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_39156/ImageVaultHandler.aspx [Accessed 7 January 2011].
- Kristensen, P.E., 2010. *Ny registrering af ydelser til hjemmesygepleje*. [Online] Available at: <http://www.kl.dk/Sundhed/Artikler/78340/2010/12/Ny-registrering-af-ydelser-til-hjemmesygepleje/> [Accessed 26 September 2011].

Kristiansen, S.K.H.K., 1999, ss 72, 99-111 og 139-140. *Deltagende Observation*. 1st ed. København: Hans Reitzels Forlag.

Kristiansen, S.K.H.K., 1999. *Deltagende Observation*. 1st ed. København: Hans Reitzels Forlag.

Luhmann, N., 1984. *Soziale Systeme*. 1993rd ed. Frankfurt am Main: Munksgaard.

Nøhr, C., 2010. Sociotekniske studier kan skaffe indsigt i komplekse arbejdsgange. *Ugeskrift for Læger*, 8. marts. pp.787-90.

Marselisborg Centret, Aarhus, 2005. *ICF - den danske vejledning og eksempler fra praksis*. [Online] Available at: <http://www.sst.dk/publ/publ2005/SESI/ICFvej/ICFvej.pdf> [Accessed oktober 2011].

MedCom, 2011. *Kommunestandarder*. [Online] Available at: <http://medcom.dk/wm111794> [Accessed 17 Oktober 2011].

Medcom, 2011. *Medcom*. [Online] Available at: www.medcom.dk [Accessed 17 Oktober 2011].

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2005. *Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser - VEJ nr 9229 af 29/04/2005 Gældende*. [Online] Available at: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10045> [Accessed 24 October 2010].

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008. *Lov om autorisation af sundhedspersoner - LBK nr 1350 af 17/12/2008 Gældende*. [Online] Available at: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=121913> [Accessed 24 October 2010].

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2007. *Bekendtgørelse om Hjemmesygepleje - BEK nr 1601 af 21/12/2007 Gældende*. [Online] Available at: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=114395> [Accessed 24 October 2010].

Moody, L.E., Slocumb, E., Berg, B. & Jackson, D., 2004. *www.providersedge.com*. [Online] Available at: http://www.providersedge.com/ehdocs/ehr_articles/EHR_Documentation_in_Nursing.pdf [Accessed 14 November 2011].

Olesen, F. & Kroustrup, J., 2007. ANT-beskrivelsen af heterogene aktør-netværk. In M. Hansteen, ed. *Introduktion til STS*. 1st ed. København, Danmark: Hans Reitzels forlag. pp.63-90.

Olsen, L. & R.O., 2004. *Evalueringsparadigmer og deres kendetegn*.

Rath (DSR), M.B., 2008. *Dokumentation blandt sygeplejersker*. Analyse. DSR.

Regionerne, R.o., 2010. *Aftale om regionernes økonomi for 2011*. [Online] Available at: <http://www.im.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2010/Juni/~media/Filer%20-%20dokumenter/Oekonomiaftale2011/Oekonomiaftale2010.ashx> [Accessed 12 oktober 2011].

Riis, O., 2005. *Samfundsvidenskab i Praksis*. 1st ed. København: Hans Reitzels Forlag.

Scott, K., 2002. *Introduktion til UML*. 1st ed. Valby: IDG Forlag.

Vinge, S.(., 2007. *Kortlægning af hjemmesygeplejen*. [Online] Available at: http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_34202/ImageVaultHandler.aspx [Accessed 20 september 2011].

Vinge, S.(., 2011. *IT, koordinerede patientforløb og afbureaukratisering – er der en sammenhæng?* [Online] Available at: http://www.tekno.dk/pdf/projekter/p10_fremtidenssundhed/p10_Fremtidenssundhed_Sidse_Vinge.pdf [Accessed 9 oktober 2011].

Vinge, S. & Kilsmark, J., 2009. *Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling*. [Online] DSI Available at: http://www.regionmidtjylland.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/Regionalt%20Sundhedssamarbejde/SAMARBEJDE%20MED%20KOMMUNERNE/Indlæggelse%20og%20udskrivning/Fra%20opgaveglidning%20til%20opgaveoverdragelse/Hjemmesygeplejens_opgaver_i_udvikling_Rapport.pdf [Accessed 24 september 2011].

Vogelbein, N.(., 2010. *Sygeplejersken som nøglespiller*. [Online] DSR Available at: http://www2.dsr.dk/dsr/upload/articles/pdf_article4101636.pdf [Accessed 20 september 2011].

13 BILAG

13.1 Spørgeskema til samtlige kommuner (elektronisk)

Hvor mange sygeplejersker er der ansat i kommunen?

Under 100	55	81%
Mellem 100-200	10	15%
Mellem 200-300	1	1%
Mellem 300-400	2	3%
Over 400	0	0%

Procenter er beregnet i forhold til 68 besvarelser. Alle deltagere har besvaret spørgsmålet.

Undervises sygeplejersker i SST's "vejledning om sygeplejefaglige optegnelser"?

Ja	45	67%
Nej	11	16%
Ved ikke	11	16%

Procenter er beregnet i forhold til 67 besvarelser. 1 har undladt at svare.

Får sygeplejersker særskilt undervisning i dokumentation i EOJ-systemet?

Ja	47	70%
Nej	20	30%
Ved ikke	0	0%

Procenter er beregnet i forhold til 67 besvarelser. 1 har undladt at svare.

Hvordan registreres lægediagnoser i jeres EOJ-system?

Afkrydsninger i forhold til alle afkrydsninger

De registreres ikke	29	31%
De registreres manuelt i fritekst-felt	18	19%
De registreres via en diagnoseklassifikation	9	9%
De registreres KUN hvis egen læge har angivet en diagnose	28	29%
De registreres automatisk via en elektronisk kommunikation, f.eks genoptræningsplan eller henvisning	9	9%
Andet	2	2%

Procenter er beregnet i forhold til i alt 95 afkrydsninger.

Bruger I sygeplejediagnoser?

Ja	7	10%
Nej	51	75%
Ved ikke	10	15%

Procenter er beregnet i forhold til 68 besvarelser. Alle deltagere har besvaret spørgsmålet.

Er der en tydelig sammenhæng mellem diagnoser (hvis de bruges), funktionsvurdering/helhedsbeskrivelse, ydelser og indsatser i jeres EOJ-system?

Ja	4	36%
Nej	2	18%
Ved ikke	5	45%

Procenter er beregnet i forhold til 11 besvarelser. 57 har undladt at svare.

Er jeres sygeplejeydelser blevet "mappet" med de 12 punkter i "Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser"?

Ja	32	47%
Nej	17	25%
Ved ikke	7	10%
Hvis ja - Hvornår? Skriv årstal	12	18%

Procenter er beregnet i forhold til 68 besvarelser. Alle deltagere har besvaret spørgsmålet.

Indberettes sygeplejeydelser automatisk til Danmarks statistik?

Ja	36	53%
Nej	16	24%
Ved ikke	8	12%
Hvis ja - Hvor længe har I indberettet - skriv måned og årstal	8	12%

Procenter er beregnet i forhold til 68 besvarelser. Alle deltagere har besvaret spørgsmålet.

Mener du/I, at indberetningerne fra jeres kommune giver et validt billede af jeres hjemmesygeplejers opgaver?

Ja	14	21%
Nej	35	51%
Ved ikke	19	28%

Procenter er beregnet i forhold til 68 besvarelser. Alle deltagere har besvaret spørgsmålet.

Arbejdes der i din kommune med at minimere dokumentationstiden?

Ja	37	54%
Nej	24	35%
Ved ikke	7	10%

Procenter er beregnet i forhold til 68 besvarelser. Alle deltagere har besvaret spørgsmålet.

Hvad er dokumentations-TID defineret som i din kommune?

Kun den tid, der bruges til at dokumentere/skrive i journalen	4	6%
Kun den tid, der bruges til både at læse og skrive i journalen	19	28%

Tiden, der bruges til både at læse og skrive i journalen samt den tid, der bruges på vejledning, rådgivning, supervision, undervisning og til at koordinere borgerforløb	15	22%	
Ved ikke	3	4%	
Er ikke defineret	23	34%	
Andet?	4	6%	

Procenter er beregnet i forhold til 68 besvarelser. Alle deltagere har besvaret spørgsmålet.

Har I lavet målinger på hjemmesygeplejens dokumentationstid?

Ja	13	31%	
Nej	24	57%	
Ved ikke	5	12%	

Procenter er beregnet i forhold til 42 besvarelser. 26 har undladt at svare.

Er det klart for medarbejderne, hvad de skal dokumentere i EOJ-systemet?

Ja	53	82%	
Nej	11	17%	
Ved ikke	1	2%	

Procenter er beregnet i forhold til 65 besvarelser. 3 har undladt at svare.

Er der ét samlet sted i jeres EOJ hvor I har en beskrivelse af borger

Ja	39	58%	
Nej	22	33%	
Ved ikke	6	9%	

Procenter er beregnet i forhold til 67 besvarelser. 1 har undladt at svare.

Bliver der dokumenteret det samme flere steder i EOJ-systemet?

Ja	32	48%	
Nej	32	48%	
Ved ikke	3	4%	

Procenter er beregnet i forhold til 67 besvarelser. 1 har undladt at svare.

Er det muligt for sygeplejerskerne i din kommune at registrere sygeplejeydelser/opgaver som følge af f.eks. tidligere udskrivelser, behandling i eget hjem el. forebyggelse af indlæggelser?

Ja	20	29%	
Nej	43	63%	
Ved ikke	5	7%	

Procenter er beregnet i forhold til 68 besvarelser. Alle deltagere har besvaret spørgsmålet.

Hvis nej: Efterspørges det af ledelsen?

Ja	27	49%	
Nej	14	25%	
Ved ikke	14	25%	

Procenter er beregnet i forhold til 55 besvarelser. 13 har undladt at svare.

Kan I ved uddelegering af sygeplejeydelser til andre faggrupper følge dem?

Ja	51	76%	
Nej	11	16%	
Ved ikke	5	7%	

Procenter er beregnet i forhold til 67 besvarelser. 1 har undladt at svare.

Er I med i KLs partnerskabsprojekt?

Ja	33	49%	
Nej	20	30%	
Ved ikke	14	21%	

Procenter er beregnet i forhold til 67 besvarelser. 1 har undladt at svare.

13.2 Spørgeskema til sygeplejersker i 5 kommuner

1. Stilling: _____ Alder: _____
2. Hvor mange år har du været i sygeplejen? _____
3. Betragter du dig selv som en erfaren computerbruger? Ja _____ Nej _____
4. Er du fortrolig med at dokumentere elektronisk? Ja _____ Nej _____
5. Dokumenterer du på papir, inden du overfører til pc? _____
– hvis ja – forklar hvorfor? _____
6. Har du adgang til PC, når du har brug for det? _____
– hvis ikke, hvornår opstår så manglen på PC? _____
7. Hvilke af følgende dokumentationssystemer bruger du i dit arbejde? (marker gerne flere svar m kryds):

Omsorgs-journal med tilhørende skemaer, blanketter m.m.	
Disponerings/planlægningssystem	
Køreliste på Håndholdte PDA'er	
Vagtplan-system	
Papirskemaer hos borger. Hvilke?	
Samarbejdsbog hos borger	
Indberetning af UTH til Patientsikkerhedsdatabase	
System til bestilling af patienttransport	
Andre former for dokumentation? Hvilke?	

8. Hvad foretrækker du at dokumentere på: Bærbar _____ stationær pc _____ PDA _____ – forklar hvorfor _____
9. Får du den fornødne undervisning og hjælp i forhold til Omsorgssystemet? _____
10. Mener du at borgerens journal altid er opdateret? _____
11. Hvis nej – forklar hvad dette kan skyldes: _____
12. Oplever du nedenstående – sæt gerne flere kryds:
 - a. Ingen ledig pc eller PDA _____
 - b. Der mangler en mus – eller der er installeret et alternativt pegeredskab _____
 - c. Pc'en fungerer ikke _____
 - d. Mange forstyrrelser _____
 - e. Andet – beskriv _____

13. Hvad synes du er allermest frustrerende når det kommer til computere og dokumentation?

14. Hvor meget tid i løbet af en arbejdsdag skønner du, at du bruger gennemsnitligt på dokumentation? _____ minutter

**15. Hvad definerer du som dokumentation? Sæt kryds
Angiv tid, du bruger i løbet af dagen på opgaverne uanset, om du har defineret dem som dokumentation eller ej.**

Opgave:	Kryds	Tid (ca)
At læse informationer/borgers plan/medicinopdateringer/advis m.v		
at skrive informationer/borgers plan/opfølgning/opdateringer m.v.		
At planlægge dagligt arbejde (disponering af besøg)		
at registrere besøg på køreliste		
at koordinere med andre kolleger		
at kommunikation elektronisk med andre samarbejdspartnere (f.eks. læge, sygehus m.v.)		
At kommunikere via telefon (kolleger, pårørende, læge, sygehus)		

16. Hvornår vil du foretrække at dokumentere følgende – sæt kryds og angiv om det er PDA el pc.

	Hos Borgeren	På Kontoret	Andet beskriv, også bemærkninger
Ændringer i tilstand			
Medicin			
Opstart af sygepleje			
Indlæggelse			
Død			
Evaluerings af indsats			
De 12 sygeplejefaglige områder			
Koordinering			
Sygeplejeplan			
Registrering af tid			
Planlægning af besøgsruter			

17. Angiv om du er enig eller uenig i nedenstående udtalelser

	Enig	Uenig
Brug af elektronisk dokumentation er mere til hjælp end en forhindring i forhold til sygepleje		
Brug af EOJ har forbedret dokumentationen		
Med tiden vil EOJ føre til forbedret behandling		
Brug af EOJ har forøget dokumentationsarbejdet for sygeplejersker og andre medarbejdere		
EOJ systemet er en mindre trussel for patientens data end papir		

Sygeplejersker bruger for meget tid på dokumentation		
--	--	--

Evt. Bemærkninger _____

18. Oplever du at dele af den dokumentation, du udfører, er unødvendig? Sæt ét kryds

Alle dele af dokumentationen er unødvendig	
Store dele af dokumentationen er unødvendig	
Visse dele af dokumentationen er unødvendig	
Få dele af dokumentationen er unødvendig	
Ingen af delene er unødvendig	

19. Hvilke dele af den dokumentation, du udfører, oplever du som unødvendig?

20. I hvilken grad oplever du, at en del af den dokumentation, du udfører, ikke bliver brugt til noget? Sæt ét kryds:

Alle dele af dokumentationen bliver ikke brugt	
Store dele af dokumentationen bliver ikke brugt	
Visse dele af dokumentationen bliver ikke brugt	
Få dele af dokumentationen bliver ikke brugt	
Ingen dele af dokumentationen bliver ikke brugt	

21. Hvilke dele af den dokumentation, du udfører, oplever du ikke bliver brugt til noget?

22. Oplever du at en del af den dokumentation, du udfører, har karakter af dobbeltdokumentation? Ja _____ Nej _____ Beskriv hvad:

23. Er den dokumentation du udfører vigtig for patientsikkerheden? (Marker kun ét svar):

Alle dele af dokumentationen er vigtig for patientsikkerheden	
Store dele af dokumentationen er vigtig for patientsikkerheden	
Visse dele af dokumentationen er vigtig for patientsikkerheden	
Få dele af dokumentationen er vigtig for patientsikkerheden	
Ingen dele af dokumentationen er vigtig for patientsikkerheden	

24. Hvilke dele af den dokumentation du udfører, er ikke nødvendig for patientsikkerheden? (f.eks.

andre systemer som i sp.9, dele af journalen, som er dobbelt, kun ledelsesinformation, andet)

25. Hvor tit oplever du, at dokumentation tager tid fra plejen af patienterne?

Altid ____ Ofte ____ Sommetider ____ Sjældent ____ Aldrig ____

26. Når du udfører dokumentation, hvad er så vigtigst: (Sæt tal på, hvor 1 er det vigtigste - prioriter)

	Prioriter ved tal fra 1-8, hvor 1 er vigtigst for dig .	Prioriter ved tal fra 1-8, hvor 1 er vigtigst for ledelsen .
at sikre patienten (patientsikkerhed)		
at ledelsen stiller krav om information		
at der skal indberettes data til nationale kliniske databaser		
at vise, hvad du laver		
at leve op til lovgivningens krav om dokumentation		
at opdatere kolleger/andre samarbejdspartnere om borgers tilstand		
at lave en skriftlig plan for patienten og følge op		
at undgå klagesager		

Tak fordi du gav dig tid til at besvare spørgeskemaet ☺

13.3 Fokusgruppeinterview guide

1. Erfaring med sygeplejen/hjemmesygeplejen, dokumentation i EOJ, PC?
2. Hvordan indgår dokumentation i det daglige arbejde? Hvor? Hvornår? Hvilke systemer? Foregår dokumentation i flere systemer? På papir? Hvad dokumenteres? Uddyb svarene (hvordan kan det være?)
3. På hvilke arbejdsredskaber? (hvorfor/hvorfor ikke?)
4. Har I mulighed for at komme til at dokumentere, når der er brug for det ?
5. Får I den fornødne undervisning og hjælp i forhold til dokumentation i EOJ/disponering?
6. Dokumenterer alle faggrupper i samme system? Samme steder? Vurderer I, at den tværfaglige dokumentation er hensigtsmæssig? Uddyb?
7. Hvem har ansvaret for, at dokumentationen er opdateret?
8. Vurderer I, at dokumentationen altid er opdateret? Hvilke barrierer synes I der er for at sygeplejersker kan opdatere EOJ effektivt?
9. Hvorfor dokumenterer I?
10. Hvordan definerer I ordet ”dokumentation” – hvad indeholder det for jer?
 - At læse informationer/borgers plan/medicinopdateringer/advis m.v
 - at skrive informationer/borgers plan/opfølgning/opdateringer m.v.
 - At planlægge dagligt arbejde (disponering af besøg)
 - at registrere besøg på køreliste
 - at koordinere med andre kolleger
 - at kommunikere med andre samarbejdspartnere (f.eks. læge, sygehus m.v.)
11. Hvor meget tid i løbet af en arbejdsdag skønner I, at I bruger gennemsnitligt på dokumentation? Er det inkl. Koordinering og planlægning?
12. Mener I, at sygeplejersker bruger for meget tid på dokumentation? Er dokumentationen nødvendig? Har EOJ og disponering øget dokumentationsarbejdet? Er det vigtigt? Går det ud over de daglige sygeplejeopgaver?
13. Oplever I at dele af den dokumentation, I udfører, er unødvendig? Forklar/udbyd
14. Oplever I, at dokumentationen ikke bliver brugt til noget? Hvad og hvorfor?
15. Oplever I, at der udføres dobbeltdokumentation/skriver det samme flere steder? Beskriv hvad:
16. Er den dokumentation I udfører vigtig for patientsikkerheden?
17. Hvilke dele af den dokumentation I udfører, er ikke nødvendig for patientsikkerheden
18. Hvor tit oplever I, at dokumentation tager tid fra plejen af patienterne?
19. Når I udfører dokumentation, tænker I så på:
 - at ledelsen stiller krav om information
 - at der skal indberettes data til nationale kliniske databaser
 - at vise, hvad du laver
 - at leve op til lovgivningens krav om dokumentation/embedslæge
 - at opdatere kolleger/andre samarbejdspartnere om borgers tilstand
 - at lave en skriftlig plan for patienten og følge op
 - at undgå klagesager
 - at borger skal kunne læse det
20. Andre tanker om dokumentation? Frit fra leveren.

13.4 Analyse af to uafhængige stikprøver (uparrede)

Analyse af to uafhængige stikprøver (uparrede) (Johansen, 2002)

Den uparrede t-test anvendes når observationerne ikke er parrede. Der vil ofte være forskellige antal i de to grupper. Beregningen afhænger af om der kan antages at være samme varians eller ej i de to grupper.

For at lave parametriske hypotesetests kræves, at data er mulige at sætte op i **intervalskala**, hvorved mean, spredning osv. kan udregnes. Det antages at data fra samplingen er normalfordelte, da populationen antages at være normalfordelt. Jo større stikprøve, jo mere vil gennemsnittet være normalfordelt – Johansen siger, at der skal være over 15 målinger = $n > 15$. Her er $n = 17$ og 27 .

En hypotesetest hvor et signifikansniveau på 95% anvendes for at kunne fastslå, om der er forskel: Først udregnes gennemsnit og spredning for de to samples:

$$\text{Gruppe 1 (n}_1\text{): Gennemsnit} = \bar{x} = \frac{\sum x_i}{n} = 1845/17 = 108,5 \text{ og } SD_1 = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{n-1}} = 44,8$$

$$\text{Gruppe 2 (n}_2\text{): Gennemsnit} = \bar{x} = \frac{\sum x_i}{n} = 3990/27 = 148,1 \text{ og } SD_2 = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{n-1}} = 62,4$$

Der er en forskel i middelværdien på 17,6. For at teste, om der er varianshomogenitet, og om der er tale om t-fordeling, laves en test af dette

Varians σ^2 - et mål for elementernes variation omkring middelværdien = $SD * SD = SD^2$

F-test (test for varianshomogenitet): $\frac{SD_2^2}{SD_1^2} = \mathbf{1,95}$ (den største divideres m. den mindste værdi)

Tabelværdien (tabel 4 i (Johansen, 2002)) findes for $(n_1-1) = 16$ og $(n_2-1) = 26 = \mathbf{2,1}$, og da $1,95 < 2,1$, vil der være varianshomogenitet. Hvis F er $>$ tabelværdien, er varianserne forskellige.

NULL-hypotesen (H_0) siger at “der er ingen forskel i tiden”, hvilket vil svare til en forskel på 0 i middelværdi.

Mod hypotesen (H_1) siger “der er forskel på tiden”

Da ovenstående er en uparret t-test (tilfældigt udtagne stikprøver, som ikke er parrede – ikke samme sygeplejersker), skal der udregnes en **fælles SD og SE**, og da der er varianshomogenitet, benyttes denne formel:

$$SD = \sqrt{\frac{(n_1-1)SD_1^2 + (n_2-1)SD_2^2}{n_1+n_2-2}} \text{ og } = SD \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}$$

$$SD = \text{kvadratroden af } ((17-1) * 44,8^2 + (27-1) * 62,4^2) / (27+17-2) \\ = \text{kvadratroden af } (32,11 + 101,23) / 42 = \text{kvadratroden af } 3,17 = 1,78$$

$$SE = 1,78 * \text{kvadratroden af } (1/27 + 1/17) = 0,56$$

$$\mathbf{t \text{ kan nu beregnes med } t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{SE}}$$

$$t = (62,4 - 44,8) / 0,56 = 31,43$$

Nu kan tabel 3 bruges med 42 frihedsgrader (Johansen, 2002). Hvis den tabellerede værdi i tabel 3 (altså det tal, der står i tabellen) er lavere end den udregnede t-værdi, betyder, at der ER signifikant forskel. Her er den tabellerede værdi for 5% 2,02, som jo altså er en del lavere end t-værdien, hvilket vil sige at sandsynligheden for, at værdierne er indenfor 95 % signifikansområdet er $p < 0,05$ – den er endda helt udenfor 99,5 % området

13.5 Observationsskema-guide

13.5.1 Observation A kommune

OBSERVATIONSSKEMA –januar 2012- A Kommune:

Der skal observeres, hvad, hvornår og hvor meget tid, sygeplejersken bruger på interaktion med et system eller et dokumentationsredskab, både læse og skrive, og hvilket system/dokumentationsredskab samt tid til koordinering.

Kronologisk observation

Rød= EOJ

Blå= Andre artefakter

Grøn = Disponering

Lilla = samtale face to face

	Tidspunkt	System	Andet artefakt?	Hvad? (beskrivelse af, hvad opgaven går ud på)	Hvor? (borger, kontor m.v.)	Læser	Skriver	Koordinerer m. hvem og hvordan?	Planlægning	Samlet Tid (koord + dok-læs(skr))(min)
1	7-7.30	EOJ		Tjekker avis – printer relevante avis ud – videresender avis. Papirkøreliste udleveres af disponent Medicinskemaer til dagens besøg printet ud dagen før. Medicin hentes til at bringe ud.	Kontor	15 min	6 min.	5 min Disponent Kolleger	4 min	30
2	7.30-7.40		Bil	Kørsel til område – 10 min	Bil					
3	7.40		Insulin-prikkeskema i sundhedsboks og	1. besøg: Insulingivning	Borger	¼	2 min			2 ¼
4	7.50	EOJ	Insulin – prikkeskema i sundhedsboks og Fokusområde vedr. sår printet ud og medbragt – ligger i sårboks.	2. besøg - Insulingivning - sårpleje	Borger	¼	2 min			2 ¼
5	8.05			3. besøg Hudpleje						÷
6	8.15			4. besøg Medicingivning – nykonstateret dement borger, som skal vurderes						÷
7	8.30	EOJ	Papirkøreliste bruges som huskeseddel – 2 af lægerne har lovet at ringe tilbage senere. Ekstra	Kontor i byen (ingen kørsel) Journal åbnes Tlf. opkald til forskellige 4 læger om forskellige borger samt 1 hjælper og 1 borger: - Anbefaling af lægevurdering af depressiv borger, - Medicinvurdering efter aftale m. læge – læge træffes ikke –vil ringe	Kontor	5 min Der hentes oplysninger i EOJ under tlf.	3 min.	20 min tlf. . kontakt til læger inkl. ventetid 3½ 2 min tlf. m. kollega 7 min		37

			besøg hos borger. Telefon	tilbage 3. Svar på urinprøve p.g.a. mistanke om cystit – urinprøve er afleveret af hjælper hos læge dagen før – lægehus mener ikke at have fået den. 4. Tlf. opkald fra hjælper, som er bekymret for borger, der er meget nedtrykt. 5. Tlf. opkald til borger, herefter 6. Tlf. Opkald til læge, som har ferie. Fysioterapeut kommer forbi – koordinering af forløb hos borger efter fald.		Opkald.		snak med fys.		
8	9.07		Telefon	5. besøg (ekstra besøg) - Tryghedsbesøg hos nedtrykt - Lægeopkald til lægevikar – får sekr, som vil få læge til at ringe tilbage.	Borger			5 ½ min tlf. - læge		5 ½
9	9.30		Tlf.	6. besøg - Sårpleje (kompliceret) - Tlf. afbryder 1.gang-læge - Tlf. afbryder 2.gang-læge	Borger			9 ½ min tlf. - læge		9 ½
10	10.00	EOJ	Tlf. Papirkøreliste	Kontor i byen – aftalt med en læge vikar at ringe tilbage, når journal er åben – læse medicinoplysninger. Tlf. Opkald til læge (forgæves) Tlf. opkald til disponert om ekstra besøg næste dag. Dokumenterer i journal vedr. 5. besøg – henter medicinboks til aflåsning af medicin hos borger. Noterer medicin til senere snak med læge.	Kontor	6 ½	5 min	7 min – tlf. læge 2 min – tlf. disponert		20 ½
11	10.30		Udprintet medicinsk ema i sundhedsb og Papirkøreliste	7. besøg Medicindosering Noterer på køreliste, hvad der mangler af medicin.	Borger	6 min	2 ½			8 ½
12	10.45			8. besøg – ikke med p.g.a. blufærdig ung mand.						
13	10.51		Tlf.	Kollega ringer op – der ringes herefter til anden kollega – koordination.	Udenfor			2 ½ min		2 ½
14	11.00		Udprintet medicinsk ema samt dosispakket medicin	9. besøg (ekstra besøg) Efterdosering efter snak m. læge – nødt til at hælde dosispakket medicin i æsker p.g.a. ekstra medicinkur.			5 min	2 min		7
15	11.15		Insulinprikkeskema	10. besøg - Insulingivning - Tlf. afbryder - læge		¼	2 min	5 min		7 ¼

16	11.30		Udprintet medicinsk ema	11. besøg (Ekstra besøg af b 5) • Efterdosering efter snak m. læge – øgning i medicin • Snak om plan	Borger	2 min				2
17	11.40		Bil	Kørsel tilbage til udgangspunkt – 10 min.						
18	11.55			Koordinering med planlægger mens mad varmes	Kontor				2 min – koordination m. planlægger	2
19	12 – 12.30			Frokost	Frokosts tue					
20	12.30		SF36 – spørgeskema (papir) – SF(senior fitness) Spørgeguide baseret på Virginia Henderson (papir)	12. besøg • Forløbskoordination (projekt) – vurdering af borgers helhedssituation, behov for hjælp, sygepleje, medicinadm – borger har ikke udfyldt SF36 på forhånd (har svært ved at forstå spørgsmålene).	Borger	10 min	15 min			25 min
21	13.30	EOJ	Papirer i mappe (projekt) Tlf. Sedler m farvekode efter vagthold til planlægger	Dokumentation af 12. Besøg • Fokusområde (Stemningsleje og adfærd) – langt samlet notat i evaluering. • Kopierer notatet i advis og sender til spl. og hjemmehjælp Koordinerer m planlægger SF36 og andre papirer gemmes i mappe. Her registreres nyt projektopfølgingsbesøg om 1 år. • Tlf. afbryder- nødkald fra borger – koordinerer m. hjælper. • Færdigregistrering af 12. Besøg – udfylder seddel til disponent om ekstra besøg, der skal i planen.	Kontor	5 min	16 min 2 min 6 min	5 min – snak m. kolleger, der normalt har borger. 3 min – tlf. – kollega	2 min – planlægger 1 min. ¼ min	40 ¼
22	14.15	EOJ	Tlf.	Dokumentation af nogle af dagens besøg: 1. Første lægekontakt beskrives i fokusområde (handling) – kopierer dette i advis og sender til sygepleje. 2. 11. Besøg og lægekontakt dokumenteres i 3 fokusområder (evaluering) Tlf. opkald forstyrrer – koordinering af medicinboks v. dement m. aftenvagt. 3. 4. Besøg samt koordinering og beslutning om med.boks – evaluering af 3 fokusområder – kopierer i advis – sendes til kolleger + aftenvagt + visitator – skal visiteres			32¾ min	2 min – tlf. kollega ¼ min		40

				til ekstra besøg til medicinudleveringx3. 4. 5. Besøg samt lægekontakt og opfølgning i nyt fokusområde (stemningsleje og adfærd) – nyt delproblem – handling – evaluering – kopieres i advis og sendes til spl, som skal følge op i ugen efter. Udfylder seddel til disponent. Aftenspl kommer forbi for at få medicinboks – kort snak om borger.				5 min			
22	14.55	Dispo nering		Planlægger er gået hjem • planlægning af ét besøg • efterregistrering af 2 ekstra besøg.					5 min	5 min	
23	15.00			DAGENS ARBEJDE SLUT							
Samlet tid (læg tid sammen i følgende kolonner) i EOJ og andre elektroniske systemer						31 ½	72 ½	Tlf.	Face -to face	5	4 t 5 ½min
Samlet tid (læg tid sammen i følgende kolonner) – andre artefakter						18¾	28 ½	56 ½	31 ¾	8 ½	
Samlet tid hos borger						4 t. 10 min					
Samlet tid til transport						23 min					
Samlet tid på kontor						3 t. 7 min					
Pause						30 min					
Samlet tid til koordinering ud af ovenstående 8 t,						1t 28 min					

Bemærkninger:

- A opdelt i 3 distrikter – dette distrikt består af 9 områder, hvor der dagligt er en sygeplejerske til hvert område.
- Kontorplads med pc til hvert område + til disponenten
- En sygeplejerske udover de 9 er afsat til at disponere for alle – laver ruteplanlægning og godkender dagens plan (fuld tid)
- Sundhedsbog forefindes i alle borgeres hjem – mest til hjemmeplejen – spl. Har medicinskema og insulinskema i disse.
- Sygeplejersker bruger ikke PDA – har heller ikke andet mobilt IT-udstyr – alm. mobiltlf til hvert område.
- Sygeplejersker får dagligt udprintet papirkøreliste af disponenten (morgen)
- Sygeplejerske, jeg følger, er uddannet forløbskoordinator (projektforløb) – der er afsat en time til hvert besøg og en time til dokumentation/registrering.

13.5.2 Observation i B kommune

OBSERVATIONSSKEMA – Januar 2012- B Kommune:

Der skal observeres, hvad, hvornår og hvor meget tid, sygeplejersken bruger på interaktion med et system eller et dokumentationsredskab, både læse og skrive, og hvilket system/dokumentationsredskab samt tid til koordinering. Kronologisk observation.

Rød= EOJ

Blå= Andre artefakter

Grøn = Disponering

Lilla = samtale face to face

	Tidspunkt	System	Andet artefakt?	Hvad? (beskrivelse af, hvad opgaven går ud på)	Hvor? (borger, kontor m.v.)	Læser	Skriver	Koordinerer m. hvem og hvordan?	Planlægning	Samlet Tid (koord + dok-læs(skr) (min))
1	7.20-7.22		Telefon	Taler med hustru til terminal borger som er udskr. dagen før, og som har smerter	Kontor			5,0		
2	7.22-7.25	EOJ		Læser i EOJ hvad der er evt. er sket i aften natte vagten	Kontor	2,0				
3	7.25-7.30		Kollega	Aftaler med kollega hvem der kan tage andre opgaver pga. det akut opståede besøg hos terminal borger	Kontor			5,0		
4	7.30-7.35		Papirkøreliste og print af kalenderplan	Henter udprintet køreliste og udskrift af kalenderplan som ligger klar	Kontor				1,0	
5	7.40-7.50		Kørsel til borger	1. besøg – kørsel i bil 10,0 min	Bil					
6	7.50-8.40		Medicinskema Telefon	1. besøg • Anlæggelse af subkutan kanyle • Medicingivning Der er givet medicin med hjem fra hospitalet samt medicinskema Opringning til Ergo om toiletstol (ingen svar) – forsøger Visitation – også uden held	Borger	2,5	2,0	4,0		
7	8.40-8.50		Kørsel fra borger til sygeplejeklinik 10,0							
	8.50-9.00	EOJ	Telefon	- Dokumentation i EOJ med oprettelse af medicinskema på netop besøgt terminale borger - Opringning til hospitalet mhp afklarende medicin spørgsmål	Sygeplejeklinik		11,0	4,55 tlf. samtale med hospital om medicin		

	Tidspunkt	System	Andet artefakt?	Hvad? (beskrivelse af, hvad opgaven går ud på)	Hvor? (borger, kontor m.v.)	Læser	Skriver	Koordinerer m. hvem og hvordan?	Planlægning	Samlet Tid (koordinat + dokumentation) (min)
9	9.00-9.01	EOJ		Læse om borger som kommer til sårpleje	Sygeplejeklinik	0,40				
10	09.01-9.10		Disponering	2. besøg Sårpleje – skinnebessår efter fald – renses og skiftes	Sygeplejeklinik		2,40			
11	09.10-09.15		Telefon	Opringning til planlægger mhp overdragelse af opgaver pga. den terminale borger, som skal besøges igen Opringning til terapeuter mhp toiletstol til terminal borger	Sygeplejeklinik			1,46 3,50		
12	09.15-09.25			Kørsel til borger 10 min	Bil					
13	09.25-09.43			3. besøg Medicering via subkutan kanyle	Borger					
14	09.45-09.50			Kørsel tilbage til sygeplejeklinik 10 min	Bil					
15	09.50-09.55		Medicinskema	Udprinte medicinskema	Sygeplejeklinik				5 min	
16	09.55-10.00			Kørsel til borger 5 min	Bil					
17	10.00-10.15		Papirkøreliste Skriver husker om sårplejere medier til næste gang	4. besøg Sårpleje med rens og skift af forbindelse	Borger		0,5			
18	10.15		Telefon	Opringning til planlægger om tilrettelse af kommende døgnbesøg hos terminale borger	Udenfor			2,0		
19	10.17-10.22			Kørsel til borger 5 min						
20	10.22-10.45		Medicinskema Køreliste	5. besøg Medicindosering inkl. plasterskift Sammenligning af nyt og gammelt medicinskema Skriver reminder om ændring af næste besøg	Borger	1,58	0,5			
21	10.45-10.50			Kørsel tilbage til kontor	Bil					
22	10.50-12.00	EOJ disponering EOJ		Dokumentation af formiddagens arbejde Dokumentation af medicering, avis til planlægger mhp flytning af besøg Sårplejeborger. Tjek af ydelse –	Kontor		8,0 1,26 4,29			1,45

	Tidspunkt	System	Andet artefakt?	Hvad? (beskrivelse af, hvad opgaven går ud på)	Hvor? (borger, kontor m.v.)	Læser	Skriver	Koordinerer m. hvem og hvordan?	Planlægning	Samlet Tid (koord + dok-læs(skr) (min))
		EOJ EOJ	Mails	mere tid – Dokumentation i fokusområde Face-to-face samtale med kollega vedr. terminale borger Dokumentation af sårpleje i klinikken Dokumentation i medicinskema – terminale borger Printer medicinskema ud Tjekker mails Pakker sårplejeartikler		4,56	1,0 9,48		5,0	
22	12.00-12.30			Frokost	Frokosts tue					
23	12.30-12.40			Kørsel til terminale borger	bil					
24	12.40-13.30		Medicinsk ema	6. besøg Medicingivning Sårskift		1,0	1,0			
25	13.30-13.40			Kørsel retur til kontor						
26	13.40-13.45			Samtale Face-to-Face om borger som skal indlægges og skal have medicin forinden				2,0		
27	13.45-15.00	EOJ	Mailsystem Internettet – Tenna online Papirlister over blebevillinger	Dokumentation – terminale borger – p.n. givning, stamark, oprettelse af sygeplejeydelser Drøftelse med planlægger face-to-face Oprettelse af fokusområde Tjekker advis 'er og skriver til visitator om borger Tjekker mails Face-to-Face samtale med planlægger om næste dag Tjekke om sårplejeartikler er parat til følgende dag Blebevilling Tjekke lister Eftersøge gammel bevillingstidspunkt i Omsorg Skrive i fokusområde - bevilling, rette ydelse og skrive		2,44 8,0 1,12 2,36	12,32 30,0 6,25 5,03	2,0 2,0	0,36	

	Tidspunkt	System	Andet artefakt?	Hvad? (beskrivelse af, hvad opgaven går ud på)	Hvor? (borger, kontor m.v.)	Læser	Skriver	Koordiner m. hvem og hvordan?	Planlægning	Samlet Tid (koord + doklæs(skr) (min))	
		Disponering	Køreliste	advis Efterregistrering af afvigende tid Rette køreliste, så besøg der er taget af kollega kan efterreg. I disponering Makulering af dagens lister			4,0 1,14				
	15.00		DAGEN ER SLUT								
Samlet tid (læg tid sammen i følgende kolonner) i EOJ og andre elektroniske systemer						28,05	86,74	Tlf.	Face-to face		2 t 8 min
Samlet tid (læg tid sammen i følgende kolonner) – andre artefakter						5,12	6,22	20½	12,½	11½	
Samlet tid hos borger						2 t. 05 min					
Samlet tid til transport						80 min					
Samlet tid på kontor						2 t. 50 min					
Pause						30 min					
Samlet tid til koordinering ud af ovenstående 8 t,						1t 28 min					

- Hjemmeplejen består af 6 distrikter. Hjemmesygeplejen har to overordnede distrikter. Sygeplejerskerne er opdelt i faglige teams
Udover at være repræsenteret i faglige team er sygeplejen inddelt i distrikter med 4-5 sygeplejersker i hvert distrikt. Her er den enkelte sygeplejerske kontaktperson for den enkelte borger, men i et teamsamarbejde med distriktsteamet
- Hver sygeplejerske har kontorplads med adgang til computer, ligesom der forefindes 8 trådløse bærbare pc'er, som sygeplejerskerne tager med ud på Borgerbesøg. Hvert distrikt har en distriktstelefon, hvor akutte opkald fra internt personale går til dagvagten. Akutte eksterne opkald samt akutte Interne opkald i aftenvagten og nattevagten går til akuttelefonen.
- Een planlægger pr. område (en i Øst og en i Vest) deltidsansat, og yderligere 5 der kan varetage disponeringsopgaven i tilfælde af ferie sygdom travhed etc.
Planlæggerens opgave er bl.a. at printe kørelister til distrikterne i alle vagter
- Ingen borgere har kommunikations bøger, da al dokumentation foregår elektronisk. Dog kan der printes instruks på ydelser og enkelte skemaer, der kan ligge i borgers hjem.
- Sygeplejersker bruger ikke PDA – men almindelig mobiltelefon.
- Sygeplejersker får dagligt udprintet papirkøreliste af disponenten
- Sygeplejerske, jeg følger, har stor erfaring både som sygeplejerske og i forhold til brug af EOJ systemet. Observationsdagen blev påvirket af en dårlig nyudskrevet terminal borger
- Der er afsat 1 time til planlægning pr. sygeplejerske og der er lagt dokumentationstid ind i hver ydelse