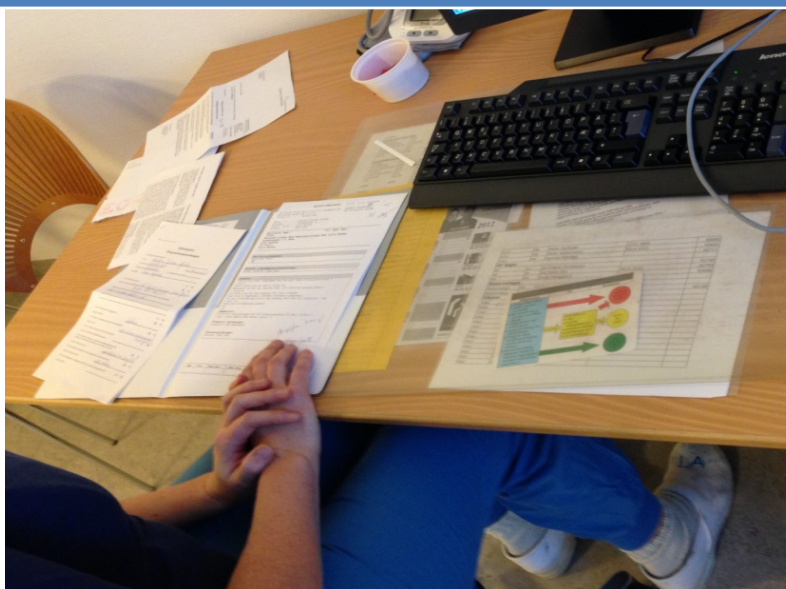


Hvilken rolle har papiret, når Region Nordjylland har en elektronisk patientjournal?



Bente Olesen

2. årgang 2013

Vejleder: John Stoltze Madsen

Master of Information
Technology In Health
Informatics, Efter- og
Videreuddannelse, Aalborg
Universitet

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Resume	5
1.0 Indledning	7
1.1 Strategier og målsætninger	7
1.2 Den elektroniske patientjournal og medicinsk arbejde – reorganisering af roller, ansvar og risici på sygehuse	11
1.3 Types of unintended consequences related to computerized provider order entry	13
2.0 Problemfelt	14
2.1 Beskrivelse af problemfelt	14
2.2 Problemstilling	20
2.3 Problemformulering	21
2.4 Afgrænsning	21
3.0 Teori og Metode	22
3.1 Grounded Theory.....	22
3.2 Aktør-netværk teori	26
4.0 Undersøgelsesteknikker.....	28
4.1 Observationsstudie	28
4.2 Kvalitativt interview	28
5.0 Empirianalyse	29
Step 1 - Udvælgelse	30
Step 2 - Kodning	31
Step 3 - Mønsterkodning.....	32
Step 4 - Konceptualisering	45
5.1 Konklusion på undersøgelsesspørgsmål 1.....	45
5.2 Konklusion på undersøgelsesspørgsmål 2.....	46
5.3 Teorigenerering	47
6.0 Konklusion	47
6.1 Konklusion	47
6.2 Afrunding	49
7.0 Refleksion over teori, metode og undersøgelsesteknikker.....	49
8.0 Perspektivering	50

Abstract.....	54
Litteraturliste.....	55
Bilag.....	57
Bilag A.....	2
Bilag B.....	8
Bilag C.....	20
Bilag D.....	22

Forord

Dette projekt er et 2.års masterprojekt udarbejdet på studiet Master of Information Technology med specialisering i Sundhedsinformatik ved Aalborg Universitet.

Temarammen er 'Sundhedsinformatik i et design og/eller implementeringsperspektiv'.

Projektet er oprindeligt opstartet af to studerende. Den ene studerende er stoppet undervejs og projektet er færdiggjort af undertegnede. Derfor forekommer termen vi/jeg flere steder i projektet.

Jeg vil gerne rette en stor tak til de læger, som først – trods travlhed – tillod, at vi observerede dem på en arbejdsdag i deres ambulatorium og efterfølgende stillede op til et interview. Jeg er klar over, at en observatør uvægerligt vil virke forstyrrende, uagtet at man forsøger at agere som en flue på væggen. Som sundhedsinformatikstuderende er det efter min mening af uvurdering værdi at have muligheden for at fundere projektarbejdet ude i virkeligheden i sundhedsvæsenet, hvor tingene sker. Det er her, den virkelige læring er. Min opfordring til klinikere i det danske sundhedsvæsen er at byde sundhedsinformatikstuderende velkommen indenfor i deres hverdag. Den læring, vi får med os, kommer i spil, når vi vender tilbage til vores arbejdspladser, hvor mange af os arbejder på at gøre tingene bedre, nemmere og hurtigere for jer.

Afslutningsvis vil jeg rette en stor tak til min vejleder, John Stoltze Madsen, for knivskarp og konstruktiv vejledning og for at være der for mig i de sidste, hektiske dage af projektskrivningen.

Bente Olesen

Resume

Indledning

I disse år er der fra Statens og Regionernes side en voldsom interesse for og fokusering på digitalisering af Det danske Sundhedsvæsen. Dette præger i høj grad det daglige arbejde på sygehusene, hvor implementeringen af elektroniske patientjournaler har højeste prioritet og hvor 'papirløs' er blevet et modeord.

Mange forskere har studeret konsekvenserne af at erstatte papirjournalen med en elektronisk journal, blandt andet Signe Svenningsen, hvis erfaringer jeg inddrager i mit projekt. Også mange udenlandske forskere har beskæftiget sig med emnet. Campbell et al. har undersøgt, hvilken brug af papir, der persisterer efter indførelsen af et rekvisitions/svar modul og påviser manglende integrationer som en årsag.

Da Region Nordjylland er meget tæt på at have opfyldt RSI-pejlemærket om ét konsolideret EPJ-landskab, fandt jeg det interessant at undersøge, hvilken brug af papir, der foregår parallelt med brugen af IT-systemerne i regionen.

Metode

For at belyse emnet, valgte jeg som undersøgelsesdesign deltagerobservation og kvalitative, semistrukturerede interviews. Data er analyseret inden for en teoretisk ramme, der omfatter aktør-netværk teori (ANT) og Grounded Theory.

Resultater

Min dataanalyse viste, at læger i et ambulatorium i Region Nordjylland i løbet af en arbejdsdag forholder sig til mange forskellige papirer. Papirets rolle er mangeartet. Det fungerer som advisering af opgaver, skaber overblik over data på en måde, som IT-systemerne ikke kan matche, foretrækkes når brugerens IT-færdigheder er mangelfulde, har en kommunikerende rolle mellem patient og læge og mellem klinikere, kompenserer for umodne IT-

systemer og manglende integration til medicoteknisk udstyr, inddrager patienten som forfatter af journalen og indtager indimellem en unik position ved at holde på data, som kun findes i en instans. Mange af lægerne havde svært ved at danne sig overblik i IT-systemerne, som de opfattede som en tidsrøver. IT-systemernes tilgængelighed er en force, mens papiret er flygtigt.

Konklusion

Efter at Region Nordjylland næsten har opfyldt RSI-pejlemærket om at have ét konsolideret EPJ-landskab, er papiret fortsat en aktør, der er dybt involveret i at holde sygehusvæsenet sammen som en stabil enhed og et uundværligt medie i det daglige arbejde for en læge i et ambulatorium.

1.0 Indledning

I Danmark har indførelsen af elektroniske patientjournaler på sygehusene stor politisk bevågenhed og både Staten og Regionerne udarbejdet strategier og målsætninger for digitalisering af Det danske Sundhedsvæsen. Disse præger i høj grad hverdagen på de danske sygehuse, idet der arbejdes hårdt og målrettet på digitaliseringsprocessen, som delvist er styret af Danske Regioner via Danske Regioners Sundheds-IT Organisation (RSI).

1.1 Strategier og målsætninger

Herunder præsenteres strategier og målsætninger, som er væsentlige for Region Nordjylland.

National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2008-2012

Den nationale strategi for digitalisering af Sundhedsvæsenet 2008-2012 rækker også ind i 2013. Strategien fastslår, at:

”Opgaver altid skal understøttes effektivt digitalt, uafhængigt af foranderlige strukturer og rammerne for opgaveudførelsen”

Strategien nævner også, at det danske sundhedsvæsen står over for store udfordringer. Det er blandt andet den demografiske udvikling, hvor der bliver flere ældre, mangel på arbejdskraft og en stigning i antal patienter med livsstilssygdomme.

Strategien har også den vision, at borgeren og patienten er et aktiv. Den viden, som borgere og patienter er i besiddelse af, skal anvendes som et aktiv i forbindelse med forebyggelse og sygdomsbehandling. Digitaliseringen skal lette den enkeltes adgang til at se og afgive egne oplysninger og vedligeholde egne helbredsdata.

Den danske sundhedssektor skal være blandt de bedste i verden til at udnytte teknologi og til at sikre høj kvalitet og produktivitet i opgaveløsningen. Dette skal blandt andet ske ved at minimere manuel indtastning af data

og give adgang til deling af data på tværs af tid og sted. Eksisterende analoge kommunikationsformer skal erstattes af digitale løsninger, hvor informationerne lettere deles og udveksles. Det gælder særligt, hvor ansvaret for patienternes videre behandling eller pleje overgår til nye aktører. Realiseringen af det fulde potentiale ved digitaliseringen forudsætter vedholdende ledelsesmæssig opmærksomhed og samarbejde mellem sundhedsvæsenets mange aktører (Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark 2007).

RSI pejlemærker 2010

Danske Regioner anser brugen af IT for afgørende i forhold til at løse det krydspres, som sundhedsvæsenet er udsat for. IT er derfor en integreret del af regionernes arbejde med hele tiden at kunne behandle flere patienter med færre hænder og færre midler på et højt kvalitetsniveau. IT kan styrke effektivitet og sammenhænge i sundhedsvæsenet – ikke i sig selv, men hvis det integreres i arbejdsgange og patientforløb (Danske Regioner 2010).

I 2010 blev der udarbejdet 24 pejlemærker for anvendelsen af IT. Efter planen skal samtlige pejlemærker være opfyldt ved udgangen af 2013. Pejlemærkerne er inddelt i fire grupper: Den kliniske IT-arbejdsplads, optimering af sygehusdrift, sammenhæng og samarbejde og patient empowerment.

Jeg vil særligt fremhæve disse tre pejlemærker fra gruppen Den kliniske IT-arbejdsplads, som skal være opfyldt ved udgangen af 2013:

- Hver region har et konsolideret EPJ-landskab (notat, medicin, rekvisition/svar, booking og PAS)
- Hver region har udbygget sit EPJ-landskab til en klinisk IT-arbejdsplads, hvorfra der er adgang til de væsentligste parakliniske informationer (RIS/PACS, mikrobiologi, klinisk/kemisk og patologi)
- Regionernes sygehuse har nem og hurtig adgang til alle væsentlige systemer fra den kliniske IT-arbejdsplads (blandt andet single sign-on)

Beretning til Statsrevisorerne om elektroniske patientjournaler på sygehusene februar 2011

I februar 2011 afgav Rigsrevisionen beretning til Statsrevisorerne om status på indførelsen af EPJ og papirløse arbejdsgange på sygehusene (Rigsrevisionen Februar 2011). Udgangspunktet for undersøgelsen er, at regionerne først har indført EPJ, når papirjournalen er afskaffet:

*”Når regionerne indfører EPJ på sygehusene, ændres arbejdsgangene fra at notere patientoplysninger i en papirjournal til at registrere dem elektronisk. Det er **Rigsrevisionens vurdering, at EPJ først er indført, når papirjournalen er afskaffet**, så patientoplysningerne registreres direkte i det elektroniske journalsystem. Det betyder ikke, at papiret som sådan helt er afskaffet, da et print af oplysningerne i systemet kan være en støtte til beslutninger, fx ved stuegang, eller når en læge drøfter en specifik patientbehandling med en kollega. Til gengæld vil afskaffelsen af en papirjournal bevirke, at alle patientoplysninger registreres i EPJ-systemet, og det vil derfor være her, at man kan danne sig et overblik over den behandling og pleje, patienten har modtaget, og få informationer om den medicin, der er ordineret, hvilke prøver der er taget mv.”.*

Rigsrevisionens undersøgelse af EPJ er afgrænset til 5 moduler – PAS-modul (stamoplysninger), notatmodulet, medicinmodulet, bookingmodulet og rekvisitions-/svarmodulet, som regionerne finder det meningsfuldt at tage udgangspunkt i, hvis EPJ skal understøtte det sundhedsfaglige arbejde.

Det er Rigsrevisionens vurdering, at der bruges unødvendige personale-ressourcer på at printe elektroniske patientoplysninger ud og på at lede efter bortkomne papirjournaler og opdatere disse og at det derfor vil øge effektiviteten, når papirjournalen erstattes af EPJ. Regionerne oplyser til Rigsrevisionen, at det er deres opfattelse, at papirjournalen automatisk vil forsvinde, når de digitale løsninger er bedre end papiret.

Rigsrevisionens opfølgning maj 2013

I maj 2013 har Rigsrevisionen fulgt op på sagen om elektroniske patientjournaler på sygehusene, som blev indledt i 2011 (Rigsrevisionen 2013).

Rigsrevisionen konstaterer i beretningen, at regionerne fortsat ikke har fastsat mål for anvendelsen af it-løsninger i det daglige arbejde, og bemærker tillige, at regionerne ikke er enige på dette punkt. Det finder Rigsrevisionen ikke tilfredsstillende.

*“Rigsrevisionen skal understrege vigtigheden af at kunne følge op på den faktiske anvendelse af it-systemerne på sygehusene, så der kan følges op på, at **unødvendige papirbaserede arbejdsgange og dobbeltarbejde reduceres**. Rigsrevisionen finder det væsentligt, at regionerne i højere grad fokuserer på, at IT-løsninger også skal implementeres organisatorisk og med ledelsesmæssig opbakning, så regionerne tillige sikrer sig, at der er effektiviseringsgevinster ved de store investeringer”.*

Region Nordjyllands IT-strategi 2014

I Region Nordjylland er der i 2011 udarbejdet en IT-strategi, som rækker ind i 2014 og som er bygget på regionens overordnede koncernstrategi. I strategien hedder det for eksempel at,

“vi skal have gode, digitale arbejdsgange, som understøtter effektiv opgaveløsning”

For at opnå størst mulig nytteværdi af allerede foretagne investeringer, er det nødvendigt, at der til stadighed er fokus på anvendelsen af eksisterende it-løsninger i regionen. Dette gælder eksempelvis i forhold til fuld udbredelse af eksisterende systemer, bedst mulig udnyttelse af eksisterende funktionalitet, sikre tilstrækkelig kompetence hos brugerne, samt sikre at IT-løsningerne understøtter sammenhængende arbejdsgange (Region Nordjylland Januar 2011).

Region Nordjylland – business case for EPJ

I Region Nordjylland tegnede man i 2006 kontrakt med CSC om levering af et EPJ-system og i den forbindelse blev der udarbejdet en business case. I business casen fremhæves det, at der for EPJ-systemet ønskes en høj, men realistisk strukturering af data. Direkte effekter er, at data er mere samlede og komplette. EPJ-systemet skal have integration til alle relevante systemer, så alle relevante kliniske data kan ses samlet (Region Nordjylland 2008).

1.2 Den elektroniske patientjournal og medicinsk arbejde – reorganisering af roller, ansvar og risici på sygehuse

I forbindelse med opstart af dette projekt, litteratursøgning og overvejelser omkring emnet stødte vi på Signe Svenningsens afhandling 'Den elektroniske patientjournal og medicinsk arbejde – reorganisering af roller, ansvar og risici på sygehuse', som vi fandt meget interessant (Svenningsen 2004).

Afhandlingen er lavet på baggrund af studier foretaget på medicinsk afdeling på Svendborg Sygehus i årene 1999 – 2002. Signe Svenningsens formål var at beskrive, hvordan elektroniske patientjournaler fungerer i praksis og hvilke organisatoriske og sundhedsfaglige konsekvenser, de medfører. Signe Svenningsen beskriver, hvad der sker med medicinsk praksis, når papirbase-rede patientjournaler skiftes ud med elektroniske. Samtidig belyses også mere generelle sammenhænge mellem informationsteknologi, arbejde og organisering.

Signe Svenningsen skriver blandt andet, at EPJ er i gang med at blive indført som en trylleformular. Ræsonnementet er, at EPJ vil fremskynde og forbedre udviklingen og håndteringen af patientdata og således skabe grundlag for mere fleksible arbejdsgange, færre fejl samt optimal behandling og omsorg for patienterne. Visionen er, at når først computere findes overalt og er forbundne, vil der opstå en virtuel motorvej, hvor information bevæger sig hurtigt på tværs af tid og rum og skaber informatiserede miljøer, hvor data kan fremskaffes på få sekunder til støtte for alle mulige beslutningsprocesser.

I afhandlingen er fire konkrete områder undersøgt i dybden, heriblandt elektroniske prøvesvar, som efter indførelsen af EPJ blev udskrevet både på papir og sendt elektronisk, altså et dobbelt bogholderi. Papirkopierne af prøvesvar blev lagt i et journalomslag og disse journalomslag omtales som de mest pålidelige beholdere af nye prøvesvar, da der kunne være flere timers forsinkelse på de elektroniske prøvesvar på grund af den måde, den elektroniske infrastruktur var sat op på.

Desuden var der ikke efter indførelsen af EPJ-systemet nogen klare aftaler mellem faggrupperne omkring en ny organisering af arbejdet. Den øgede elektroniske tilgængelighed skabte forvirring over, hvornår prøvesvar skulle tjekkes. Tidligere var det fast rutine, at svarene blev tjekket kl. 15, men nu følte mange læger sig fristet til og også forpligtet til hele tiden at tjekke nyindkomne svar, hvilket gav en mere diffus opdeling af arbejdsdagen og flere pludselige afbrydelser.

Signe Svenningsen påpeger, at hvis det dobbelte bogholderi omkring prøvesvar afskaffes, vil det betyde at den medicinske afdeling lammes i tilfælde af systemnedbrud og at papirsvaret i den situation kommer til sin ret som substitution.

En af de virkelig vigtige opdagelser i undersøgelsen er, at der er indbyggede dilemmaer i anvendelsen af EPJ og i organiseringen af aktiviteter. For eksempel for at sikre en ensartet og utvetydig registrering af data, må visse procedurer overholdes. Disse procedurer gør det imidlertid ofte svært at udføre andre opgaver, hvorfor procedurerne ofte omgås.

EPJ er ikke et stabilt, utvetydigt redskab, men en aktør, der i praksis indgår i højst forskellige forbindelser til en mængde andre aktører. Signe Svenningsen argumenterer for, at vi ikke skal tage det for givet, at EPJ-systemer –

når de er blevet implementeret og forbundet – vil løse hospitalets basale problemer. De vil løse visse problemer, lade andre problemer forblive uløste og skabe helt nye problemer (Svenningsen 2004).

1.3 Types of unintended consequences related to computerized provider order entry

I vores litteratursøgning stødte vi desuden på artiklen 'Types of Unintended Consequences Related to Computerized Provider Order Entry' af Campbell, Sittig et al., hvor de beskriver utilsigtede konsekvenser af indførelsen af et rekvisition/svar modul på fem hospitaler i USA. Vi fandt denne artikel meget interessant, da gruppen påviste, at papirarbejdsgange persisterede efter indførelsen af rekvisition/svar modulet (Campbell, Sittig et al. 2006).

Artiklen fortæller, at mange leverandører af rekvisition/svar systemer reklamerer med at sætte køberen og dennes organisation i stand til at blive papirløse. Dét at eliminere papirjournalen har åbenlyse fordele, herunder forbedret læsbarhed, samtidig adgang for flere brugere og integration til andre IT-systemer, men at man ikke må forveksle dette med at fjerne klinikernes brug af papir i deres bestræbelser på at tage vare på deres patienter. Hovedfokus må i stedet være at minimere eller eliminere afhængigheden af ineffektive, papirbaserede arbejdsgange, som obstruerer optimal pleje og behandling.

Undersøgelsen viste, at brugen af papir på de fem hospitaler, der var genstand for undersøgelsen, var lokalt tilpasset. Papiranvendelsen var specielt udtalt der, hvor rekvisition/svar moduler ikke havde integration til andre systemer, f.eks. medicinmodul. Her printede personalet for eksempel rekvisitioner ud og tastede dem ind igen i andre systemer.

"Typisk så vi sygeplejersker tage allergi-, blodtype- og medicinoplysninger ud fra det elektroniske system og manuelt skrive

oplysningerne ind på papirbaserede medicinadministrations-skemaer”.

”Vi så personalet bruge papir til midlertidig, håndskreven dataopbevaring for senere at taste disse data ind på computeren. Omvendt så vi også papiret blive brugt som en bærbar engangs-computerskærm, hvorpå der kunne skrives stikord som støtte gennem arbejdsdagen”

Papiret bruges altså som en nødvendig, ofte overlegen kognitiv hukommelsesstøtte. Ydermere forbliver papiret det mest formbare, fleksible og lettest transportable tilgængelige medie.

Campbell et al. konkluderer på emnet:

”While electronic medical record systems trend toward ‘going paperless’, health care organizations, as a whole, do not. Paper is here to stay for utilitarian, as opposed to permanent record-keeping purposes and attempts to limit its pragmatic use in health care are often misguided.”

2.0 Problemfelt

2.1 Beskrivelse af problemfelt

Region Nordjylland er som de øvrige regioner i gang med at konsolidere sit EPJ-landskab jævnfør RSI pejlemærkerne. Desuden arbejdes der på at udbygge den kliniske IT-arbejdsplads, så der med single sign-on er adgang til de væsentligste parakliniske informationer (RIS/PACS, mikrobiologi, klinisk/kemisk og patologi). Dette arbejde skal som tidligere nævnt være tilendebragt ved udgangen af 2013.

Ovenstående betragtninger vakte vores nysgerrighed og vi begyndte at interessere os for, hvordan situationen egentlig er i Region Nordjylland omkring anvendelsen af IT-systemer og brug af papir i kombination med

disse. Vi var selvfølgelig klar over, at papirjournalen¹ eksisterer den dag i dag og at regionen ikke er papirløs, men hvor meget papir er der egentlig tilbage ude i den virkelige verden? Og hvad anvendes det til?

IPJ

Allerede i 2001 via projektet 'Det digitale Nordjylland' blev der i Region Nordjylland indført en 1. generations EPJ. Det var produktet IPJ (IBM's elektroniske patientjournal), som blev taget i brug på en enkelt afdeling på Aalborg Sygehus, på medicinsk afdeling på Hobro Sygehus og på hele Frederikshavn Sygehus. I Frederikshavn har IPJ tre databaser - en medicinsk, en kirurgisk og en gynækologisk - hvilket i praksis betyder, at de forskellige afdelinger ikke umiddelbart har mulighed for se hinandens data.

Initialt indeholdt IPJ muligheden for skrivning af notater, et medicinmodul og mulighed for indtastning af forskellige værdier som blodtryk, puls og temperatur. Desuden kunne man lave rekvisitioner i IPJ, som godt nok skulle skrives ud på papir og afleveres hos rekvirerende afdeling. Disse kunne til gengæld svare på rekvisitionen, så der kom et elektronisk svar. Notatskrivningen var groft sagt 'strøm til papir', idet der ikke var nogen struktureringsgrad af betydning, men notaterne blev jo altså tilgængelige elektronisk, hvilket var et stort fremskridt.

I starten blev medicin ordineret her, men da Region Nordjylland senere indkøbte et medicinmodul, som hele regionen skulle anvende, lukkede denne del af systemet. Senere hen udgik også muligheden for at lave elektroniske rekvisitioner i IPJ, da regionen i samarbejde med en leverandør udviklede et rekvisitionsmodul.

¹ Bilag A - Journalføringsbekendtgørelsen af 2. januar 2013 definerer indholdet i en patientjournal. Data kan foreligge i både papirform og elektronisk form.

Tilbage har der i de seneste år kun været muligheden for at skrive notater og for dem, der ønskede det, at indtaste udvalgte værdier.

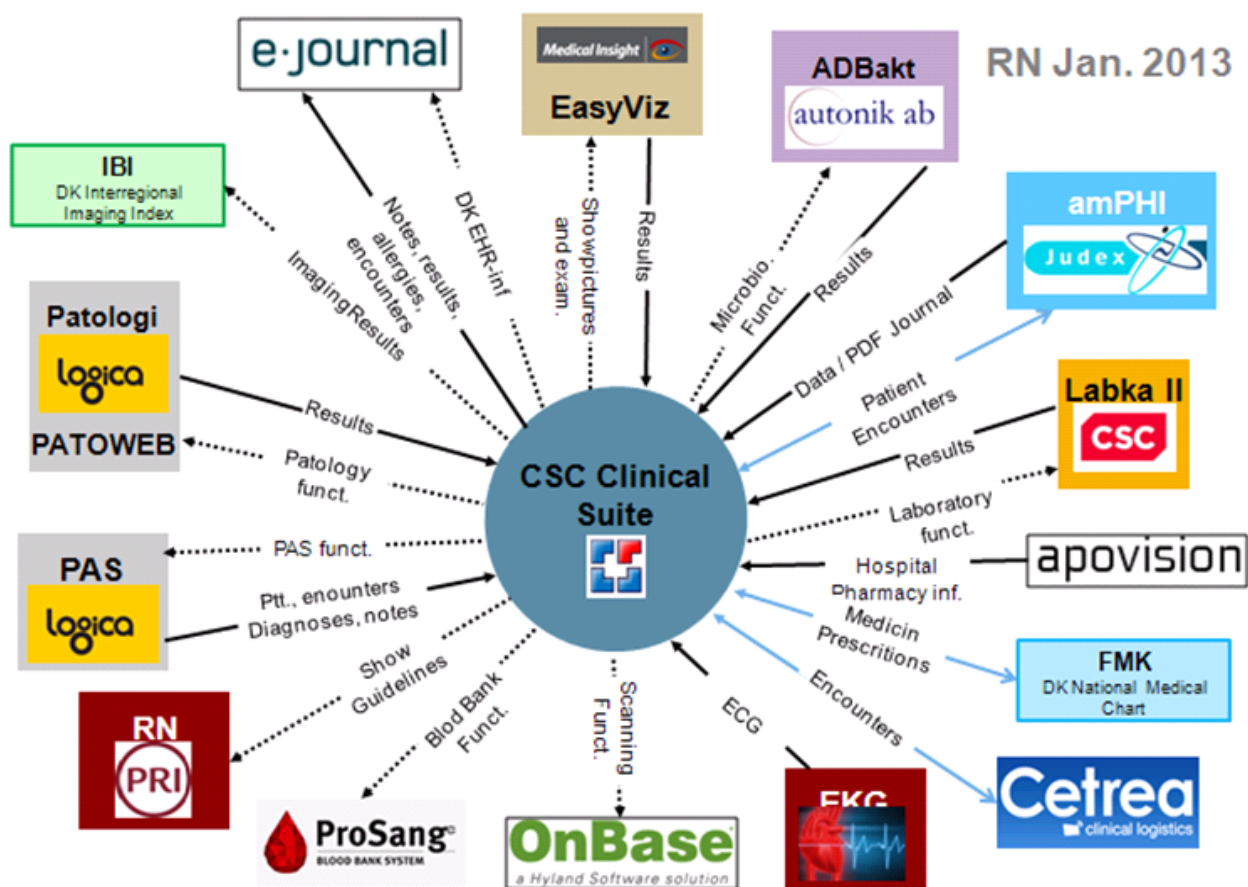
I dag er systemet under afvikling. I Hobro har IPJ været lukket siden foråret 2012 og i Frederikshavn lukker det den 3. juni 2013, alt sammen i bestræbelserne på at konsolidere EPJ-landskabet. Det er endnu uvist, hvornår systemet lukker i Aalborg, men det skal ske inden årets udgang. Således er lukningen af IPJ på en enkelt afdeling på Aalborg Universitetshospital det eneste, der udstår, for at Region Nordjylland har et konsolideret EPJ-landskab.

Øvrige EPJ'er

Også på Sygehus Thy-Mors og i Psykiatrien har man haft versioner af en EPJ, som nu er lukket i forbindelse med konsolideringsbestræbelserne. Dem vil jeg ikke komme nærmere ind på, da de er uden for scopet af denne opgave. Blot som en bibemærkning vil jeg nævne, at de to sygehuse/-sektorer ved lukningen var papirløse – ikke i den forstand, at der ikke blev anvendt papir, men at det papir, der blev anvendt, kunne skannes ind i systemet.

Clinical Suite

I 2006 skrev Region Nordjylland kontrakt med CSC om levering af et nyt EPJ-system. Det er produktet Clinical Suite. I de efterfølgende år har der fulgt en systemudviklingsfase, som ikke er tilendebragt endnu. Fra regionens side blev der lagt en strategi om, at den klinikernære journal skulle udvikles først og herefter øvrige ting som PAS-modul, afregning og indberetning. I dag er Clinical Suite taget i brug på samtlige afdelinger på regionens sygehuse som en viewer, hvor oplysninger kan læses fra. Data stammer i øjeblikket hovedsageligt fra 3. part systemer. Se figur 1.



Figur 1- Clinical Suite integrationsoverblik. Kilde: Region Nordjylland

Fra Clinical Suite er der via single sign-on adgang til medicinmodul, tværsektorielle meddelelser, laboratoriesystem, mikrobiologisystem, blodbank og WebPas (rekvisitionsmodul til bestilling af billeddiagnostiske undersøgelser og tilsyn), hvorfra data kan læses og nye undersøgelser kan rekvireres. Ligeledes er der via single sign-on adgang til patologisystem, røntgensystem, E-journal og instruksystem, hvorfra data kan læses.

Der er i Clinical Suite designet et stort antal kliniske oversigter som har til formål at give overblik – se fig. 2

Journalføring
Ambulant patient [Ikke tidsafgrænset] 20:14 < Skift vindue >

Sygeplejehandlinger - seneste 10 registreringer (10)

Udførelse startet	Søgeord	Handling	Afsluttet
02.04.2013 11:21	Koordinering	skal hjælpes	
02.04.2013 11:04	Speciel sygepleje	Skal vejes dagligt	
02.04.2013 10:58	Medinddragelse	Skal søge egen læge hver mandag	
02.04.2013 10:55	Speciel svøepleje	skal have dol. fys x 3	

Sygeplejestatus - seneste 10 registreringer (10)

Udførelse startet	Søgeord	Beskrivelse
16.01.2013 12:43	Smerter	Patienten har ondt ved såret
08.01.2013 16:53	Hud, slimhinder og andre væv	Blødning: nej
24.10.2012 12:52	Hud, slimhinder og andre væv	venflon ser fin ud, ingen rødmme eller irritation. stadig behov for væske, så venflon bibeholdes.
27.09.2012 14:26	Respiration og cirkulation	Fundet INR på 5.2

Værdier - tabel (6) [-12 uger]

Udførelse startet	TOKS score	BT	Puls	Temp.	Resp.	Iltsat.	Ilttilskud	GCS	Vægt
19.05.2013 13:16				37,4	16	98			
15.05.2013 15:24				38,6					
16.04.2013 14:41					16	98			
14.03.2013 11:08									32

EKG (3) [-1 år]

Udført	Intervention	Beskrivelse
16.01.2013 15:01	EKG, lokalt taget	Ja
16.01.2013 13:14	EKG, lokalt taget	Ja
04.06.2012 08:07	Pt-Elektrokardiografi(EKG)	Atrieflimmer. qt.. frekvens...

Radiologiske undersøgelser (60) [-1 år]

Udført	Intervention
03.05.2013	Røntgenundersøgelse af kolon
22.04.2013	CT-skanning af thorax
21.03.2013	Røntgenundersøgelse af bækken
15.03.2013	CT-skanning af nedre abdomen. inkl. bækken

Blodsukker (6) [-12 uger]

Udført	Måling	Værdi
--------	--------	-------

Blodketon (1) [-12 uger]

Udført	Måling	Værdi
--------	--------	-------

Fig. 2 – Den kliniske oversigt 'Ambulant patient'. Kilde: Region Nordjylland

Så småt har forskellige klinikergupper fået mulighed for at registrere i systemet. Sygeplejedokumentation er designet og tilgængeligt i systemet og der foregår en løbende implementering af dette. Ligeledes er muligheden for, at terapeuter kan dokumentere, under udvikling og delelementer er under implementering.

Også lægedokumentation er ved at tage form. En delmængde af dette – lægejournalføring på indlagte patienter - skal pilottestes i efteråret 2013 og herefter formentlig implementeres hurtigt herefter. Lægedokumentation går ofte hånd i hånd med lovpligtige registreringer, som lige nu nødvendigvis skal foregå i PAS-systemet for at kunne indberettes til Sundhedsstyrelsen. Så det er selve skrivningen af notaterne, der skal afprøves i Clinical Suite, kodning af diagnoser, procedurer osv. vil fortsat ske i PAS. Først når systemet er komplet og understøtter PAS-funktionalitet, afsendelse af korrespondancer, indberetning og afregning kan lægedokumentation foregå helt og fuldt i Clinical Suite.

Modul:	Produkt:
PAS	Clinical Suite
Notat	Clinical Suite
Medicin	Theriak
Booking	Nyt Bookingsystem
Rekvisition Svar	Clinical Suite

Figur 4.3.c Målbillede for Region Nordjylland

Kilde: Next puzzle

I 2010 udarbejdede konsulentfirmaet Deloitte for RSI rapporten 'Udviklingen i regionale EPJ-landskaber 2007-2010' (Next Puzzle 2010) Heraf fremgår det, at den fastlagte slut-implementeringsdato for implementering af Clinical Suite er 2013, hvorefter regionens landskaber forventes at være konsoliderede.

Her i juni 2013 kan det konstateres, at implementeringsprocessen er i gang, voldsomt forsinket og ikke afsluttes i 2013. Status på nuværende implementering kan læses ovenfor.

Region Nordjylland har opfyldt pejlemærket omkring nem og effektiv systemadgang ved at implementere ESA – Effektiv System Adgang. ESA er i stand til at huske brugerens passwords til forskellige systemer og desuden indeholder den en sessionsbevarelse. Når en kliniker logger af ESA på én PC og logger på ESA igen på en anden PC, ser han nøjagtigt de samme skærbilleder, han kom fra, og kan sømløst arbejde videre.

Det skal nævnes, at regionens brugere naturligvis arbejder med mange forskellige systemer, men jeg har valgt kun at beskrive IPJ og Clinical Suite for forenklingens skyld.

2.2 Problemstilling

Mange af de afdelinger, der tidligere har haft IPJ, har været de første til at tage Clinical Suite til sig og endnu engang været foregangsmand i digitaliseringsprocessen. På baggrund af de ting, jeg har nævnt indtil nu, besluttede jeg mig for, at mit fokus i denne opgave skulle være, hvor langt de afdelinger, der tidligere har anvendt IPJ og nu anvender Clinical Suite, er kommet i digitaliseringsprocessen – eller med omvendt fortegn, hvilke papirer er stadig i spil og med hvilke formål. Det er selvfølgelig umuligt at tale om papirets rolle uden også at tale om IT-systemer, idet de to elementer anvendes side om side i klinisk praksis og i øjeblikket er komplementære.

RSI-pejlemærket om konsolidering af regionernes EPJ-landskaber skal være tilendebragt i slutningen af 2013. I Region Nordjylland udestår kun lukning af IPJ på en enkelt afdeling på Aalborg Universitetshospital, for at regionen er mål med dette.

Signe Svenningsen påviste, at på Svendborg Sygehus persisterede papirarbejdsgange og dobbelt bogholderi, blandt andet af prøvesvar, efter indførelsen af EPJ.

Også Campbell et al. påviste, at papirarbejdsgange persisterede efter indførelse af et rekvisition/svar modul på fem hospitaler i USA, blandt andet på grund af manglende integration til andre systemer.

Ovenstående forhold skærpede min interesse for at undersøge hvilke papirer, der fortsat er i spil på de afdelinger, der er de mest digitale i Region Nordjylland, nu hvor konsolideringsbestræbelserne næsten er tilendebragt.

2.3 Problemformulering

Det førte mig frem til følgende problemformulering:

Hvad betyder opfyldelsen af RSI pejlemærket "Hver region har et konsolideret EPJ-landskab (notat, medicin, rekvisition/svar, booking, PAS)" for brugen af papir på sygehusene i Region Nordjylland?

For at konkretisere problemstillingen og gøre den operabel, har jeg valgt at opstille to undersøgelsesspørgsmål. Jeg var i sagens natur nødt til at afgrænse mig og besluttede mig derfor til at forsøge at få lov til at følge et antal læger i deres ambulatorium. Det var der flere grunde til. Dels vidste jeg, at det ville blive svært at få lov til at følge med lægerne på en sengeafdeling på grund af deres travle hverdag, dels syntes jeg, at det var mere håndterligt og mindre forstyrrende at følge med en læge i et ambulatorium, fordi jeg der nemmere kunne trække mig, hvis patienten ikke ønskede min tilstedeværelse. Mit første undersøgelsesspørgsmål blev derfor:

Hvad er papirets rolle for læger i et ambulatorium i Region Nordjylland, når de samtidig har en elektronisk patientjournal?

Da man som tidligere nævnt ikke kan tale om papirets rolle uden også at tale om IT-systemer, idet begge medier anvendes side om side i klinikken, blev mit andet undersøgelsesspørgsmål:

Hvordan opleves brugen af IT i samspil med papiret?

2.4 Afgrænsning

Region Nordjyllands systemportefølje er langt mere omfattende end de systemer, jeg har beskrevet ovenfor. Jeg har for forenklingens skyld kun valgt at nævne de systemer, der er relevante for forståelsen af projektet.

I projektet er det ikke min hensigt at vurdere IT-systemerne. Jeg ønsker kun at vurdere de udtalelser, som lægerne kommer med, hvor de beskriver, hvordan de oplever brugen af IT-systemer i samspil med papiret.

Jeg vil observere brugen af alt papir, der er i spil under konsultationerne og ikke kun afgrænse mig til de papirer, der juridisk hører hjemme i patientens journal.

3.0 Teori og Metode

3.1 Grounded Theory

Grounded theory tager sit udgangspunkt i 1967, hvor sociologerne Barney Glaser og Anselm Strauss udgav bogen 'The Discovery of Grounded Theory'. Den har sine filosofiske rødder i pragmatismen og sit teoretiske hjemsted i den symbolske interaktionisme (Guvå, Hylander et al. 2005). Ifølge pragmatismen er mennesket en del af verden og lever midt i verden. Mennesker skaffer sig viden som deltagere, ikke som tilskuere, og den menneskelige erfaring er udgangspunkt for al viden. Den symbolske interaktionisme er fortalende for, at mennesker konstruerer deres opfattelse af virkeligheden. Sociale handlinger er et resultat af individuelle refleksioner og tolkninger af det betydningsindhold, der opstår i et socialt samspil.

Grounded Theory er teorigenerering på et empirisk grundlag – at skabe begreber og teoretiske modeller ud fra egne praktiske erfaringer, der så omformuleres og revideres, efterhånden som ny viden vokser frem. Som i al anden forskning er formålet at skabe orden i det, vi opfatter som virkelighed for derved bedre at kunne forstå den, at fange kompleksiteten i den virkelighed, der ikke kan forstås eller forklares på en enkel måde. Grounded Theory er velegnet til analyse af data, som er indsamlet ved kvalitative forsknings-

metoder. Hvis teoridannelsen er velgennemført, passer teorien perfekt til de indsamlede data.

I lighed med kvalitative metoder udgår Grounded Theory fra antagelsen om, at menneskelig adfærd udformes i en sammenhæng og derfor ikke kan forstås uden for denne kontekst. Således må menneskelig adfærd studeres i naturlige situationer og ikke eksperimentelt. I Grounded Theory er formålet at begrebsliggøre generelle hændelsesforløb, ikke at beskrive enkelte menneskers oplevelser.

Glaser og Strauss' veje skiltes og sidenhen har de udviklet hver deres retning inden for Grounded Theory. Glaser anses for at repræsentere den oprindelige, klassiske version af Grounded Theory, baseret på positivismen, mens Strauss sammen med Corbin anses for at stå for en videreudvikling, der ligger tættere på et konstruktivistisk syn (Hallberg 2006).

I Glaser's oprindelige positivistiske version ses bort fra al eksisterende litteratur om det, der skal observeres. Forskeren går ind i forskningsområdet som en rensket tavle. Alt, hvad der opleves, er data. Der findes kun én virkelig virkelighed. Data har en iboende mening, der bare ligger og venter på, at forskeren skal søge efter den, hvorefter den åbenbares for hans øjne. Forskeren kan således danne en sand teori, som forklarer den virkelighed, han ser. Virkeligheden findes og den kan studeres med objektive målemetoder (Guvå, Hylander et al. 2005).

Strauss og Corbins reviderede udgave er mere pragmatisk og baseret på post-positivismen. Virkeligheden kan ikke kendes fuldt ud, men kan altid fortolkes. At analysere er at fortolke. Virkeligheden findes godt nok, men den er svær at beskrive på grund af sin kompleksitet (Strauss, Corbin 1990).

Senere har Charmaz udformet en konstruktivistisk tilgang til grounded theory. Den konstruktivistiske tilgang er en mellemting mellem positivisme og postmodernisme. Konstruktivismen antager, at der er multiple sociale virkeligheder samtidig i modsætning til den eneste 'virkelige virkelighed'. Der findes lige så mange virkeligheder, som der findes mennesker, fordi virkeligheden skabes af mennesker selv. Dette syn ophæver totalt forskellen mellem ontologien og epistemologien. For at lave kvalitativ forskning må man gå ind i den verden, man forsker i og observere og lære om den indefra. Resultatet af en konstruktiv grounded theory præsenteres ofte i narrativ form (Hallberg 2006).

Jeg hælder i denne opgave til Strauss' og Corbins konstruktivistiske Grounded Theory.

For at Grounded Theory virkelig skal blive forankret, kræves initialt en vis negligering af etablerede teorier. Men når teorien vokser frem, er det desto vigtigere, at den sammenlignes med etablerede teorier for ikke at risikere at blive et isoleret fænomen (Guvå, Hylander et al. 2005).

Grounded Theory tilbyder samtidig en metode til analyse af de indsamlede, kvalitative data. Metoden består overordnet af fire faser, som beskrives herunder.

Udvælgelse

I dette første step foregår en åben teoretisk udvælgelse, hvor forskeren går fra rådata til benævnelse af indikatorer. Der er fra starten ingen foreskrevne kategorier. Forskeren arbejder sig systematisk igennem rådata ord for ord eller sætning for sætning og udvælger sig indikatorer. Ensartede indikatorer gives samme kode og samles i kategorier. Til slut er der dannet en mængde forskellige, løsrevne begreber.

Kodning

I step 2 arbejder man sig fra sorteringsbunke til dynamiske begreber. Der sker en oversættelse fra empiriske data ved, at materialet bearbejdes til en mere og mere teoretisk form. Det er en proces, hvor der i et virvar af data skabes mening gennem at udskille begreber, mønstre og processer. Ved afslutningen af denne delproces er der opnået en mængde dynamiske begreber, som forskeren arbejder videre med i næste step.

Komparation

I step 3 søges efter indbyrdes sammenhænge i de fremkomne dynamiske begreber. Forskeren stiller sig selv spørgsmål som: Er disse udsagn/ observationer indikatorer på de samme hændelsesforløb? Hvilke hører ikke sammen, hvilke hører sammen og hvordan hører de i givet fald sammen? Ved gentagne sammenligninger får forskeren ideer om, hvordan begreberne kan samles i forskellige kategorier og der tegner sig et billede af, hvad der overordnet kendetegner de forskellige kategorier: Der tegner sig et mønster.

Konceptualisering

I step 4 sker den fokuserede kodning, hvor de fundne mønstre endnu engang sammenlignes og eventuelt aggregeres og kvalitetssikres for at være funderet i de indsamlede data for til slut at blive ophøjet til teori (Urquhart, Lehmann et al. 2010). Der kan dannes substantive teorier, som er områdespecifikke, og formelle teorier, som er generelle og kræver, at teorien er forankret i mange forskellige og indbyrdes adskilte områder (Glaser, Strauss 1967).

Både Glaser, Strauss og deres efterfølgere har anvendt termer på forskellige måder om analyseprocessen i tidlige og senere beskrivelser af Grounded Theory. Jeg anvender ovenstående termer i denne opgave.

3.2 Aktør-netværk teori

For at Grounded Theory ikke skal fremstå som et isoleret fænomen, har jeg valgt også at inddrage en etableret teori.

Aktør-netværk teori (ANT) er en socioteknisk teori, som kan bruges til at studere de forbindelser, der holder netværk sammen og de aktører, der konstituerer og samtidig konstitueres af netværk (Bruun Jensen, Lauritsen et al. 2007). ANT ophæver skarpe skel mellem mennesker og ikke-mennesker. Alle er entiteter eller aktanter, der får en selvstændig rolle i at opretholde eller udvide et netværk. ANT antager, at alt er forbundet i netværk, som er et resultat af forudgående handlinger. Frem for at undersøge teknologiens indflydelse på for eksempel organisationen, prøver man med ANT-metoden at undersøge, hvad der sker af handlinger mellem aktørerne og aktanterne.

Aktører betegner de aktive og handlende mennesker, der indgår i netværket. Aktanter er et mere neutralt begreb. Aktanter kan være papir, maskiner, systemer osv. Aktant/aktør bruges synonymt i ANT og beskriver mennesker eller ting, noget som har en rolle i netværket.

Netværk er en basal grundsten i ANT. Der er ikke noget imellem netværk og ikke noget på den anden side af netværk. Intet netværk er større end et andet, men simpelthen længere eller tættere forbundet. Alting er, hvad det er, på baggrund af de netværk, det indgår i. Det udelukker ikke muligheden for hierarkier eller målestokke, men de kan ikke fastsættes på forhånd. De opstår som et resultat af de forbindelser, der bliver etableret og mister deres betydning, når forbindelser opløses.

Bindeled er et centralt begreb, som må defineres. Bindeleddene udgør det stadig manglende led, som forbinder aktørerne i et netværk og definerer selve netværket. Aktørerne danner netværk ved at bringe bindeled i omløb imellem sig og derigennem konstitueres både aktører og netværk (Bijker 1997).

Translation eller oversættelsesprocesser er endnu et centralt begreb i ANT. Det kan opfattes som enhver form for handling, hvorigennem en aktør kommer til at fremstå som berettiget til at tale på vegne af en eller flere andre aktører, hvad enten de er mennesker eller ikke-mennesker. I begrebet ligger, at en talsperson er blevet udpeget, når en enkelt aktør får retten til at tale på vegne af andre. Talspersonens styrke er begrænset, når han taler på vegne af sig selv, men når han taler på vegne af de mange, det vil sige, når han repræsenterer andre, så er han stærk og så lyttes der. Translation er således også at skabe entydighed og orden i verden (Latour 2005)

Når der er opnået enighed, er netværket stabilt. Med andre ord betyder stabilisering eller lukning, "at den fortolkningsmæssige fleksibilitet indsnævres. Konsensus mellem forskellige relevante samfundsgrupper [eller mere bredt: aktører] om den fremherskende betydning af et artefakt går op i en højere enhed og 'artefaktets pluralisme' aftager." (Bijker 1997)

Blackbox er et andet centralt begreb i ANT. En blackbox er en del af netværket, der er stabiliseret. Den indeholder de ting, som det ikke længere er nødvendigt at overveje, som opfattes som velforstået i sammenhængen. Det vil sige ting, hvis virkning vi tager for givet og hvis indhold, vi derfor ikke behøver at beskæftige os med. En blackbox er aldrig permanent lukket, fordi ting ændrer sig og det kan afstedkomme, at blackboxen åbnes igen.

En ANT-analyse har til formål at afdække, hvordan aktør-netværk opbygges og opnår stabilitet gennem oversættelsesprocesser.

4.0 Undersøgelsesteknikker

4.1 Observationsstudie

For at belyse problemstillingen har jeg udført fire observationsstudier.²

Observation er en teknik, hvor brugerne observeres i deres eget miljø.

Teknikken består i at se, hvad brugeren gør og hvordan han gør det.

Observationsstudier gør det muligt at få informationer om det, mennesker tager for givet i en grad, så de ikke tænker på at fortælle om det (Christensen, Schmidt et al. 2007).

Når man laver observationsstudier på et sygehus, kan det være en fordel at have arbejdet på et sygehus i mange år, fordi man forstår terminologien og rutinerne, men man kan ikke udelukke, at det også kan være et grundlag for, at der er ting, man ikke fanger, fordi man er 'indspist' i hospitalsverdenen. Men man slipper for at stille personalet alt for mange opklarende spørgsmål.

Vi/jeg fik lov til at følge to læger på Sygehus Vendsyssel og to læger på Sygehus Himmerland. Ved alle fire observationsstudier gav lægen en kort introduktion til patienten om, hvem vi/jeg var og hvorfor vi var til stede. Patienten blev oplyst om vores tavshedspligt og blev spurgt, om de ønskede vores tilstedeværelse. Vi valgte selv at gå ud på gangen, når patienten skulle klædes af og undersøges, da vi følte, det var det etisk korrekte at gøre. Jeg har på eget initiativ lovet de fire læger anonymitet, hvorfor de i beskrivelserne af observationerne hedder læge 1-4.

4.2 Kvalitativt interview

Jeg har gennemført fire kvalitative, semistrukturerede interviews med de fire læger, jeg har observeret.

² Bilag B - dokumentation af observationsstudier

Det kvalitative forskningsinterview er velegnet, når forskningsformålet er at få viden om og forståelse af menneskers oplevelser, intentioner, handlinger og motiver og af den betydning, forskellige oplevelser har for det enkelte menneske (Christensen, Schmidt et al. 2007). Deltageren svarer frit med egne ord. Det semistrukturerede interview er kendetegnet ved, at undersøgeren på forhånd har fastlagt de emner, der ønskes belyst og sædvanligvis har lavet en interviewguide (Kvale 1997). Kvale anbefaler, at interviewguiden tematisk bør tage udgangspunkt i interviewundersøgelsens problemstilling og de valgte forskningsspørgsmål (Kvale 1997). Det er grunden til, at spørgsmålene i min interviewguide³ fokuserer på de konkrete papirer, jeg så anvendte. Derfra kunne jeg spørge mere ind til, hvem der brugte dem og hvordan.

Tid blev dog en aktør, jeg var nødt til at forholde mig til, idet nogle af lægerne på grund af travlhed havde svært ved at afse tid til interviewet. Det lykkedes dog at få en aftale i stand med alle, om end jeg i nogle tilfælde måtte fatte mig i korthed.

Jeg optog interviewene på min I-phone som en lydfil og transskriberede efterfølgende lydfilerne⁴ fuldt ud med fratræk af pauser og fyldord som øh, æh osv. Det vil jeg forsvare med, at transskriptionen ikke skal anvendes til en sproglig analyse, men til en meningskondensering.

Som tidligere nævnt har jeg på eget initiativ lovet dem alle anonymitet, hvorfor de i transskriptionerne af interviewene hedder læge A-D.

5.0 Empirianalyse

I dette afsnit analyserer jeg de transskriberede data fra de fire interviews ved hjælp af Grounded Theory.

³ Bilag C - Interviewguide

⁴ Bilag D - transskription af interviews

Step 1 - Udvalgelse

Ifølge Grounded Theory starter man analyseprocessen op ved at gennemgå data ord for ord eller sætning for sætning og spørger sig selv: 'Hvad handler det her om'? Når man har besluttet sig for, hvad det handler om, beskrives det ved hjælp af en label. Når man har arbejdet sig igennem alt data, undersøger man, om flere ting handler om det samme – de kan så slås sammen. Ved afslutningen af step 1 står man således tilbage med en mængde forskelligartede begreber.

Jeg har fulgt denne fremgangsmåde – dog har jeg ikke kodet ord for ord eller sætning for sætning, men for hvert afsnit. Min kodning resulterede i nedenstående begreber.

Begreber fra fase 1:

Undersøgelser, der kun foreligger på papir	Manglende integration til andre systemer
IT-systemer, som kun delvist er ibrugtaget	Interaktion med patienten
Dobbeltdokumentation	Øget tidsforbrug
Utilsigtede hændelser	Godkendelse af notater
Opfølgning på prøvesvar	Tilgængelighed
Skriftlig kommunikation med patienten	IT-færdigheder
Arbejdsseddel	Advisering
Manglende funktionalitet i EPJ	At arbejde digitalt
Overblik	Data, som patienten tilfører journalen
Papirjournalen	Manglende overblik
Manglende mulighed for sammenstilling af data	Kommunikation mellem faggrupper og personale på sygehuset
Synliggørelse	Velegnet til akutte og uforudsete

	opgaver
Manglende tillid	Hukommelsesstøtte
Farvekoder	Personafhængigt
En vanesag	Generationsafhængigt
Overdragelse af ansvaret for patientens behandling til en anden aktør	Sammenstilling af data på papir og på skærm
Substitution ved systemnedbrud	

Step 2 - Kodning

I step 2 går øvelsen ud på at finde fællesnævnerne i de ord og begreber, man har med sig fra step 1, så begreberne forankres. Der var åbenlyst ting, der kunne samles og det resulterede i 13 begreber. Herunder ses de 13 begreber og hvilke ord fra step 1, det for mig gav mening at samle.

Kodning	Begreber fra fase 1
Ressourcer	Øget tidsforbrug Dobbeltdokumentation
Advisering	Advisering Opfølgning på prøvesvar Godkendelse af notater
Digitalisering	At arbejde digitalt Tilgængelighed Manglende mulighed for sammenstilling af data på skærm
Kommunikation	Interaktion med patienten Skriftlig kommunikation med patienten Kommunikation mellem faggrupper og personale på sygehuset Velegnet til akutte og uforudsete opgaver
Data	Data som patienten tilfører journalen Utilsigtede hændelser Undersøgelser, der kun foreligger på papir Papirjournalen
Manglende IT-understøttelse	Manglende integration til andre systemer IT-systemer, som kun delvist er ibrugtaget

	Manglende funktionalitet i EPJ Substitution ved systemnedbrud
Overblik	Overblik Arbejdsseddel Sammenstilling af data på papir og på skærm
Manglende overblik	Manglende overblik
Brugens IT-færdigheder	IT-færdigheder
Tillid	Manglende tillid
Kognition	Synliggørelse Hukommelsesstøtte Farvekoder
Individualisme	Vanesag Personafhængigt Generationsafhængigt
Overdragelse	Overdragelse af ansvaret for patientens behandling til en anden aktør

Step 3 - Mønsterkodning

I step 3 ser man på, om der kan findes fællesnævnerne på tværs af begreberne, således at begreberne hele tiden bliver mere og mere abstrakte. Man er samtidig fri til at gå tilbage i kodeprocessen og omdefinere tidligere definerede begreber eller medtage nye, samtidig med at man hele tiden sikrer sig, at de nye begreber, der fremkommer, er grundfæstet i data.

I denne proces lykkedes det mig at samle de 13 begreber til syv nye. Jeg overvejede flere gange at gå tilbage i kodeprocessen og danne nye begreber, men endte med ikke at gøre det, da jeg besluttede mig for, at den nye kodning både kunne forsvares og forstås.

Herunder gennemgår jeg de syv nye begreber og nævner under hvert begreb konkrete eksempler på beskrivende udtalelser, der kom frem i interviewene. Til slut laver jeg en opsummering af hvert begreb og sammenholder fundene med ANT.

Advisering

Advisering

'Så printer de en PAS-side ud og skriver deres ærinde på den og lægger den i min bakke. Det er bare for at fortælle mig, hvem der har ringet og hvad de vil'

Opfølgning på prøvesvar

'Sekretærerne har en huskekasse og så gennemgår de journalerne efter en uge eller 14 dage, når de har hentet nye svar ud fra patologiesystemet. Svarene skal jo behandles og noteres ind i journalen som tegn på, at man har modtaget det og reageret på det.'

Godkendelse af notater

'Når sekretærerne lægger papirjournalen i vores kasse, er det ofte, fordi der er epikriser, der skal godkendes.'

Hukommelsesstøtte

'Papirjournalen bliver jo brugt som en slags huskeinstrument'

'Jeg tager bookinglisten med hjem og kontrollerer patientens blodprøver hjemmefra ... så kan jeg huske, hvem jeg har set. Der er papir og blyant stadig et udmærket arbejdsredskab.'

Dobbeltdokumentation

'Så får vi stadigvæk svar fra Labka på papir, som jeg skal signere, men der har jeg jo set dem, så det er altså dobbeltarbejde.'

'Vi fører dobbeltdokumentation på nuværende tidspunkt. Alle de prøver, blodprøver og EKG, som kan findes i den elektroniske journal, kan også findes i patientens papirjournal, så vi bogfører dem og arkiverer dem på papir også.'

Opsummering

Papiret fungerer her som en aktør i samspil med læger, sekretærer og IT-systemer ved at agere som en et løftet flag - en advisering om, at der er opgaver, der skal udføres og oplysninger, der skal huskes på. Der dannes et heterogent netværk i organisationen med det formål, at opgaver bliver taget hånd om. Som Signe Svenningsen skriver: "Opgaver og aktører smelter

sammen og arbejdsprogrammer forenes (Svenningsen 2004). Hun forklarer, at information først bliver til en aktør, der lyser op – for eksempel et vigtigt prøvesvar - når det mobiliseres på en ganske særlig måde i det konkrete netværk af personale, dokumenter, patienter og computere. Svigter blot enkelte aktører eller aktanter i dette netværk, forbliver informationen blot betydningsløse datastumper (Svenningsen 2004).

Flere af lægerne kommenterede på det dobbelte bogholderi på parakliniske svar, som foregår flere steder i regionen, hvor de altså adviseres dobbelt, hvilket betyder øget tidsforbrug.

Overblik

Overblik

'Journalomslaget giver mig et hurtigt overblik over patienten'.

'Papirjournalen er et rigtigt vigtigt redskab til at skabe et overblik, som jeg ikke helt får i Clinical Suite på samme måde'.

'Nogen gange mister man overblikket, når man har mange ting i gang på skærmen, og der nyder jeg godt af at have papirjournalen, hvor jeg kan lægge papirerne frem foran mig'.

Arbejdsseddel

'Det er nemmere at have papiret til at ligge end at finde bookinglisten frem på skærmen, fordi hvis jeg så går over og skal plotte noget ind i Clinical Suite, så forsvinder bookinglisten, for jeg kan ikke have begge to synlige samtidig.'

Sammenstilling af data på papir og på skærm

'Jeg lægger alle tingene frem foran mig og sammenholder det med, hvad vi skriver i journalen'.

Tillid

'Nogle gange er jeg bange for, at der er nogle ting, der forsvinder i det elektroniske system.'

Manglende overblik

'Der mangler et overblik i dagligdagen til at få set det hele igennem, hvorimod ligger papirerne i journalen, så giver det på en eller anden måde et overblik'.

'Det er jo rigtigt fint at få alt ind, men de små detaljer, som jeg har brug for, kan godt forsvinde i den der store detaljestorm af information, som jeg kan hente i den elektroniske journal'.

'I Clinical Suite vises notaterne i én stor pærevælling. Og så alle de ... for læger ... uvedkommende notater'.

'Det er overblikket, der mangler, hvis det hele bare ligger elektronisk'.

Manglende mulighed for sammenstilling af data på skærm

'Det er enormt frustrerende, at de forskellige åbne IT-systemer dækker for hinanden. Man kunne godt ønske sig mulighed for at have flere sider åbne på samme tid, så man kan sammenholde et patologisvar med det, en læge har skrevet. Her nyder jeg godt af at have papirjournalen'.

'... der vil jeg så være nødt til at klikke frem og tilbage for at se, hvad lægen skrev sidste gang og hvad det er, jeg har målt nu, og samtidig også have min diktafonsting fremme på skærmen, som jeg også skal have adgang til.'

Tilgængelighed

'Vi har ikke altid journalerne tilgængelige, f.eks. hvis patienten har været undersøgt i Aalborg, så har vi selvfølgelig ikke patientens papirdokumentation med, så på den baggrund kan vi kun stole på den elektroniske journal'.

'Det er jo en af de store fordele ved elektronisk patientjournal, der er tilgængeligheden og opptiden, når den ellers er 24-7'.

Utsigtede hændelser

'Det er jo uundgåeligt, at der sommetider er to ark papir, der burde være i hver sin journal, der kommer i den samme journal. Og det er jo nemt at forstå, at man kan komme til at sætte journaler forkert ind i et arkiv, hvor der er 30.000 journaler'.

Opsummering

Papiret som aktør skaber tydeligvis hurtigere og bedre overblik for klinikerne end de elektroniske systemer. Ash et al. forklarer dette med, at data fragmenteres og overblikket mistes, når klinikerne er nødt til kontinuerligt at skifte mellem forskellige skærbilleder. Ash et al. uddyber, at dette uafledelige skiften mellem forskellige skærbilleder modarbejder klinikernes evne til at opnå, opretholde og forfine deres mentale overblik over en patient. Klinikerne var usikre på, om de havde identificeret alle akutte problemstillinger, fordi dette klikken frem og tilbage gennem forskellige skærbilleder fragmenterede de kognitive 'billeder', de dannede, mens de orienterede sig om patienten (Ash, Berg et al. 2004).

Lyng og Farlie skriver, at læger har brugt hele deres arbejdsliv på at blive fortrolige med papirjournalen og har lært at anvende en række forskellige teknikker og metoder til at danne sig overblik over journalindholdet. Mange læger bruger teknikker, hvor de breder journalen ud på bordet eller sammenligner to eller flere sider. EPJ brugergrænseflader, som ikke understøtter disse teknikker, for eksempel at kunne have flere dokumenter åbne på én gang i en form, som kan sammenlignes, vil gøre, at lægerne ikke kan overføre deres indlærte adfærd til det ny medium og vil, alene af den grund, give en oplevelse af, at de har svært ved at få overblik (Lyng, Farlie 2006).

Mabeck har påvist, at papir foretrækkes, hvis et IT-system indeholder for mange informationer, der ikke er relevante eller nødvendige i forhold til patienter og pårørende. Disse informationer kommer til at virke som støj, der kan sløre de vigtige informationer (Mabeck 2009).

Marc Berg fastslår, at papirets mobilitet er en egenskab, som er værdifuld i klinisk arbejde (Berg 2001). Det er nemt at bære med sig rundt på afdelingen og det er nemt at sprede ud på bordet og sammenstille med andre medier.

Man kan sige, at papirjournalen er en blackbox. Latour betegner sin forståelse af blackbox således: "Når mange elementer er bragt til at virke som ét, kalder jeg det en blackbox" (Bruun Jensen, Lauritsen et al. 2007).

Papirjournalen er blevet udviklet i løbet af hele det forrige århundrede, den er en anerkendt teknologi, som lægerne kender ud og ind.

Tilgængeligheden og oppetiden på IT-systemerne er åbenlyst den store fordel, hvorimod papirjournalen af og til er bortkommet.

Kognition og IT-færdigheder

Personafhængigt

'Der er nogen af mine kolleger, der bruger papirjournalen og ikke kan leve uden. Jeg bruger den meget lidt'.

Vanesag

'Brugen af papirjournal er et langt stykke hen ad vejen en vanesag'.

'Af gammel vane, så trykker man altså på den der printknap i tide og utide, selv om det måske ikke er nødvendigt'.

Generationsafhængigt

'Du skulle have været her lige før, hvor jeg havde to kommende distriktslæger til at stå helt oppe i nakken og de var lige ved at falde over benene på sig selv for at komme til at vise mig hvordan man gør (i Clinical Suite)'.

IT-færdigheder

'Hvis jeg skulle finde de her diagnoser og oversigten over indlæggelser, som patienten har haft, kan jeg formentlig sagtens finde det i Clinical Suite, men det er ikke noget, jeg på nuværende tidspunkt er bekendt med'.

'Det var relativt enkelt at slå notater op i IPJ, men det ved jeg ikke, om det vil være i Clinical Suite, det har jeg aldrig prøvet'.

'Jeg har heller aldrig fået noget kursus, så man er jo selvleret'.

'Hvis man trykker på knappen, så flyver de af sted, det er jeg overbevist om, men jeg er usikker på, hvordan jeg skal finde skanningsbillederne igen og hvordan jeg skal gebærde mig inde i det system, hvor de havner, fordi det har jeg aldrig prøvet'.

Synliggørelse

'Når jeg forbereder mig til ambulatoriet, plejer jeg at lave noter på papir. Patientens sygehistorie synliggøres og jeg kan lægge en behandlingsplan. Og det, at jeg rent fysisk kan se, hvad jeg skriver, er også ret vigtigt for mig'

'Hvis man bliver distraheret og kommer væk fra det, så kan det godt være vanskeligt at reproducere, når man skal til at diktere. Der hjælper det rigtig godt at lave noter på papir'.

'... derfor er det en god hjælp at have listen med i hånden. Som sagt giver det tryghed'

Farvekoder

'Vi er jo vant til at kigge efter de grønne papirer, de blå papirer, de gule papirer, så ved jeg præcis, hvor jeg skal lede efter informationerne.'

At arbejde digitalt

'Men igen er det også et spørgsmål om alle de der lag af computerprogrammer, der ligger på min ene skærm'.

'Man skal ikke logge på eller noget, vi kan jo bare tage skanningsbillederne ud af journalen og kigge på dem, det er jo enkelt'.

Opsummering

Det er individuelt, i hvor høj grad papiret anvendes og foretrækkes. Det fremgår af analysen, at brugerens IT-færdigheder spiller en væsentlig rolle.

Er man usikker på, hvordan IT-systemerne anvendes, er det lettest at holde sig til papiret. Undervisning bliver her et bindeled, som har mulighed for at igangsætte en oversættelsesproces og dermed en transformation af aktøren, så aktøren føler mere tryk ved at bruge IT-systemerne. Undervisning kan stabilisere det netværk mellem brugeren og IT-systemet, der nu er ustabil.

Papiret besidder nogle egenskaber, som kognitivt er en støtte for brugeren, for eksempel farvemarkeringer, som ikke genfindes på samme måde i de elektroniske systemer. Svenningsen fandt ved sin undersøgelse på Svendborg Sygehus, at en læge ved et enkelt blik på en journal kunne vurdere en patient. En tyk journal med mange sagsakter betød en kompliceret og /eller langvarig sag. En tynd journal betød omvendt typisk en ny eller ukompliceret sag. Papirjournalen havde den egenskab, at det var nemt at finde de enkelte dokumenter. Farve, grafik og kvaliteten af de forskellige slags papir var alle med til at skille dem ud fra hinanden (Svenningsen 2004).

Desuden er papiret synligt og håndgribeligt og giver ved sin fysiske tilstedeværelse tryk for nogle klinikere. Saleem, Russ et al. har undersøgt, at klinikere ofte laver udskrifter af data, der foreligger i elektronisk form, fordi de har et behov for at have noget håndgribeligt foran dem i bestemte situationer (Saleem, Russ et al. 2009).

Kommunikation

Interaktion med patienten

'Vi læser patientens medbragte medicinliste igennem sammen med patienten'.

'Jeg har flere gange prøvet, når jeg skulle dreje skærmen for at vise patienten et skanningsbillede, at stikkene går ud og så

forsvinder billedet. Derfor printer jeg skanningsbilleder ud, fordi jeg ofte viser dem til patienten'.

Skriftlig kommunikation med patienten

'I al den tid, jeg har været læge, har jeg brugt at skrive en medicinliste ud til patienten, fordi alle og enhver ved, at der er forskel på, hvad patienten tager af medicin, hvad lægen tror, patienten tager, og hvad patienten tror, lægen tror, patienten tager. Derfor har jeg altid i mit ambulatorium lavet en seddel, hvor der står, hvad jeg synes, patienten skal tage af medicin og så kan jeg håbe på, at de gør det.'

'Vi bruger papirjournalen til at se vores korrespondance med vores patienter – hvad vi skriver til dem og hvad de skriver til os – det kan i øjeblikket ikke arkiveres i den elektroniske journal'.

'Oplysningseskemaet har en funktion for dem, der ikke gider snakke med patienten. Altså hvis patienterne er nogenlunde forstandige, så fylder de det der skema fint ud. Hvis man lægger det i journalen, betragtes det jo som tilført journalen.'

Kommunikation mellem faggrupper og personale på sygehuset

'Nu bliver det helt grotesk ... der kommer en Edifact-henvisning, den printer sekretærerne ud og så går hun ind og skanner den ind og sender til mig. Og så sidder jeg og modtager en henvisning, som er indskannet og kigger på den, og så visiterer jeg den og bestemmer, hvad der skal tages af blodprøver og så sender jeg det tilbage elektronisk. Så det foregår i sådan et parallelsystem'.

'Det er Anæsthesien, der kræver at få en foreløbig journaloptagelse på papir. Jeg ved ikke, hvorfor de vil have den på papir, det er sådan, det er'

'OP-tilmeldingsskemaet er et internt skema, som sendes til den sygeplejerske, der står for OP-bookingen. Og jeg mener, det bare bliver smidt væk bagefter. Det bliver ikke brugt til noget, lige så snart at patienten er booket til operation, så forsvinder det'.

Overdragelse af ansvaret for patientens behandling til en anden aktør

^Henvisningen kommer jo ind til sekretariatet på Edifact. Så bliver den printet ud og lagt til en overlæge'.

'Skemaet sendes til den sygeplejerske, der står for OP-tilmeldingen ... så booker hun patienten ind på de forskellige operationstider, der er ledige'

Velegnet til akutte og uforudsete opgaver

'Hvis jeg beslutter mig for, at patienten skal have taget nogle blodprøver nu, som ikke var besluttet på forhånd, skriver jeg dem ned og går ud til sekretæren med'.

Opsummering

Papiret formidler information fra patient til læge og fra læge til patient.

Papiret knytter ellers adskilte aktører sammen i et netværk, hvor information mobiliseres og udveksles.

Papiret har en kommunikativ rolle i situationer, hvor ansvaret for patientens behandling overgår fra en aktør til en anden. Papiret bliver formidler af oplysninger om patienten mellem ansatte på samme afdeling eller på tværs af afdelinger og således en aktør i et heterogent netværk. Sådanne heterogene netværk er typisk opstået efter en periode med translation, hvor man gensidigt forhandler om, hvem der skal gøre hvad og hvornår. På et tidspunkt opnås en enighed, en stabilisering (Bruun Jensen, Lauritsen et al. 2007). Det betyder i praksis, at et formelt samarbejde er indledt mellem de forskellige afdelinger, der skal samarbejde om den samme patient. Præmisser er aftalt, netværket fungerer og bliver nu en blackbox. Det interessante er kæderne i deres helhed, ikke de enkelte led i kæden. Som bekendt er en kæde ikke stærkere end det svageste led og svigter en aktør, kan det få konsekvenser for patienten, for eksempel at han ikke indkaldes til operation.

Papiret er således dybt involveret i at holde sygehusvæsenet sammen som en stabil enhed, en uundværlig aktør i kommunikation og koordinering af opgaver.

Manglende eller mangelfuld IT-understøttelse

Manglende integration til andre systemer og apparater

'Der er på nuværende tidspunkt ikke etableret forbindelse mellem Edifact og Clinical Suite, derfor har vi henvisningen fra egen læge på papir.'

'Selv om Holter-monitorering aflæses digitalt, foreligger resultaterne desværre kun på papir, da der ikke er skabt forbindelse mellem Clinical Suite og det elektroniske Holtersystem.'

IT-systemer, som kun delvist er ibrugtaget

'Medicinlisten på papir er en ret vigtig del af vores ambulatoriearbejde. Den giver meget vigtige oplysninger om patientens reelle medicin, som patienten tager. I fremtiden er det forhåbentlig FMK, der overtager rollen, men på nuværende tidspunkt kan vi se, at lægerne ikke er kommet i gang med at bruge FMK, så den er ikke pålidelig og jeg kan ikke stole på de oplysninger, der findes der.'

Manglende funktionalitet i EPJ

'I Clinical Suite mangler vi stadig nogle ting, som siger til mig: "Der er noget her, du skal tage stilling til – en opgaveliste, arbejdsliste eller hvad man vil kalde den'

'I Clinical Suite kunne man godt ønske sig mulighed for at have flere sider åbne på samme tid'.

Substitution ved systemnedbrud

'Når de elektroniske systemer går i stå, har man et problem, fordi man finder papirarbejdsgangen meget, meget besværlig, fordi man ikke har trænet sig'.

'Jeg er en af de eneste, der ikke laver papirrecepter, men hvis systemet nogen gange bare er for langsomt eller bryder ned, så kan jeg simpelthen blive så gal, at jeg laver en papirrecept'.

Øget tidsforbrug

'Det tager virkelig lang tid at lave elektronisk medicinafstemning og lave recepter. I ambulatorier har man ikke så lang tid til patienten og det kræver en utrolig mængde arbejde at lægge al patientens medicin ind i FMK og skrive recepter på nye patienter og det har man desværre ikke tid til i ambulatoriet. Det er derfor, vi plejer at vælge den hurtige løsning, som er papirrecepten'.

Opsummering

Brugen af papir persisterer på grund af manglende integrationer mellem IT-systemer, mellem IT-systemer og apparater og på grund af IT-systemer, der kun delvist er taget i brug. Ligeledes kompenserer papiret for manglende funktionalitet i IT-systemerne, for eksempel en opgaveliste, der adviserer brugerne om indkomne svar.

Papiret agerer som substitution ved systemnedbrud. Papiret er i denne sammenhæng ikke en stabil aktør. Den ændrer betydning, alt efter den konkrete sammenhæng, den indgår i og ved systemnedbrud på de elektroniske systemer vendes opmærksomheden straks mod papirdokumentation.

IT-systemerne opfattes i visse situationer som en tidsrøver, hvorfor brugerne af og til af pragmatiske grunde tilvælger papiret og fravælger IT-systemet.

Patienten som medforfatter af journalen

Data, som patienten tilføjer journalen

'Væske/vandladningsskema, blødningskalender, blevejningskema er alle en del af journalen, det bliver de'.

'Oplysningskemaet lægges i journalen og så betragtes det jo som tilført journalen'.

'Medicinlisten er en ret vigtig del af vores ambulatoriearbejde. Den bliver efterfølgende gemt i papirjournalen'.

Opsummering

Papiret som aktør transporterer oplysninger fra patienten selv om patienten selv ind på sygehuset, hvor de bliver en del af den juridiske journal. Også her foregår en translation, hvor patienten bliver bedt om at medvirke til at komplementere journalen med vigtige oplysninger.

Et netværk bestående af mange forskellige aktører som læger, sekretærer, sygeplejersker, sprog, skemaer, konvolut, postvæsenet, kuglepen og patienten selv dannes med det formål, at patienten får et skema i hænde, udfører de handlinger, som udfyldelsen af skemaet kræver og bringer det tilbage til sygehuset. Papiret agerer her som det bindeled, der bringer oplysninger om patientens helbredstilstand fra hjemmet og ind på sygehuset. Bijker skriver, at aktørerne danner netværk mellem sig ved at bringe bindeled i omløb og derigennem konstitueres både aktører og netværk. Et bindeled er hvad som helst, der "udveksles mellem aktører under opbygning af relativt stabile transaktioner." (Bijker 1997) I dette tilfælde altså skemaer, der ender med at gøre patienten til medforfatter af journalen.

Enkeltforekomst

Papirjournalen

'Der ligger rigtigt mange meget, meget, MEGET relevante oplysninger, i den papirjournal, jeg sidder med i hånden.'

Undersøgelser, der kun foreligger på papir

'Der er en del undersøgelser, som kun kan findes på papir, for eksempel spirometri og patientens gamle EKG'er.'

'Så har vi efterhånden nogle meget få blodprøver, som laves af Statens Seruminstitut, som arkiveres på papir.'

'Vi har nogle ting, som ikke kan ligge elektronisk, f.eks. cystometrier, som er flowundersøgelser'

Opsummering

Papiret agerer her som holder af store mængder meget relevant og vital information om patienten – information, som ofte kun findes i en enkelt instans i papirform. Da det altså drejer sig om data, der ikke kan tilgås elektronisk, er det implicit, at papiret fysisk skal være til stede for at data kan tilgås og dermed har kun en enkelt eller ganske få personer adgang til data samtidig.

Papiret er holder af vital information om patienten og det lim, informationen klæber sig til.

Step 4 - Konceptualisering

I dette fjerde og sidste step af analysen sker teoridannelsen, hvor variationer i kerneprocessen forstås og forklares.

5.1 Konklusion på undersøgelsesspørgsmål 1

Analysen svarer på mit første undersøgelsesspørgsmål 'Hvilken rolle har papiret for læger i et ambulatorium i Region Nordjylland, når de samtidig har en elektronisk patientjournal', at:

- Papiret adviserer om opgaver, der skal udføres og agerer som hukommelsesstøtte – sommetider i en dobbeltrolle
- Papiret skaber hurtigt og effektivt overblik over data på grund af dets kognitive egenskaber og mobilitet
- Papiret er holder af store mængder relevant, vital information om patienten.
- Papiret transporterer information mellem personalet på sygehuset – især hvor ansvaret for patientens behandling overgår til en anden aktør - og har således en kommunikativ og koordinerende rolle.
- Papiret kompenserer for manglende integrationer mellem IT-systemer, manglende integrationer til apparater og medicoteknisk udstyr og for IT-systemer, der kun delvist er taget i brug. Ved systemnedbrud agerer papiret som substitution.
- Papiret formidler information fra læge til patient og fra patient til læge, hvorved patienten bliver medforfatter af journalen.
- Papiret udgør det faste holdepunkt, hvis IT-færdigheder er mangelfulde.
- Papiret er til tider bortkommet eller befinder sig et andet sted, end hvor dets tilstedeværelse er krævet.

5.2 Konklusion på undersøgelsesspørgsmål 2

Analysen svarer på mit andet undersøgelsesspørgsmål 'Hvordan opleves brugen af IT i samspil med papir', at:

- Det er svært for klinikerne at skaffe sig overblik over data i IT-systemerne. Overblikket mistes på grund af det kontinuerlige skift mellem skærbilleder og på grund af de store datamængder, der kan opleves som støj.
- IT-systemerne opleves til tider som en tidsrøver.
- Tilgængeligheden og opetiden betragtes som en force.
- Manglende IT-færdigheder er årsag til, at papir foretrækkes

5.3 Teorigenerering

I dette fjerde og sidste step af Grounded Theory analysen skal teorien dannes og teorigenereringen danner således afslutningen på Grounded Theory analysen. Hvis teoridannelsen er velgennemført, passer teorien perfekt til de indsamlede data.

Teorigenereringen sker på samme grundlag, som også skal bruges til at konkludere på min problemformulering, nemlig svarene på undersøgelsesspørgsmål 1 og 2. Det vil derfor være dobbelt at gøre begge dele, hvorfor jeg nøjes med at konkludere på min problemformulering. Konklusionen bliver på den måde = teorigenereringen.

6.0 Konklusion

6.1 Konklusion

Svaret på min problemformulering

Hvad betyder opfyldelsen af RSI pejlemærket "Hver region har et konsolideret EPJ-landskab (notat, medicin, rekvisition/svar, booking, PAS)" for brugen af papir på sygehusene i Region Nordjylland?

Er:

Konklusion:

Efter en næsten tilendebragt konsolideringsproces af EPJ-landskabet i Region Nordjylland er papiret fortsat dybt involveret i at holde sygehusvæsenet sammen som en stabil enhed, en uundværlig aktør i kommunikation og koordinering af opgaver.

Samtidig er papiret holder af store mængder vital information om patienten, hvoraf en delmængde *kun* foreligger på papir.

Papiret kompenserer for manglede integration mellem IT-systemer, mellem IT-systemer og medicoteknisk udstyr og for manglende funktionalitet i EPJ. Papiret agerer som substitution ved systemnedbrud.

Papiret foretrækkes indimellem frem for IT-systemer, fordi klinkere nemt og hurtigt kan skabe sig overblik med papir på en måde, som IT-systemerne ikke kan matche.

Manglende IT-færdigheder holder nogle brugere bundet til papirarbejdsgange.

Papirets svaghed er, at det indimellem er bortkommet.

Patienten er medforfatter til journalen og dette medforfatterskab formidles på papir.

6.2 Afrunding

Der er ingen tvivl om, at Region Nordjylland med tiden bliver i stand til at eliminere dele af den papirbrug, jeg observerede, hvilket også vil være i overensstemmelse med Regionernes fælles strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2019, hvor der står:

*'IT er allerede i dag udbredt som arbejdsredskab i sundhedsvæsenet, og det er derfor indlejret i sundhedsvæsenets opgaveløsning. Dette vil i fremtiden ikke blive mindre. Tværtimod har regionerne en ambition om **helt at erstatte papirjournalen** og i stedet digitalisere stadig flere arbejdsgangene' (Danske Regioner 2013)*

Alligevel mener jeg at have påvist, at papirets rolle er mangeartet og brugen relaterer sig til arbejdsgange, der rækker ud over papirjournalen. På den baggrund tilslutter jeg mig Campbell et al., når de postulerer at,

'Paper-based clinical record storage will become obsolete, but use of paper in the clinical setting will not!' (Campbell, Sittig et al. 2006)

7.0 Refleksion over teori, metode og undersøgelsesteknikker

Med hensyn til min indsamling af empiri har jeg reflekteret over, at fire interviewpersoner måske ikke kan anses for at være et tilstrækkeligt grundlag for at udtale sig generelt. Da gruppen undervejs blev halveret fra to til en person, var det ikke muligt for mig at nå at gennemføre flere observationsstudier eller interviews, så det blev det muliges kunst.

Jeg har også reflekteret over, at en spredning af observationerne på flere faggrupper, eventuelt fordelt på sengeafdeling og ambulatorium, ville have givet et mere komplet billede af papirbrugen i Region Nordjylland, men da tiden som sagt var en faktor, jeg ikke kunne ændre på, besluttede jeg mig for at konsolidere mine resultater hos lægerne i ambulanseregion.

Ifølge Grounded Theory er det at analysere det samme som at fortolke (Strauss, Corbin 1990). Jeg er bevidst om, at denne fremstilling er min subjektive fortolkning af det, der er sket i virkeligheden og derfor kan anses for at være biased.

Som tidligere nævnt har jeg på eget initiativ tilbudt de fire læger anonymitet. Jeg er bevidst over, at dette har afskåret mig for at analysere på forskelle i køn, alder og anciennitet.

8.0 Perspektivering

I min perspektivering har jeg stor lyst til at tage udgangspunkt i regionernes nyligt udkomne strategi for 2013-2019 'Sammenhængende og ensartede digitale muligheder – Regionernes fælles strategi for digitalisering af Sundhedsvæsenet 2013-2019'. (Danske Regioner 2013).

På baggrund af strategien er der udarbejdet 15 nye pejlemærker, som regionerne skal stræbe efter at effektuere i årene 2014-2016 (Danske Regioner 2013)

Strategien indeholder seks overordnede målsætninger.

- **Vi gør det nemt for borgerne at have en aktiv og ligeværdig rolle i patientforløbet.**
- **Vi gør det nemt for sundhedspersonerne at passe deres kerneopgaver**

- Vi udvikler IT infrastrukturen for at skabe sikker og stabil drift
- Vi samarbejder om at få mest muligt ud af sundhedsvæsenets ressourcer
- Vi tager teten på at skabe sammenhængende patientforløb
- Vi skaber klare aftaler for det digitale samarbejde i partnerskab med stat, kommuner og praktiserende læger.

Vi gør det nemt for borgerne at have en aktiv og ligeværdig rolle i patientforløbet.

I strategien står, at de digitale muligheder skal være sammenhængende og understøtte, at borgeren kan være aktiv i alle dele af patientforløbet.

Desuden skal de digitale muligheder hjælpe borgeren til at navigere effektivt i sundhedsvæsenet, sådan at borgeren ubesværet kan finde vej i sit eget patientforløb og let få kontakt til de aktører der er en del af forløbet. Dette vil regionerne for eksempel understøtte med den fællesoffentlige sundhedsportal sundhed.dk, som er borgerens hovedindgang til sundhedsvæsenet på Internettet. Og et af de nye pejlemærker er, at patienten fremover skal have mulighed for online at booke tider til konsultation på udvalgte områder.

Set i lyset af, at regionerne ønsker mere digitalisering, gerne vil minimere papirbrugen og samtidig anser borgeren for et aktiv, er det nærliggende at tænke i, om patienten i fremtiden selv kan lægge de oplysninger ind i journalen, som de i dag medbringer på papir og som de i forvejen er forfattere til. Mange danskere er jo daglige brugere af IT-systemer og lægger for eksempel oplysninger om deres indkomstforhold ind på Skats hjemmeside, de er aktører i telemedicinske løsninger og anvender portaler som sundhed.dk.

Vi gør det nemt for sundhedspersonerne at passe deres kerneopgaver

I denne målsætning fastslås det, at Den kliniske IT-arbejdsplads kan give adgang til mange data om den enkelte patient, men den skal også give et

digitalt overblik over data: Det kan både være overblik over den enkelte patient og over grupper af patienter. Det digitale overblik skal være situationsbestemt, sådan at det er nemt at stille skarpt på de data, der er relevante i den pågældende situation. Overblikket skal gøre det tydeligt for sundhedspersoner, hvilke processer, der er i gang, og hvem der har ansvar for dem.

Regionerne ønsker altså at styrke klinikernes overblik over data i sådan grad, at bliver nemt at stille skarpt på de data, der er relevante i en specifik situation. Med tanke på konklusionerne i denne rapport – at papiret skaber hurtigt og effektivt overblik, mens det modsatte er tilfældet for IT-systemer – vil det være naturligt at fokusere på at tage de gode ting fra papiret og bringe dem ind i IT-systemerne, så der opnås en synergi (Berg 2003).

Den langstrakte implementering af Region Nordjyllands EPJ

Som tidligere nævnt er implementeringen af Region Nordjyllands EPJ langt fra tilendebragt. Der har været tale om et langstrakt forløb, som startede i 2008 og skulle have været afsluttet ved udgangen af dette år. Jeg har tidligere påvist, at lægerne udtrykker en vis utilfredshed med den elektroniske patientjournal – de udtalte blandt andet, at det er svært at skaffe overblik, at data vises i en stor pærevælling, at IT er en tidsrøver, at der mangler integrationer, at der mangler en opgaveliste osv.

Man kunne anlægge det perspektiv, at lægernes utilfredshed med systemet og den manglende funktionalitet delvist kan være funderet i den langvarige implementeringsproces. Jeg kunne have spurgt om det i mine interviews, men har ikke gjort det, da jeg måtte begrænse mig.

Lorenzi og Riley pointerer, at skuffede forventninger og ibrugtagning af et umodent system kan give anledning til modstand. Et system skal være stabilt for ikke i sig selv at være årsag til modstand. Lorenzi og Riley foreslår

hurtig implementering som et middel til at minimere modstand mod IT-systemer (Lorenzi, Riley 2004).

Kotter siger, at det kan være svært at bevare entusiasmen gennem en langvarig og krævende forandringsproces. For at holde gang i processen over længere tid og give en fornemmelse af fremdrift, er det derfor en god ide bevidst at opstille målsætninger, der kan realiseres inden for en overskuelig tidsfrist, at synliggøre resultater når de opnås og eventuelt sætte målene lidt lavere end det reelle estimat, så resultaterne har størst chance for at overgå forventningerne frem for at skuffe dem (Kotter 2004).

Og han fortsætter:

'...de færreste mennesker er indstillet på at give sig ud på den lange march, hvis de ikke inden for 6 til 18 måneder kan se klare beviser på, at rejsen fremkalder de forventede resultater. Uden kortsigtede gevinster er der for mange som giver op eller bliver aktive modstandere'. (Kotter 2004)

Ibrugtagning af et umodent IT-system i kombination med en langvarig implementering kan altså forårsage skuffede forventninger og afføde modstand mod systemet.

Tid spiller ligeledes en rolle i forbindelse med design og udvikling frem mod implementering. Hvis der går for lang tid, fra der bliver taget en beslutning om at implementere et system, til det bliver implementeret er der en risiko for, at systemet kan komme til at virke gammeldags (Aarts, Doorewaard et al. 2004).

Abstract

In these years the Danish state og Regions have taken a tremendous interest in the digitization of the Danish Health Care Organizations. It leaves its mark on the daily work at the hospitals, where the implementation of electronic health records has the highest priority and the word 'paperless' has become a buzz word.

Many researchers have studied the effects of replacing paper records with an electronic medical record, including Signe Svenningsen whose experiences I include in my project. Also, many foreign researchers have dealt with the topic. Campbell et al. have investigated the use of paper that persists after the introduction of a CPOE module and identified lack of integrations as a cause.

As North Jutland is very close to having met RSI benchmark about one consolidated EHR landscape, I found it interesting to investigate the use of paper that takes place parallel with the use of IT systems in the region.

Method. To illuminate the subject, I chose to use participant observation and qualitative, semi-structured interviews. Data is analyzed within a theoretical framework that includes actor-network theory (ANT) and Grounded Theory.

Results. My data analysis showed, that physicians in an outpatient clinic in North Jutland during a working day are related to many different papers. The role of the paper is diverse. It serves as notification of tasks, provides an overview of data in a way that IT systems cannot match, it is preferable when the user's computer skills are deficient, have a communicative role between patient and doctor and between clinicians, compensates for immature IT systems and lack of integration of medical devices, involves the patient as the author of the journal and takes sometimes a unique position to hold data that exists only in one instance. Many of the doctors found it difficult to get an overview of data in the IT systems, which they perceived as a time waster. Availability of the systems is a great force, while the paper is volatile.

Conclusion. After North Jutland almost met RSI benchmark of having a single, consolidated EHR landscape, the paper continues to be an actor who is deeply involved in keeping the hospital together as a stable unit and an indispensable medium in the daily work of a doctor in an outpatient clinic.

Litteraturliste

AARTS, J., DOOREWAARD, H. and BERG, M., 2004. Understanding implementation: the case of a computerized physician order entry system in a large Dutch university medical center. *Journal of the American Medical Informatics Association*, **11**(3), pp. 207-216.

ASH, J.S., BERG, M. and COIERA, E., 2004. Some unintended consequences of information technology in health care: the nature of patient care information system-related errors. *Journal of the American Medical Informatics Association*, **11**(2), pp. 104-112.

BERG, M., 2003. The search for synergy: interrelating medical work and patient care information systems. *Methods of information in medicine*, **42**(4), pp. 337-344.
BERG, M., 2001. Implementing information systems in health care organizations: myths and challenges. *International journal of medical informatics*, **64**(2), pp. 143-156.

BIJKER, W.E., 1997. *Of bicycles, bakelites, and bulbs: Toward a theory of sociotechnical change*. The MIT Press.

BRUUN JENSEN, C., LAURITSEN, P. and OLESEN, F., 2007. *Introduktion til STS: science, technology, society*. 1. udgave edn. Kbh.: Hans Reitzel.

CAMPBELL, E.M., SITTIG, D.F., ASH, J.S., GUAPPONE, K.P. and DYKSTRA, R.H., 2006. Types of unintended consequences related to computerized provider order entry. *Journal of the American Medical Informatics Association*, **13**(5), pp. 547-556.

CHRISTENSEN, U., SCHMIDT, L. and DYHR, L., 2007. Det kvalitative forskningsinterview. *Vallgårda & L.Koch (red.), Forskningmetoder i folkesundhedsvidenskab*, **3**, pp. 61-86.

DANSKE REGIONER, 2013. Regionernes fælles pejlemærker for digitalisering sundhedsvæsenet. Fra strategi til handling: Nye pejlemærker i perioden fra 2014 til 2016.

DANSKE REGIONER, 2013. Sammenhængende og ensartede digitale muligheder - Regionernes fælles strategi for digitalisering af Sundhedsvæsenet 2013-2019.

DANSKE REGIONER, 2010. RSI Pejlemærker 2010.

GLASER, B.G. and STRAUSS, A.L., 1967. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine de Gruyter.

GUVÅ, G., HYLANDER, I. and NELLEMAN, D., 2005. *Grounded Theory: Et Teorigererende Forskningsperspektiv*. Reitzel.

HALLBERG, L.R., 2006. The "core category" of grounded theory: Making constant comparisons. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, **1**(3), pp. 141-148.

KOTTER, J.P., 2004. *I spidsen for forandringer*. Peter Asschenfeldts nye forlag.
KVALE, S., 1997. *Interview: en introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. 1. udgave edn. Kbh.: Hans Reitzel.

LATOUR, B., 2005. Reassembling the social-an introduction to actor-network-theory. *Reassembling the Social-An Introduction to Actor-Network-Theory*, by Bruno Latour, pp.316. Foreword by Bruno Latour. Oxford University Press, Sep 2005. ISBN-10: 0199256047. ISBN-13: 9780199256044, **1**.

LORENZI, N.M. and RILEY, R.T., 2004. *Managing technological change: organizational aspects of health informatics*. Springer Verlag.

LYNG, K.M. and FARLIE, R.N., 2006. Hvad er journaloverblik og hvordan opnår læger det? .

MABECK, H., 2009. *Elektronisk medicinering i klinisk praksis: Ph.d. afhandling*. Kbh.: Dansk Sundhedsinstitut.

NEXT PUZZLE, 2010. Udviklingen i regionale EPJ-landskaber 2007-2010.

REGION NORDJYLLAND, Januar 2011. IT-strategi 2014.

REGION NORDJYLLAND, Februar 2008. Business Case for EPJ.

RIGSREVISIONEN, Februar 2011. Beretning til Statsrevisorerne om elektroniske patientjournaler på sygehuse.

RIGSREVISIONEN, 2013. Notat til Statsrevisorerne om beretning om elektroniske patientjournaler på sygehuse.

SALEEM, J.J., RUSS, A.L., JUSTICE, C.F., HAGG, H., EBRIGHT, P.R., WOODBRIDGE, P.A. and DOEBBELING, B.N., 2009. Exploring the persistence of paper with the electronic health record. *International journal of medical informatics*, **78**(9), pp. 618-628.

SAMMENHÆNGENDE DIGITAL SUNDHED I DANMARK, 2007. National strategi for digitalisering af Sundhedsvæsenet 2008-2012.

STRAUSS, A.L. and CORBIN, J., 1990. *Basics of qualitative research*. Sage publications Newbury Park, CA.

SVENNINGSSEN, S., 2004. *Den elektroniske patientjournal og medicinsk arbejde: reorganisering af roller, ansvar og risici på sygehuse*. 1. udgave edn. Kbh.: Handelshøjskolens Forlag.

URQUHART, C., LEHMANN, H. and MYERS, M.D., 2010. Putting the 'theory'back into grounded theory: guidelines for grounded theory studies in information systems. *Information systems journal*, **20**(4), pp. 357-381.

Bilag

Bilag A - Journalføringsbekendtgørelsen

Bilag B - Dokumentation af observationsstudier

Bilag C - Interviewguide

Bilag D - Transskription af interviews

Bilag A

Journalføringsbekendtgørelsen af 2. januar 2013

Den fulde tekst

Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.)

I medfør af § 21, stk. 1 og 2, § 22, stk. 3, § 23, stk. 2, § 24, stk. 2, § 25, stk. 3 og 4, og § 91 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, jf. lovbekendtgørelse nr. 877 af 4. august 2011, fastsættes:

§ 1. Denne bekendtgørelse omfatter enhver autoriseret sundhedsperson, der som led i sin virksomhed foretager behandling af en patient.

Stk. 2. Ved behandling forstås undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

Patientjournal

§ 2. Ved en patientjournal forstås optegnelser, som oplyser om patientens tilstand, den planlagte og udførte behandling m.v. herunder hvilken information, der er givet, og hvad patienten på den baggrund har tilkendegivet. Optegnelser, der i øvrigt indeholder oplysninger om rent private forhold og andre fortrolige oplysninger om patienten, er også en del af patientjournalen.

Stk. 2. Omfattet af patientjournalen er sundhedsfaglige erklæringer, diagrammer og hjælpeark, udskrivningsbreve (epikriser), hen- og tilbagevisninger, røntgenbilleder/beskrivelser, kliniske fotos, modeller samt resultatet af undersøgelses- og behandlingsforløb, i det omfang de har betydning for behandling m.v.

Stk. 3. Biologiske præparater er ikke omfattet af patientjournalen.

Stk. 4. Patientjournalen skal af hensyn til patientsikkerheden danne grundlag for information og behandling af patienten, dokumentere den udførte behandling, fungere som det nødvendige interne kommunikationsmiddel mellem det personale, der deltager i behandlingen af patienten, sikre kontinuitet i behandlingen samt danne grundlag for tilsyn.

Oprettelse og organisering af patientjournal

§ 3. For hver patient oprettes én patientjournal på hvert enkelt sygehus, klinik, praksis, kommunalt sundhedscenter, plejehjem, bosted m.v., jf. dog stk. 2 og 4.

Stk. 2. I det offentlige sygehusvæsen kan der for hver patient oprettes en patientjournal for hver region, når der er teknisk mulighed for det.

Stk. 3. En elektronisk patientjournal skal som udgangspunkt være en fælles tværfaglig patientjournal for de autoriserede sundhedspersoner og disses medhjælp, jf. sundhedsloven § 6, der er involveret i behandlingen af den enkelte patient.

Stk. 4. Der kan for hver patient oprettes henholdsvis en somatisk og en psykiatrisk patientjournal. Det skal da fremgå af den somatiske patientjournal, om der også er en psykiatrisk patientjournal. Ligeledes skal det fremgå af den psykiatriske patientjournal, om der også er en somatisk patientjournal.

Stk. 5. En tværfaglig patientjournal skal indrettes, så den kan tilgodese de enkelte faggrupper af autoriserede sundhedspersoners journalføring.

Stk. 6. En fælles tværfaglig patientjournal skal være indrettet således, at reglerne i sundhedslovens kapitel 9 om tavshedspligt, videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v. kan overholdes.

Overordnet ansvar for tværfaglig patientjournal

§ 4. På sygehuse, klinikker m.v., hvor der benyttes fælles tværfaglig elektronisk patientjournal, har den lægelige ledelse på den enkelte sygehusafdeling, klinik m.v., det overordnede ansvar for patientjournalens opbygning, struktur, indhold og adgangen til at foretage journalføring, jf. dog stk. 2 og 3.

Stk. 2. Den tandlægefaglige ledelse har det overordnede ansvar for den af del af patientjournalen, som omfatter tandlægeforbeholdt behandling og tandpleje. Den sygeplejefaglige ledelse har det overordnede ansvar for den del af patientjournalen, som omfatter sygefaglig pleje.

Stk. 3. På sygehuse, klinikker m.v., som er omfattet af lov om virksomhedsansvarlige læger, har den virksomhedsansvarlige læge det overordnede ansvar for patientjournalen.

Stk. 4. På plejehjem, i plejeordninger, i privat praksis og øvrige behandlings- eller plejesteder, hvor der ikke er lægeligt personale, og hvor der benyttes fælles tværfaglig elektronisk patientjournal, har stedets ledelse det overordnede ansvar for patientjournalen.

Stk. 5. De overordnede ansvarlige for patientjournalen, jf. stk. 1-4, skal løbende og ved skift til nye tværfaglige elektroniske patientjournalssystemer:

- 1) Sikre at patientjournalen er opbygget og indrettet, så lovgivningens krav i forbindelse med journalføring kan overholdes.
- 2) Sikre at patientjournalen struktureres, så den er overskuelig for de faggrupper af autoriserede sundhedspersoner, som benytter den.
- 3) Sikre at journalføringen foregår således, at der er mulighed for at efterkontrollere de optegnelser, som bliver indført i journalen ved anvendelse af teknisk bistand. Ved teknisk bistand forstås personale, der rent teknisk indfører diktater eller lignende i den enkelte patientjournal i skriftlig form.
- 4) Sikre skriftlige instrukser for kompetence- og ansvarsforhold ved brug af teknisk bistand i forbindelse med journalføring.
- 5) Føre tilsyn med den tekniske bistand, herunder sikre at journalføring sker snarest.
- 6) Sikre skriftlige instrukser for hvordan journalføring foretages i tilfælde af manglende adgang til den elektroniske tværfaglige patientjournal.

Journalføringspligt og -ansvar

§ 5. Pligten til at føre patientjournal påhviler enhver autoriseret sundhedsperson, der som led i sin virksomhed foretager behandling af en patient, jf. § 1.

Stk. 2. Det påhviler autoriserede sundhedspersoner, som benytter medhjælp ved udøvelsen af virksomheden, at sikre, at også behandling, der udføres af medhjælpen, bliver journalført, jf. dog stk. 3.

Stk. 3. På plejehjem, botilbud og lignende har ledelsen ansvaret for at sikre, at behandling på stedet, som udføres som medhjælp for autoriserede sundhedspersoner, bliver journalført.

§ 6. Der skal føres patientjournaler ved behandling af patienter på offentlige eller private sygehuse, klinikker, ambulatorier, i privat praksis, i forbindelse med behandling i private hjem, herunder vagtlægeordninger samt på offentlige og private institutioner.

§ 7. Enhver autoriseret sundhedsperson er ansvarlig for indholdet af sine optegnelser i journalen, jf. dog stk. 3.

Stk. 2. Anvendes diktat eller lignende til brug for journalføring skal den autoriserede sundhedsperson sikre, at diktatet er lagret korrekt på det anvendte medie inden overgivelse til teknisk bistand med henblik på indførelse i journalen.

Stk. 3. En autoriseret sundhedsperson, der er ansat på et sygehus eller en klinik omfattet af § 4, stk. 1 og 3, og som anvender teknisk bistand til indførelse af diktat eller lignende i patientjournalen, er ikke pligtig til at efterkontrollere optegnelsen, medmindre konkrete omstændigheder svækker formodningen om, at den tekniske bistand varetages korrekt.

Journalføring

§ 8. En patientjournal kan føres elektronisk og på papir.

Stk. 2. Hvis patientjournalen føres delvis som papirjournal delvis elektronisk, skal det klart fremgå af begge hvilke oplysninger, der føres i den elektroniske patientjournal, og hvilke oplysninger, der føres i papirjournalen.

§ 9. En patientjournal skal føres på dansk.

Stk. 2. Patientjournalen skal indeholde oplysninger om, hvem der har foretaget journalnotatet og hvornår (fulde navn, titelbetegnelse, afdelingstilknøytning, dato og om nødvendigt klokkeslæt for kontakten (konsultationen, behandlingen, telefonkontakten, sygebesøget m.v.) samt for indlæggelse og udskrivning.

Stk. 3. Journalføringen skal ske i forbindelse med eller snarest muligt efter patientkontakten. Optegnelserne skal stå i kronologisk rækkefølge i journalen, jf. dog stk. 4.

Stk. 4. I tværfaglige journaler kan optegnelser indføres kronologisk opdelt på de enkelte autoriserede sundhedspersoners faggruppe eller på anden ordnet måde, hvis det er nødvendigt af hensyn til patientjournalens overskuelighed, jf. § 4, stk. 5, nr. 2.

Stk. 5. Journalføringen, herunder anvendte forkortelser, skal være forståelig for andre autoriserede sundhedspersoner og disses medhjælp, der deltager i behandling af patienten.

Patientjournalens indhold

§ 10. Patientjournalen skal indeholde patientens navn og personnummer.

Stk. 2. Patientjournalen skal i øvrigt indeholde følgende oplysninger, hvis de er relevante og nødvendige:

1) Stamoplysninger:

a) Bopæl.

b) Oplysning om, hvem der er patientens nærmeste pårørende, og hvordan vedkommende om nødvendigt kan kontaktes.

c) Hvis patienten ikke har samtykkekompetence, skal det fremgå, hvem der kan give samtykke på patientens vegne (stedfortrædende samtykke), jf. sundhedsloven §§ 17 og 18.

d) Særlige forhold, f.eks. allergi.

e) Eventuelle samarbejdspartnere, eksempelvis sygehus, hjemmesygeplejen eller egen læge.

f) Oplysning om, hvorvidt patienten har oprettet et livstestamente.

- 2) Oplysninger i forbindelse med konkrete patientkontakter:
 - a) Årsagen til kontakten, beskrivelse af patientens sygehistorie, nuværende tilstand samt oplysninger om aktuell behandling og status ved indlæggelse og udskrivning.
 - b) Observationer og undersøgelser samt resultatet heraf.
 - c) Rekvirerede undersøgelser og prøver samt resultatet heraf, herunder beskrivelser m.v. vedrørende biologiske præparater m.v., der danner grundlag for behandlingen, samt eventuelle røntgen- og laboratorieundersøgelser, som må antages at være af betydning for diagnose, behandling og prognose.
 - d) Diagnose eller sundhedsfagligt skøn om sygdommens art.
 - e) Indikation for undersøgelsen/behandlingen, og udførlig begrundelse, hvis Sundhedsstyrelsens vejledninger eller behandlingsstedets interne instrukser fraviges.
 - f) Planlagt og udført behandling, og hvilke materialer og lægemidler, der er anvendt.
 - g) Sundhedsfaglig pleje.
 - h) Indtrådte komplikationer og bivirkninger m.v., herunder fejl og forsømmelser i forbindelse med behandling m.v.
 - i) Ordination af lægemidler (navn, styrke, mængde, dosering og administrationsmåde, hyppighed eller de intervaller, hvormed de skal gives, eventuelle tidspunkter og behandlingsvarighed, og hvornår behandlingen skal seponeres/ophøre), herunder oplysning om navnet på den ordinerende læge, tandlæge eller jordemoder, og hvordan ordinationen er foretaget.
 - j) Henvisning til sygehus, klinik m.v. og viderehenvisning eller tilbagevisning samt i øvrigt tilkald af anden autoriseret sundhedsperson, samt årsagen, herunder undersøgelsesresultater, diagnoser og ordinerede og udførte behandlinger.
 - k) Rådgivning indhentet fra en anden autoriseret sundhedsperson, herunder dennes navn og titel, i forbindelse med behandling af patienten.
 - l) Overflyttelser til behandling, herunder oplysninger om, hvorfor patienten er blevet overflyttet, og patientens status ved overflytningen.
 - m) Indhold af udskrivningsbreve (epikriser), herunder hvem de er sendt til og hvornår.
 - n) Aftaler om og resultatet af kontrol og opfølgning.
 - o) Brug af vacciner og andre lignende biologiske produkter, herunder disses batchnumre.
 - p) Konkret undervisning eller rådgivning af patienten, herunder telefonisk rådgivning.
 - q) Video- og lydoptagelser m.v., indtil nødvendige oplysninger herfra er journalført.

3) Andet relevant materiale, behørigt dateret og identificeret, f. eks. :

- a) Røntgenbilleder, kliniske fotos, herunder beskrivelser.
- b) Andet diagnostisk billedmateriale. f.eks. CT- og MR-scanningsbilleder.
- c) Fotografier.
- d) Modeller.
- e) Laboratorie- og prøvesvar.
- f) Resultatet af særlige undersøgelser, f.eks. CTG, EKG og EEG.
- g) Resultatet af scanninger.
- h) Anæstesijournaler.
- i) Observationsjournaler/skemaer.
- j) Optegnelser om kliniske afprøvninger af lægemidler, der er en del af patientbehandlingen.

Stk. 3. Patientjournalen skal i øvrigt i fornødent omfang indeholde oplysninger om:

- 1) Navnet på patientens sundhedsfaglige kontaktperson.
- 2) Hvem der har foretaget behandling m.v., herunder varetaget delopgaver ved f.eks. operative indgreb.
- 3) Beslutninger truffet på (afdelings)konferencer, herunder hvem der er ansvarlig for et eventuelt besluttet undersøgelsesprogram og/eller behandling og eventuelle ordinationer samt for iværksættelsen heraf.
- 4) Plan eller aftale om videre opfølgning, herunder genoptræningsplaner.
- 5) Oplysninger om implantation af medicinsk udstyr (implantater). Det anvendte implantat skal kunne identificeres entydigt og specifikt ved angivelse af:
 - a) implantatets navn (herunder model).
 - b) størrelsen.
 - c) fabrikantens navn.
 - d) serienummer eller LOT efterfulgt af batchkode.
- 6) Indberetning til Sundhedsstyrelsen om bivirkninger ved lægemidler og hændelser med medicinsk udstyr.
- 7) Information til patienten om skader, som må antages at give ret til erstatning, og bistand med anmeldelse til Patientforsikringen.

Stk. 4. Udover de oplysninger, som fremgår af stk. 1-3, skal patientjournalen indeholde oplysninger, som lovgivningen i øvrigt pålægger de autoriserede sundhedspersoner.

Sortering og resumering

§ 11. Der kan ske sortering og resumering af undersøgelsesresultater og dokumenter, når alle relevante oplysninger bevares sammen med tydelig kildeangivelse. Det skal fremgå, hvis der på nogle punkter er tale om den autoriserede sundhedspersons tolkning.

Information og samtykke m.v.

§ 12. Det skal fremgå af patientjournalen hvilken mundtlig og eventuel skriftlig information, der er givet til patienten eller de pårørende eller en værge ved stedfortrædende samtykke til behandling, og hvad patienten/de pårørende/værge på denne baggrund har tilkendegivet. Det samme gælder, når der er tale om indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger m.v.

Stk. 2. Det skal fremgå af patientjournalen, hvis patienten har tilkendegivet, at bestemte oplysninger ikke må videregives eller indhentes, eller at bestemte sundhedspersoner ikke må indhente eller videregive hele eller dele af patientjournalens oplysninger. I disse situationer skal det endvidere fremgå, hvilken information patienten har fået om eventuelle konsekvenser, når patientjournalens oplysninger ikke må videregives eller indhentes helt eller delvist.

Stk. 3. Patientjournalen skal indeholde oplysning om, hvis patienten har frabedt sig information helt eller delvist (retten til ikke at vide).

Stk. 4. Det skal fremgå af patientjournalen, når en anden sundhedsperson (navn og titel) har givet tilslutning til en behandling, jf. sundhedsloven § 18, stk. 2, og når Sundhedsstyrelsen har givet tilslutning til en behandling, jf. sundhedsloven § 18, stk. 4.

Rettelser

§ 13. Oplysninger i patientjournalen må ikke slettes eller gøres ulæselige.

Stk. 2. Er det nødvendigt at rette eller tilføje i patientjournalen, skal det ske på en sådan måde, at den oprindelige tekst bevares. Det skal fremgå, hvem der har foretaget rettelserne eller tilføjelsen og hvornår.

Stk. 3. I en elektronisk patientjournal skal den oprindelige version af de oplysninger, der er ændret ved at rette eller tilføje, fortsat være tilgængelig.

Opbevaring af patientjournaler

§ 14. Læger, tandlæger, kiropraktorer, jordemødre, kliniske diætister, kliniske tandteknikere og tandplejere skal opbevare deres patientjournaler i mindst 10 år (opbevaringsperioden), jf. dog stk. 5.

Stk. 2. Andre autoriserede sundhedspersoner end de af stk. 1 omfattede, skal opbevare deres patientjournaler i mindst 5 år (opbevaringsperioden), jf. dog stk. 5 og 6.

Stk. 3. Opbevaringsperioden løber fra den seneste optegnelse i patientjournalen.

Stk. 4. Opbevaringsperioden gælder, selv om patienten måtte være afgået ved døden.

Stk. 5. Patientjournaler af betydning for en klage-, tilsyns-, eller erstatningssag skal opbevares, så længe vedkommende sag verserer efter opbevaringsperiodens udløb.

Stk. 6. Hvis optegnelser foretaget af faggrupper omfattet af stk. 2, er en del af en fælles tværfaglig elektronisk patientjournal, der også omfatter faggrupper efter stk. 1, skal optegnelserne opbevares i mindst 10 år.

Stk. 7. Opbevaringsperioden gælder fortsat, selv om en autoriserede sundhedsperson er ophørt med at drive praksis, herunder fordi pågældende er død, er gået konkurs eller har overdraget sin praksis til en anden autoriseret sundhedsperson inden for samme faggruppe til fortsat drift, jf. dog § 15, stk. 2.

Stk. 8. For patientjournaler i offentlig virksomhed gælder endvidere arkivlovgivningen, der kan medføre en længere opbevaringspligt.

§ 15. Opbevaringsperioden gælder både for egentlige optegnelser i og øvrige dele af patientjournalen, der har betydning for behandling m.v., jf. dog stk. 2 og 3.

Stk. 2. Røntgenbilleder og andet billeddiagnostisk materiale kan efter en sundhedsfaglig vurdering af, hvad der behandlingsmæssigt er behov for, tilintetgøres efter 5 år. Beskrivelser af billeddiagnostisk materiale skal dog altid opbevares i mindst 10 år.

Stk. 3. Modeller skal opbevares så længe, de er af betydning for behandlingen af patienten.

§ 16. Opbevaringspligten påhviler den pågældende privatpraktiserende autoriserede sundhedsperson, sygehus eller klinik m.v., jf. dog stk. 2.

Stk. 2. I de tilfælde, hvor der er sket videregivelse eller overdragelse af patientjournaler, påhviler opbevaringspligten den privatpraktiserende autoriserede sundhedsperson, Sundhedsstyrelsen ved embedslægeinstitutionen i regionen, eller det offentlige eller private sygehus, som patientjournalerne er blevet videregivet eller overdraget til, jf. §§ 19-27.

Sikkerhedsforanstaltninger

§ 17. Patientjournaler skal opbevares forsvarligt, og det skal sikres, at uvedkommende ikke har adgang til oplysningerne i patientjournalerne.

Stk. 2. Ved anvendelse af papirjournaler skal der anvendes materialer og metoder, som er egnede til at sikre optegnelsernes holdbarhed.

Stk. 3. Ved anvendelse af elektroniske patientjournaler skal det ved løbende sikkerhedskopiering sikres, at optegnelserne ikke tilintetgøres, fortabes eller forringes.

Stk. 4. I lov om behandling af personoplysninger (persondataloven) § 41 er der fastsat regler om krav til datasikkerheden i forbindelse med behandling af personoplysninger.

Destruktion af patientjournaler

§ 18. Destruktion af journalmateriale skal foregå under forsvarlige former.

Stk. 2. Ved udskiftning af edb-udstyr skal det sikres, at elektroniske oplysninger om patienterne ikke kommer uvedkommende i hænde.

Videregivelse af patientjournaler ved praksisophør, sygehushlukning, konkurs mv.

§ 19. Når en privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson ophører med at drive praksis, og praksis ikke er overdraget til fortsat drift, skal patientjournalerne videregives til Sundhedsstyrelsen ved embedslægeinstitutionen i regionen til fortsat opbevaring inden for opbevaringsperioden, jf. dog stk. 2-5.

Stk. 2. Alment praktiserende læger kan vælge at videregive patientjournalerne til patienternes nye alment praktiserende læger på baggrund af en oversigt herom, som regionen på anmodning laver.

Stk. 3. Ved ophør af alment praktiserende læges praksis får patienterne meddelelse fra regionen om valg af ny alment praktiserende læge. Samtidig oplyser regionen, at patientjournalerne bliver overdraget til embedslægeinstitutionen eller til den nye alment praktiserende læge, hvis den ophørende læge vælger at gøre dette, og at patienten kan tilkendegive, at denne ikke ønsker, at den nye læge overtager vedkommendes patientjournal.

Stk. 4. I de situationer, hvor patienten ikke ønsker, at patientjournalen overdrages til vedkommendes nye alment praktiserende læge, skal patienten have oplysning om, at patientjournalen videregives til Sundhedsstyrelsen ved embedslægeinstitutionen i regionen til fortsat opbevaring, indtil patienten eventuelt anmoder om at få patientjournalen sendt til en anden privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson inden for samme faggruppe, eller opbevaringsperioden udløber, jf. § 14.

Stk. 5. Pligten til at videregive patientjournaler til fortsat opbevaring inden for opbevaringsperioden omfatter læger, tandlæger, kiropraktorer, jordemødre, kliniske diætister, kliniske tandteknikere, tandplejere, optikere, kontaktlinseoptikere og optometriste.

Stk. 6. Pligten til at videregive patientjournalerne påhviler den autoriserede sundhedsperson, der er ophørt med at drive praksis, eller i tilfælde af dødsfald eller konkurs, boet.

§ 20. Hvis et privat sygehus eller lignende virksomhed ophører og ikke overdrages til fortsat drift, tager Sundhedsstyrelsen stilling til, hvor og hvordan den fortsatte opbevaring af patientjournalerne skal finde sted.

Stk. 2. Pligten til at orientere Sundhedsstyrelsen og videregive patientjournalerne i en situation omfattet af stk. 1, påhviler ejeren af det private sygehus eller lignende eller, i tilfælde af konkurs, boet.

Overdragelse af patientjournaler ved overdragelse af praksis mv.

§ 21. Når en privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson overdrager sin praksis til en anden privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson inden for samme faggruppe til fortsat drift, skal patientjournalerne fra praksis overdrages til den, der har overtaget praksis, jf. dog stk. 2 og 3.

Stk. 2. Er der tale om overdragelse af en alment praktiserende læges praksis, får patienterne i den forbindelse meddelelse fra regionen om valg af ny alment praktiserende læge. Samtidig oplyser regionen, at patientjournalerne er overdraget til den læge, der har overtaget praksis og tillige, at patienten kan tilkendegive, at denne ikke ønsker, at den nye læge overtager vedkommendes patientjournal.

Stk. 3. Ved praktiserende speciallæges, tandlæges, kiropraktors, jordemoders, klinisk diætists, klinisk tandteknikers, tandplejers, optiker, kontaktlinseoptiker eller optometristers praksisoverdragelse, som ikke er omfattet af stk. 2, skal den pågældende sundhedsperson, hvis det er praktisk muligt, generelt eller konkret oplyse patienterne om, at patientjournalerne er overdraget til den nye praktiserende sundhedsperson og tillige, at patienten kan tilkendegive, at denne ikke ønsker, at den nye praktiserende sundhedsperson overtager vedkommendes patientjournal.

Stk. 4. I de situationer, hvor patienten ikke ønsker, at patientjournalen overdrages til den nye privatpraktiserende autoriserede sundhedsperson, jf. stk. 2 og 3, skal patienten have oplysning om, at patientjournalen videregives til Sundhedsstyrelsen ved embedslægeinstitutionen i regionen til fortsat opbevaring, indtil patienten eventuelt anmoder om at få patientjournalen sendt til en anden privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson inden for samme faggruppe, eller opbevaringsperioden udløber, jf. § 14.

Stk. 5. Pligten til at videregive patientjournalerne til embedslægeinstitutionen påhviler i de i stk. 4 nævnte tilfælde den privatpraktiserende autoriserede sundhedsperson, der har overtaget praksis.

§ 22. Hvis et offentligt sygehus overgår til privat eje eller omvendt, kan patientjournalerne overdrages til den nye ejer uden patientens samtykke.

Stk. 2. Ved offentlige strukturelle omlægninger kan patientjournaler ligeledes overdrages uden patientens samtykke.

Form ved videregivelse af patientjournaler til Embedslægeinstitutionen mv.

§ 23. Papirjournaler omfattet af §§ 19-20 og 21, stk. 4, skal afleveres i systematiseret form.

Stk. 2. Elektroniske patientjournaler, som er omfattet af §§ 19-20 og 21, stk. 4, skal afleveres i et særligt format, som Sundhedsstyrelsen anviser.

Opbevaring af patientjournaler i Embedslægeinstitutionerne

§ 24. Hvis patientjournalerne ikke kan videregives, opbevares de af Embedslægeinstitutionen i respektiv 5 eller 10 år fra seneste optegnelse i patientjournalen, jf. § 14, stk. 1-7.

Videregivelse af patientjournaler med patientens samtykke

§ 25. Hvis en patient vælger en anden privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson inden for samme faggruppe, uden at dette sker på baggrund af praksisophør eller praksisoverdragelse, skal patientjournalen, hvis patienten giver sit samtykke hertil, videregives til den nye privatpraktiserende autoriserede sundhedsperson til fortsat opbevaring indtil udløbet af opbevaringsperioden, jf. § 14, stk. 1-7. Samtykket kan afgives til den autoriserede sundhedsperson, der videregiver patientjournalen, eller til den autoriserede sundhedsperson, der modtager patientjournalen.

Stk. 2. Et samtykke til at videregive patientjournalen kan være enten mundtligt eller skriftligt og skal journalføres.

Stk. 3. Hvis en patient ikke ønsker sin patientjournal videregivet i den i stk. 1 nævnte situation, skal den tidligere privatpraktiserende autoriserede sundhedsperson fortsat opbevare patientjournalen, indtil udløbet af opbevaringsperioden, jf. § 14, stk. 1-7.

Stk. 4. Embedslægeinstitutionen kan videregive opbevarede patientjournaler til en privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson inden for samme faggruppe som den ophørte autoriserede sundhedsperson, hvis patienten giver sit mundtlige eller skriftlige samtykke hertil.

§ 26. En patient, der i enkeltstående tilfælde er blevet undersøgt og/eller behandlet af en privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson, uden at der er tale om en fast tilknytning til denne, kan give samtykke til, at patientjournalen videregives til en anden privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson inden for samme faggruppe efter patientens valg, jf. dog stk. 2 og 3.

Stk. 2. En læge, der er tilknyttet en organiseret vagtlægeordning, kan uden patientens samtykke videregive sine vagtlægeoptegnelser om patienten til vagtlægeordningens vagtadministrator til opbevaring.

Stk. 3. En læge, der virker som stedfortræder for patientens alment praktiserende læge (vagt læge, anden alment praktiserende læge ved egen læges forfald eller anden alment praktiserende læge, der behandler patienten), kan uden patientens samtykke videregive sine optegnelser om patienten til patientens alment praktiserende læge, jf. sundhedslovens § 41, stk. 2, nr. 5.

§ 27. Den, der videregiver en patientjournal til en anden praktiserende sundhedsperson, skal journalføre, hvilket patientjournalmateriale, i hvilken form og til hvem, at patientjournalen er videregivet.

Aktindsigt, videregivelse og indhentelse m.v.

§ 28. Patientjournalen skal indeholde oplysning om, at der er meddelt aktindsigt i patientjournalen, hvilke oplysninger, der er udleveret, og til hvem det er sket, herunder om en eventuel fuldmagt.

Stk. 2. Patientjournalen skal indeholde optegnelser om hvilke oplysninger, der er behandlet, herunder videregivet eller indhentet, til hvilke formål, til hvem og på hvilket grundlag.

Straf og ikrafttræden m.v.

§ 29. Overtrædelse af bekendtgørelsen § 3, stk. 1 og 4, § 4, stk. 3, §§ 5-6, § 7, stk. 2 og 3, §§ 9-17, § 19, § 20, stk. 2, § 21, stk. 4 og 5, § 23, § 25, stk. 1-3, og §§ 27-28 straffes med bøde.

Stk. 2. Er der ved overtrædelse af bekendtgørelsen samtidig tale om overtrædelse af persondatalovens regler, straffes dette med bøde eller fængsel indtil 4 måneder, jf. persondatalovens § 70.

§ 30. Bekendtgørelsen træder i kraft den 15. januar 2013.

Stk. 2. Samtidig ophæves bekendtgørelse nr. 1373 af 12. december 2006 om lægers, tandlægers, kiropraktorers, jordemødres, kliniske diætisters, kliniske tandteknikeres, tandplejeres, optikeres og kontaktlinseoptikeres patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.), vejledning af 16. marts 2004 om fysioterapeuters ordnede optegnelser (journalføring) og vejledning af den 16. marts 2006 om ergoterapeuters ordnede optegnelser (journalføring).

Sundhedsstyrelsen, den 2. januar 2013

Else Smith

/ Anne Mette Dons

Bilag B

Dokumentation af observationsstudier

Torsdag den 3. januar – Læge 1

➤ Patient 1

Åbner CCS på det rigtige ambulante team og indtaster patientens CPR-nummer i søgefeltet. Åbner notatlæseren, flytter radioknappen fra kontaktafgrænset til ikke-kontaktafgrænset og ændrer søgeperioden til 1 år. Læser notater.

Dagsprogram fra bookingsystemet foreligger på papir på stuen.

Papirhenvi­sing fra IPJ (Opfølgning efter operation)

Patientens medbragte spørgeskema fra tidligere findes frem fra papirjournalen. Også et blevejningsskema findes frem.

Har CCS notater åbent, men på et sted, hvor der ingen notater ses.

Skeler under konsultationen til papirhenvi­sing, både den primære fra egen læge og henvi­sing­en til kontrol efter operation.

Demonstrerer ved hjælp af papirbilleder af genitalia metode for kommende operation.

Bruger Region Midtjyllands PRI-system, fordi 'Jeg har mistet tålmodigheden med vores eget PRI-system'.

Åbner Mirsk, finder den rigtige afdeling og dikterer koder + notat.

Har printet ultralydbilleder ud fra ultralydsapparatet og lagret billederne i PACS. Bruger billederne til at diktere ud fra og giver efterfølgende sygeplejersken besked om, at billederne kan smides ud.

➤ Patient 2

Dagsprogram fra bookingsystemet foreligger på papir på stuen

Der foreligger papirhenvi­sing fra egen læge, da det er en forundersøgelse. Henvi­sing­en læses. Lægen kigger journalforsiden igennem for at orientere sig om tidligere diagnoser og kontakter. Siger, at vi endelig ikke må tage journalforsiden fra dem, da den giver et hurtigt overblik over tidligere diagnoser og kontakter og det kan de ikke undvære.

Vælger patienten i CCS og går ind i medicinmodulet. Ordinerer præparat og udskriver elektronisk recept.

Starter konsultationen med at gennemgå patientens medbragte spørgeskema sammen med patienten. Stiller herefter uddybende spørgsmål til patienten.

Patienten har lagt indkaldebrevet på skrivebordet – Pia og jeg diskuterer, hvad grunden er til det og kommer frem til, at det sikkert skyldes, at det har ligget sammen med spørgeskemaerne.

Mens patienten klæder sig på efter undersøgelse, finder lægen to OP-tilmeldingsskemaer og et journaloptagelsesskema til Anæsthesien frem og begynder at udfylde dem.

Viser patienten billeder af de kvindelige genitalier for at forklare operationsmetode.

Åbner diagnosekoder.dk og finder koder for patientens diagnoser

Åbner Mirsk og dikterer koder og notat.

Går ind i Labka via Clinical Suite for at se svarene, men hun vil ikke kvittere for dem på kumuleret svar i Clinical Suite, fordi 'Jeg er ikke så god til at bruge de kliniske oversigter'.

Der foreligger ultralydbilleder, som er overført til PACS. De bliver liggende i journalen.

➤ Patient 3

Har CCS Notat åbent og kigger patientens notater igennem.

CCS Notat fremme på skærmen. Mens patienten er på toilettet, kigger Lægen notaterne igennem igen. Siger, at 'Det er dødirriterende, at der kun ses notater tre måneder tilbage'. Leder i papirjournalen efter et patientudfyldt scoreskema fra en tidligere kontakt. Der er lavet papirbilleder fra skanningen, som er overført til PACS.

Går ind på diagnosekoder.dk

Bruger CCS Notater til at orientere sig om, hvornår patienten er set første gang.

Mirsk: Dikterer koder og notat

Der foreligger papirbilleder fra ultralydsskanningen. Lægen bruger dem i forbindelse med diktering af notatet og de bliver herefter liggende i journalen.

Patienten får udleveret et væske/vandladningsskema.

➤ Patient 4

CCS Notater gennemses.

Leder i papirjournalen efter et patientudfyldt skema, som patienten har medbragt ved et forudgående ambulant besøg hos en sygeplejerske.

Dagsprogram fra bookingsystemet ligger på stuen i papirform

Lægen skeler flere gange til CCS notaterne.

Går i medicinmodulet og FMK og laver medicinafstemning.

Der er CAVE-oplysninger på patienten i CCS. Bente spørger til, om lægen orienterer sig om CAVE i CCS. Hun svarer, at hun lægger mærke til, hvis der er registreret CAVE-oplysninger, men hun opdaterer dem ikke med nye oplysninger. Hun dikterer CAVE til sekretæren.

Beder patienten om oplysningskemaet.

Finder papirhenvielse fra egen læge frem fra journalen.

Orienterer sig om patientens medicin i medbragt medicinliste, da der ikke er overensstemmelse med oplysningerne i FMK og på det medbragte skema.

Bruger DSOG-side på nettet til at finde et medicinpræparat.

Bruger diagnosekoder.dk

Mirsk: Dikterer koder og notat.

Bruger papirhenvielsen i forbindelse med diktering.

Bruger væske/vandladningsskema i forbindelse med diktering.

Lægen påtaler, at IT-systemerne virker utroligt langsomt. Det ser vi med egne øjne.

➤ Patient 5

Går i CCS Notater for at orientere sig om patienten. Da hun i mellemtiden har været i Labka og skiftet patient, har Notatbrowseren glemt lægens indstillinger og hun må igen flytte radioknappen fra kontaktafgrænset til Ikke-kontaktafgrænset og udvide søgeperioden til 1 år.

Dagsprogram fra bookingsystemet ligger på stuen på papir. I stedet for at orientere sig i bookingsystemet på dagsoversigten, om patienten er mødt, går sygeplejersken ud og spørger sekretæren. Der foreligger papirhenvielse fra egen læge.

CCS Notater fremme på skærmen.

Spørger efter patientens medbragte, selvudfyldte skema.

I lommen på journalen ligger en gul, en rød og en lyserød seddel. Den gule er en prioriteringsseddel til sekretæren, den røde fortæller, at der er et notat i Mirsk, den lyserøde, at lægen skal huske at diktere bidiagnoser.

Bruger diagnosekoder.dk

Mirsk: Dikterer koder og g notat

Bruger papirhenvielsen fra egen til som baggrund for diktering.

Bruger ultralydbilleder i forbindelse med diktering.

Udfylder OP-tilmeldingsskema.

Lægen giver udtryk for, at et bedre elektronisk overblik kan fås, hvis der var flere skærme, for eksempel 2 eller 3, på hver stue.

Observation

Læge 2 - Fredag den 4. januar 2013

➤ Patient 1

Åbner ESA, CCS, Mirsk og IPJ.

Har problemer med login i ESA, som spørger, om den skal huske passwordet til IPJ. svarer ja og angiver windows password, hvilket ikke er IPJ password. Må herefter køre en guide et par gange for at få ESA til at huske passwordet og det ender med ikke at lykkes.

CCS lukkes hurtigt igen.

Lægen orienterer sig i patientens notater i IPJ.

Dagsprogrammet fra bookingsystemet ligger på papir på stuen. Dagen igennem orienterer læge og sygeplejerske om patienternes fremmøde ved hjælp af sekretær i skranken.

Pia spørger, om Lægen plejer at have bookingsystemet åbnet, men hun svarer: 'Det magter jeg ikke'.

Har IPJ åben med notater fremme.

Starter konsultationen med at tage en papirblok frem. Gør løbende notater på den.

Har papirjournalen åben.

Laver skanningsbilleder under ultralyden. Disse overføres ikke til PACS.

ESA er gået i lås. Lægen kan ikke huske koden og er også i tvivl om den, fordi hun måtte bøvle med IPJ-koden. Hun er i tvivl om, hvad hun har skiftet kode til. Banker i bordet af frustration. Kommer dog på ESA-koden.

Mirsk: Dikterer notat og diagnose.

Bruger skanningsbilleder, da hun dikterer.

➤ Patient 2

Indtaster patientens CPR-nummer i Mirsk.

Finder patientens notater i IPJ og orienterer sig i dem.

Patienten er udeblevet.

Mirsk: Dikterer brev til patienten.

➤ Patient 3

Indtaster CPR-nummer i Mirsk og lægger Mirsk ned på proceslinjen.

IPJ – orienterer sig om patientens anamnese i notaterne.

Kigger efter patologisvar i papirjournalen.

Skeler til notater i IPJ under samtalen med patienten.

Leder efter Patoweb på ESA, men finder det ikke – det er ikke på hendes maskine. Pia går ud og ringer til IT-Support for at få det lagt på. Vil indsende patologirekvisition, da der er udtaget biopsier. Da lægen ikke endnu har Patoweb på sin egen profil, tilbyder sygeplejersken, at lægen kan logge på Patoweb på hendes maskine. Der er imidlertid ingen skanner koblet på sygeplejerskens PC og rekvisitionen kan derfor ikke fuldføres. Vi opgiver at lave den nu og går videre til næste patient.

Patient 4

Ny patient til forundersøgelse. Har aldrig været set før i Frederikshavn, derfor ingenting at se på i IPJ.

Åbner Patoweb på sygeplejerskens skærm for at se et patologisvar, der refereres til i henvisningen.

Henvisning fra egen læge foreligger på papir.

IPJ åbnet på patientens CPR-oplysninger.

Efter patientundersøgelse er ESA gået i lås. Låser ESA op.

Bruger medicin.dk

Gør notater på bagsiden af papirhenvisningen under samtalen med patienten.

Patienten har medbragt et selvudfyldt skema.

Patienten får udleveret blødningskalender.

Laver papirrecept.

Har udskrevet skanningsbilleder fra ultralyden.

Genstarter PC'en, da vi stadig ikke kan finde Patoweb på maskinen og nu har to prøver, der ligger og venter på at blive sendt ind. Patoweb ses stadig ikke.

Bente ringer til IT-Support, som logger på PC'en og gør det nødvendige. Herefter har Lægen Patoweb på sin profil.

Logger på Patoweb og indsender to patologi rekvisitioner.

Bruger håndskrevne notater og skanningsbilleder i forbindelse med diktat.

➤ Patient 5

Pt. kommer med udfyldt spørgeskema. Lægen tilføjer under samtalen notater på dette skema.

OP-tilmeldingsskema + anæstesiskema.

Der laves patologirekvisition

Mirsk: Ser ikke, at Mirsk allerede er åbent og ligger på proceslinien. Forsøger at åbne Mirsk igen, men opgiver og finder med Pias hjælp programmet på proceslinien. Dikterer notat.

➤ Patient 6

IPJ: Lægen orienterer sig om patienten.

Patienten er imidlertid udeblevet og Lægen dikterer brev til hende i Mirsk.

➤ Patient 7

Indtaster patient CPR i Mirsk og lægger programmet ned på proceslinien.

IPJ: Orienterer sig om patientens anamnese i notaterne.

IPJ er åbent og fremme på skærmen.

Udtager biopsi og laver patologirekvisition på forkert CPR-nummer. Sygeplejersken opdager dog fejlen og det rettes, inden rekvisitionen sendes ind.

Mirsk: Dikterer notat.

En sygeplejerske fra afdelingen kigger ind og spørger, om Lægen vil rette en forkert ordination på anti-D. Lægen svarer, at det vil hun helst være fri for og henviser til en anden læge.

Skanningsbilleder bruges til diktat.

Observationsstudie

Læge 3 - Onsdag den 3. april 2013

Morgenkonference:

Fire læger til stede. IT-udstyr til stede i konferencelokalet.

På bordet ligger

- 2 Papirhenvisninger på nyhenviste
- En oversigt over patienter, der er indlagt siden gårsdagens morgenkonference

De nyhenviste og indkomne patienter diskuteres nu i plenum. Ved en specifik patient spørges til tidligere notater. Den adspurgte læge gengiver disse via hukommelsen. Der var ingen brug af IT-udstyret.

Ambulatoriet:

Lægen er alene på stuen dagen igennem. Han har ingen sygeplejerske til at assistere sig. Sekretærerne har i forvejen fundet journaler frem på dagens patienter. Denne læge ønsker dog kun at se papirjournalerne på de nyhenviste. De resterende ligger hos sekretærerne, så de nemt kan tilgå lægen, hvis han skulle ønske det. Papirjournalen er lokal for dette sygehus, selv om sygehuset for mange år siden er lagt sammen med nabosygehuset i én enhed.

Lægen henter selv patienterne i venteværelset, vinger af i bookingsystemet for 'Konsultation start' og 'Konsultation slut' og han bringer selv journalerne ud til sekretærerne.

På ambulatoriestuen ligger dagens bookingprogram på papir. Lægen tager bookingprogrammet med sig for at have CPR-numrene på papir. Det giver ham mulighed for at følge op på blodprøvesvar dagen efter. Han vil gerne have CPR-numrene på papir, fordi det er svært at have både Mirsk og Clinical Suite åben samtidig på en lille skærm, idet applikationerne ligger ovenpå hinanden og dermed dækker for hinanden.

➤ **Patient 1**

Inden patienten kommer på stuen, åbner lægen Clinical Suite for at se, om der er svar på de blodprøver, som patienten er mødt tidligt ind for at få taget. Det afstedkommer en snak om den funktion, Clinical Suite har, hvor en læge kan kvittere for at have set et laboratoriesvar. I øjeblikket vinger nogle af lægerne af for at have set et laboratoriesvar på denne måde, inklusiv denne læge, men det gør sygeplejerskerne også og der er ingen enighed om, hvordan arbejdsgangen skal være omkring det, så derfor signeres der for det meste på papirsvaret for sete prøver.

Patienten kommer nu på stuen.

Clinical Suite er åben på skærmen. Blodprøvesvar gennemses.

Bookingsystemet er åbent.

Patientens medicin ses i Opus og der logges på FMK. Elektronisk recept afsendes og skrives samtidig ud på papir.

Der aftales ny tid. Lægen booker tiden i sin egen Outlook kalender og udleverer et aftalekort til patienten.

Konsultationen afsluttes med diktat i Mirsk. Lægeseekretæren skriver efterfølgende notatet, bestiller blodprøver til den kommende konsultation og indkalder patienten til den tid, der er aftalt.

➤ Patient 2

Clinical Suite åben. CPR-nummer tages fra papir-bookinglisten og indtastes i CCS. Patienten søges frem. Blodprøver og medicinstatus kontrolleres, inden patienten kaldes på stuen. Patienten kommer på stuen – samtale om status. Patientens medicin skal reguleres og der sker tilretning af ordinationerne i Opus.

Til patienten udskrives medicinoversigt, som udgør fire sider:

1. Daglig medicin
2. Medicin, der skal tages hver anden uge
3. Medicin, der skal tages hver 3. måned
4. Medicin, de skal tages ved behov

Der aftales ny tid: Lægen skriver aftalen ind i sin egen Outlook kalender og udleverer et aftalekort til patienten.

Konsultationen afsluttes med Mirsk-diktat, hvori indgår den aftalte tid og ordination af blodprøver, der skal foreligge inden den kommende konsultation.

➤ Pause

Den næste patient er ikke mødt, så lægen opsøger sin bakke for at se, om der er opgaver, han kan tage sig af i ventetiden. I bakken ligger et stykke papir, hvorpå der står, at han bedes kontakte en bestemt patient. Dette forsøges flere gange, men patienten er ikke at træffe. Efter adskillige forsøg indtales et brev til patienten på Mirsk.

Blodprøvesvar fra gårsdagens konsultationer tjekkes ved hjælp af papir-bookingoversigten fra i går, hvor CPR-numrene kan findes. I Clinical Suite signeres der for, at blodprøverne er set. Da alle prøver er inden for normalområdet, foretages ikke yderligere her, idet aftalen med patienterne er, at de kun informeres, hvis prøverne giver anledning til, at deres medicin skal justeres.

➤ Patient 3

Nyhenvist. Inden patienten kommer på stuen, gennemlæses papirhenvielse fra egen læge og tidligere notater grundigt i Clinical Suite. Blodprøvesvar kontrolleres.

Patienten kommer på stuen. Der samtales. Lægen skal undersøge patientens knæ.

Gigtpatient. Der klædes af og foretages en ultralydsundersøgelse. Det beslutes at give en steroidinjektion. Sygeplejerske tilkaldes.

Via en klinisk oversigt i CCS ses først en røntgenbeskrivelse af knæet og herefter åbnes EastViz via CCS, så røntgenbilledet af knæet kan vurderes.

Afspritning og lokalbedøvelse. Injektion gives. Påklædning.

Røntgenbilleder forklares for patienten på skærmen.

Patienten har allerede en ny tid i juni – hun er indkaldt subakut til denne konsultation på grund af forværring af tilstanden.

Der afsluttes med Mirsk diktat. Under dikteringen ledes i en skuffe efter en lille lommebog med procedurekoder. Koden for proceduren findes og dikteres til sekretæren. Det er en lokalt udarbejdet lommebog over de meste anvendte procedurekoder på denne afdeling. I samme lommebog er også vist et eksempel på en pragmatisk cancerregistrering.

➤ Patient 4

Inden patienten kommer på stuen læses tidligere notater på patienten via en klinisk oversigt i CCS. Blodprøvesvar gennemses.

Patienten kommer på stuen – samtale. Patienten vejes og resultatet sammenholdes med tidligere registreret vægt i CCS.

Der tages blodtryk og puls. Værdierne indtastes i CCS.

Patientens medicinstatus åbnes i Opus og drøftes med patienten og medfølgende hustru.

Medicinen justeres og oversigten udskrives på papir. Gennemgås minutiøst med patient og hustru, specielt hustru, som har styret på medicinen i det daglige. FMK åbnes og der laves elektroniske recepter på det medicin, patienten mangler.

Patientens hustru har medbragt en skrivelse fra Sundhedsstyrelsen om de regler, der er for håndkøbsmedicin, der udleveres på recept. Spørger om skrivelsen har nogen betydning for patientens nuværende medicin. Lægen svarer nej og hustru tager skrivelsen med hjem igen.

Lægen giver ny tid og booker den i sin egen Outlook kalender. Udleverer aftale kort til patienten og afslutter konsultation med Mirsk-diktat.

➤ Patient 5

Inden patienten kommer på stuen, slås op på Kumuleret Svar i CCS. Blodprøvesvar gennemgås. Der vælges en klinisk oversigt i CCS og herfra læses enkelte notater. Lægen går i Opus og gennemgår patientens nuværende medicin.

Patienten kommer på stuen. Er tidligere sat i behandling med binyrebarkhormon. Der er en snak om mulige effekter og bivirkninger af dette. Medicinstatus gennemgås med patienten ud fra oversigten i Opus.

Patientens skal aftrappes i binyrebarkhormon og der skal laves aftrapningsskema i Opus.

Bruger lidt tid på dette. Udskriver en medicinoversigt på papir og gennemgår den igen med patienten, idet dosis er justeret.

Ny tid aftales, lægen booker tiden i sin egen Outlook kalender og udleverer aftalekort til patienten.

Afslutter med Mirsk-diktat.

➤ Patient 6

Inden patienten kommer på stuen, findes CPR-nummer på papir-bookinglisten, det indtastes i CCS og der ses medicinstatus på patienten. Der vælges en klinisk oversigt, hvorfra enkelte notater læses. Blodprøvesvar læses på Kumuleret Svar.

Patienten er ikke mødt endnu, hvorfor:

➤ Pause i konsultationen

Lægen går endnu engang ud til sin bakke for at se, om der er kommet nye sager til. Her ligger nu en papirjournal med et udskrift af en henvisning, hvor egen læge beder om at få patienten vurderet hurtigt. Henvisningen gennemlæses og der laves håndskrevne bemærkninger på den til sekretæren om at indkalde patienten i næste uges ambulatorium.

Nu er blodprøvesvar fra gårsdagens konsultation også udkommet på papir. Lægen har allerede tidligere på dagen gennemset svarene i CCS og kvitteret for dem elektronisk, men nu bliver papirsvarene også stemplet med 'Set af xxx'.

Lægen går retur til sekretærerne med journal og signerede blodprøvesvar.

➤ Patient 6 forts...

Nu er patienten mødt, kommer på stuen og der klikkes af i 'Start' i bookingsystemet. Nu lang samtale med patienten omkring almentilstanden.

Ud fra en klinisk oversigt ses først røntgenbeskrivelser og lægen vil herefter åbne EasyViz for at se de tilhørende billeder, men nu fryser ESA (kendt problemstilling), så lægen må lukke CCS, logge på igen, fremsøge patienten og denne gang kan EasyViz åbnes.

WebPas åbnes via CCS og der laves henvisning til røntgen forud for næste kontrolbesøg. Opus åbnes og smertebehandlingen justeres.

Patienten beder nu om at få taget røntgenbilleder et andet sted, end hvor de er bestilt.

Lægen ved ikke, hvordan det kan rettes, men lover patienten, at det bliver ændret.

Medicinoversigt udskrives på papir fra Opus og gennemgås med patient og hustru. Der laves elektroniske recepter.

Ny tid aftales, aftalekort udleveres til patienten, tid bookes i lægens private Outlook kalender.

Der afsluttes med Mirsk-diktat, hvor lægen også dikterer den givne tid, så sekretærerne kan booke i bookingsystemet. Beder ligeledes sekretærerne om at sikre, at patienten indkaldes til røntgen et andet sted end primært ordineret.

Observation

Læge 4 – onsdag den 10. april 2013

Morgenkonference

16 læger til stede.

Der er IT-udstyr i lokalet, Clinical Suite er åben på skærmen. Under konferencen er der samtale om en del konkrete patienter, men der er ingen brug af IT.

Herefter besøg af to repræsentanter fra et firma, som har et kvarter til at præsentere deres produkt til tromboseprofylakse.

Til slut diskussion af et konkret PRI-dokument.

Ambulatorium

Lægen er alene på stuen dagen igennem. Han har ingen sygeplejerske til at assistere sig.

Sekretærerne har i forvejen fundet papirjournaler frem på dagens patienter. De ligger i vindueskarmen. Papirjournalen er lokal for dette sygehus, selv om sygehuset for mange år siden er lagt sammen med nabosygehuset i én enhed.

Lægen henter selv patienterne i venteværelset, vinger af i bookingsystemet for 'Konsultation start' og 'Konsultation slut' og han bringer selv journalerne ud til sekretærerne.

På ambulatoriestuen ligger dagens bookingprogram på papir. Det tager lægen med sig i hånden, hver gang han er ude og hente en ny patient.

Det er lægens opgave at vinge af i bookingsystemet, når konsultationen starter og slutter. Dette sker på hver patient.

Den pågældende læge har aftenen før i en stille vagt lavet håndskrevne notater på en blok omkring patienterne for at være godt forberedt.

➤ Patient 1

Åbner ESA og herpå Clinical Suite. Tager patientens CPR-nummer fra papir-bookinglisten og indtaster i CCS. Finder en receptblok frem. Gennemlæser kort de håndskrevne noter. Nu hentes patienten ind på stuen og konsultationen går i gang. Patienten medbringer en medicinliste, som lægen gennemgår.

Kontrollerer blodprøvesvar i CCS.

Lægen spørger efter patientens orange kort, der bæres af patienter i AK-behandling.

Patienten fremviser dette og tager det med sig igen.

Lægen går fra CCS i Opus og herfra i FMK. Laver elektronisk recept. Laver også papirrecept. Finder labelark i papirjournalen for at sætte en label på papirrecepten.

Åbner Mirsk og dikterer notat, mens patienten stadig er på stuen. Bruger patientens medbragte medicinliste som baggrund for diktat. Skifter under dikteringen sømløst mellem Opus og Kumuleret Svar i CCS.

➤ Patient 2

Inden patienten hentes ind på stuen, indtastes patientens CPR-nummer i CCS.

Finder papirjournalen i vindueskarmen og lægger den på skrivebordet.

Fremfinder seneste blodprøvesvar i CCS og disse gennemgås nøje.

Vælger en klinisk oversigt og læser notater herfra.

Efterkontrollerer EKG-beregninger ved hjælp af en App på I-phone.

Gennemlæser de håndskrevne notater.

Vælger forskellige kontakter i CCS og læser de tilhørende notater.

Går fra CCS i PRI, hvor retningslinje om AK-behandling gennemses.

Læser flere notater i CCS og gør flere håndskrevne notater.

Finder papir-EKG'er i journalen og gransker dem.

Nu hentes patienten ind på stuen og der samtales omkring patientens tilstand.

Gør under samtalen flere håndskrevne notater.

Patienten medbringer opdateret medicinliste, som gennemgås nøje og sammenholdes med blodprøvesvar i CCS.

Lægen har behov for at konferere med en ældre kollega. Forlader stuen og vender tilbage efter ca. fem minutter. Medicinstatus fastholdes og dette informeres patienten om.

Afslutter konsultationen med at diktere i Mirsk, mens patienten stadig er på stuen. Under dikteringen anvendes de håndskrevne notater, papir-EKG'er og patientens medbragte medicinliste. Desuden skiftes sømløst ved hjælp af genvejstaster hurtigt imellem forskellige skærmbilleder i CCS og den føromtalt AK-retningslinje. Medicinlisten arkiveres til slut i journalen, som lægges tilbage i vindueskarmen.

➤ Patient 3

Indtaster patientens CPR-nummer i CCS. Åbner en klinisk oversigt og læser notater herfra.

Gør håndskrevne notater. Tager papirjournalen og leder efter et EKG, patienten har fået taget tidligere i dag. Det er dog ikke at finde, hverken på papir eller i elektronisk form.

Går via CCS i PRI for at finde retningslinje for Cordarone-kontrol efter udskrivelse.

Vælger en klinisk oversigt og læser notater herfra. Vælger forskellige kontakter og læser de tilhørende notater.

Gennemser tidligere EKG'er, der foreligger i elektronisk form i CCS.

Leder efter svar på de blodprøver, patienten har fået taget tidligere i dag. Leder både i journalen og i CCS, men finder dem ikke. Går ud for at spørge sekretærerne og det viser sig, at der er sket en fejl. Patienten har ikke fået taget blodprøver.

Nu kommer patienten på stuen og han medbringer det EKG, som lægen tidligere har ledt efter, i en kuvert fra laboranterne.

Der samtales med patienten og lægen gør under samtalen håndskrevne notater.

Patienten medbringer en opdateret medicinliste, som er lavet af en sygeplejerske på det plejehjem, hvor patienten bor. Listen gennemgås nøje.

Lægen beder om at se det orange kort over AK-behandling. Det finder patienten, lægen ser på det og returnerer det til patienten.

Sammenligner nu to papir-EKG'er: Det, patienten er kommet med, og et tidligere EKG, som findes i papirjournalen.

Lægen spørger nu ind til patientens vanddrivende medicin og hvorfor han får det. Det ved patienten ikke. Lægen leder længe i de elektroniske notater for at finde indikationen for det. Finder det til sidst.

Udleverer tre papirrecepter til patienten.

Konsultationen afsluttes med diktat i Mirsk, mens patienten er på stuen. Anvender her både de håndskrevne notater, patientens medicinliste, papir-EKG og CCS. Under dikteringen fryser ESA (kendt problemstilling) og lægen må lukke ESA ned og lukke op igen og logge på Mirsk igen. Systemerne er ikke særlig villige lige nu, så dette tager ca. 3 minutter. Er usikker på, om diktatet er gemt som kladde eller om han skal starte forfra, men notatet er gemt som kladde og kan gøres færdigt.

Efter diktat får patienten medicinlisten retur.

Går ud til sekretærerne med dagens første journaler. Så ved de, at der er dikteret og kan gå i gang med at skrive.

➤ Patient 4

Tager næste patients CPR-nummer fra papir-bookingsoversigten og indtaster i CCS. Vælger en klinisk oversigt og læser notater herfra.

(Jeg lægger mærke til, at lægen fjerner patientlisten fra skærbilledet, så han har hele arbejdsområdet til at læse notater på)

Finder papirjournalen i vindueskarmen og lægger den på skrivebordet.

Læser flere notater i CCS og gør håndskrevne notater. Finder blodprøvesvar i CCS. Finder blodprøvesvar på papir i journalen og kvitterer på papiret for at have set dem. Finder et papir-EKG i journalen og gransker det.

Nu kommer patienten på stuen og der samtales og gøres flere håndskrevne notater. Lægen spørger, om patienten har medbragt en medicinliste. Det har han og listen gennemgås minutløst.

Nu tages blodtryk og puls og saturation måles.

Der lyttes på lunger og hjerte.

Udsteder papirrecept til patienten, finder hertil en label i papirjournalen.

Åbner Opus og laver ordinationerne.

Konsultationen afsluttes med, at der dikteres i Mirsk, mens patienten er på stuen. Til dette anvendes de håndskrevne notater, papir-EKG, medbragt medicinliste og blodprøvesvar, som ses i CCS.

Den medbragte medicinliste gemmes i papirjournalen. Papirjournalen lægges tilbage i vindueskarmen.

➤ Patient 5

Før patienten kommer på stuen, gennemses håndskrevne notater. Patienten sættes i kontekst i CCS og der læses notater. Finder papirjournalen frem, leder efter papir-EKG'er. Ser blodprøvesvar i CCS.

Gransker nøje to papir-EKG'er og bruger sin I-phone App til at lave beregninger på EKG'erne.

Nu kommer patienten på stuen. Hun lægger prompte det orange AK-skema + medbragt medicinliste på skrivebordet. Begge dele gennemgås af lægen, hvorefter han laver flere håndskrevne notater.

Vælger promedicin.dk på nettet og tjekker bivirkninger af Cordarone.

Ser en røntgenbeskrivelse i CCS.

Laver tre papirrecepter til patienten.

Lytter på lungerne.

Herefter igen nøje gennemgang af patientens medbragte medicinliste.

Afslutter med Mirsk-diktat. Håndskrevne notater, papir-EKG, medbragt medicinliste bruges til diktatet. Der dikteres desuden henvisning til diverse supplerende undersøgelser (Holtermonitorering, neurologisk udredning, lungemedicinsk udredning og KOL-skole).

Medbragt medicinliste lægges i journalen, patienten får det orange AK-kort og recepterne med sig. Journalen lægges tilbage i vindueskarmen.

➤ Patient 6

Før patienten kommer på stuen, gennemgås de håndskrevne notater og der læses notater i CCS. Under gennemlæsningen af notaterne i CCS, suppleres med flere håndskrevne notater på blokken. Blodprøvesvar gennemses i CCS og håndskrevne notater suppleres. Der læses røntgenbeskrivelser i CCS og herefter flere håndskrevne notater. Papirjournalen hentes i vindueskarmen og lægges på skrivebordet.

Nu kommer patienten på stuen. Han medbringer et EKG i en kuvert, lægger dette på skrivebordet. Lægen spørger, om han også har medbragt en opdateret medicinliste. Den findes frem og den studeres grundigt. Herefter studeres EKG'et grundigt.

Patienten nævner nu, at han har været til forundersøgelse på Aarhus Kommunehospital og venter nu på indkaldelse til radioaktiv jodbehandling. Lægen går via CCS i E-journal og læser notater herfra.

Der måles blodtryk og puls.

Patienten medgives papirrecept.

Der afsluttes med Mirsk diktat, mens patienten er på stuen. Diktatet laves ud fra håndskrevne noter, papir-EKG, patientens medbragte medicinliste, notater læst i CCS og notater i E-journal, som gennemses endnu engang under dikteringen. Desuden fremsøges en diagnose i CCS, som også indgår i notatet.

Papir-EKG og patientens medbragte medicinliste lægges i journalen, som lægges tilbage i vindueskarmen.

➤ Patient 7

Tager papirjournalen på dagens sidste patient med tilbage på skrivebordet.

Finder et kladdeark og begynder at lave notater, idet han ikke har nået at lave håndskrevne noter på denne patient dagen før. Læser notater og kontrollerer blodprøvesvar i CCS.

Gennemtraver papirjournalen for at finde et tidligere EKG. Finder herved en epikrise på en forkert patient i journalen. Den lægges løst oven på de journaler, der ligger i vindueskarmen.

Finder EKG'et, som granskes nøje.

Går i Opus og gennemgår patientens medicinstatus her.

Nu hentes patienten ind på stuen. Lægen spørger patienten, om han har medbragt en opdateret medicinliste. Det har patienten og den gennemgås nøje. Lægen gør flere håndskrevne noter.

Går tilbage til CCS og vælger en klinisk oversigt. Herfra læses flere røntgenbeskrivelser.

På patienten måles blodtryk, puls og saturation.

Der lyttes på hjerte og lunger og halsen undersøges.

Der laves to papirrecepter, som udleveres til patienten.

Går igen på promedicin.dk for at se anbefalinger for Eltroxin.

Slutter af med Mirsk-diktat, mens patienten er til stede på stuen. Notatet laves på baggrund af håndskrevne noter, røntgenbeskrivelser læst i CCS, notater læst i CCS, medbragt medicinliste og papir-EKG.

Slutteligt lægges papir-EKG og medbragt medicinliste i journalen.

Journalerne i vindueskarmen bæres nu ud til sekretærerne og ambulatoriedagen er slut.

Bilag C

Interviewguide

Hvem er jeg og hvad vil jeg?

Jeg hedder Bente Olesen. Jeg læser Sundhedsinformatik på Aalborg Universitet. Interviewet her vil blive brugt i min masteropgave, hvor jeg undersøger, hvilken rolle papiret har for læger i ambulatorier, når man samtidig har en elektronisk patientjournal.

Jeg vil gerne have lov til at optage interviewet af hensyn til den videre analyse. Data fra både observationsstudiet og interviewet vil blive anonymiseret. Jeg laver en fuld transskribering af interviewet, dog med fratræk af pauser og fyldord som æh, øh osv.

Jeg stiller både spørgsmål specifikt til den observation, jeg har gjort af dig, men også på tværs af de fire observationsstudier, jeg har lavet, for at opnå en synergieffekt, idet I alle har og har haft de samme IT-systemer til rådighed og det er de samme papirtyper, der anvendes i jeres ambulatorier, blot med enkelte variationer.

Jeg ved jo, at I har haft elektronisk patientjournal i de sidste 10 år, først IPJ og nu Clinical Suite, men papirjournalen eksisterer stadig.

Hvordan anvender I papirjournalen i dag?

Hvad er grunden til, at der fremfindes svar i papirjournalen, f.eks. laboratoriesvar, patologisvar og historiske EKG'er?

Hvordan arbejder I med papirhenvisningen fra egen læge?

De læger, jeg har observeret, har alle haft dagsprogrammet fra bookingsystemet udskrevet på papir og liggende på stuen. Hvilken funktion har det for dig?

Alle de læger, jeg har observeret, har gjort notater på kladdeark eller skrevet noter på f.eks. henvisningen før eller under konsultationen. Hvad er grunden til det? Hvilken værdi har det for dig?

De fleste patienter medbringer et eller flere papirer til konsultationen, f.eks. en medicinliste eller et oplysningsskema. Hvad er grunden til det?

Patienterne kommer også med skemaer som væske/vandladningsskema, blødningskalender, blevejningsskemaer, urininkontinensskema. Hvilken funktion har de?

I hvilke situationer vælger du at lave elektronisk recept og i hvilke tilfælde vælger du at lave papirrecept til patienten?

Hvordan følger du op på laboratoriesvar på dine ambulante patienter?

Hvad er grunden til, at en del patienter får udleveret udskrift af medicinliste?

OP-tilmeldingsskema

- Hvordan bruges det? Er det en del af journalen?

Foreløbig Journaloptagelse til anæstesi.

- Hvilken funktion har det? Har anæstesi samtidig din journaloptagelse til rådighed?

Kendt problemstilling, at der ligger papirdokumenter fra en patient i en anden patients journal. Hvordan tænker du om det?

Der foreligger mange udprint af billeder og resultater fra undersøgelser på papir, f.eks. ultralydbilleder. Nogle af billederne er overført til EasyViz. Hvilken værdi giver det at have papirudgaven?

Hvordan fungerer det for dig i dagligdagen at arbejde med elektronisk patientjournal og papirdokumentation parallelt? Hvilke udfordringer giver det?

Er der nogle af de papirer, der anvendes i ambulatoriet, som du kunne nøjes med at arbejde med digitalt? F.eks. laboratoriesvar?

Har du andre kommentarer til lægers brug af papir, som vi ikke har været inde på under interviewet?

Mange tak, fordi du ville tage dig tid til at medvirke!

Bilag D

Transskription af interviews

Læge A

Mandag den 13. maj 2013

Jeg ved jo, at I har haft elektronisk patientjournal her de sidste 10 år, først IPJ og nu Clinical Suite og I har også papirjournalen. Vil du prøve at fortælle lidt om papirjournalen? Hvad bruger I den til?

Da jeg kom til Danmark for X år siden, startede jeg med Clinical Suite. Jeg havde et kort bekendtskab med IPJ, men når vi snakker om papirjournalen, så er der en del undersøgelser, som kun kan findes på papir, for eksempel spirometri og patientens gamle EKG'er. De findes kun på papir. Men til resten af journalføringen anvender jeg i praksis mest Clinical Suite.

Så vil jeg gerne spørge lidt ind til papirhenvisningen, der kommer fra egen læge. Hvordan arbejder I med den, fra den kommer ind?

Henvisningerne til for eksempel Akutmodtagelsen kommer ind via Edifact. Man arbejder på det, men der er på nuværende tidspunkt ikke etableret direkte forbindelse mellem Edifact og Clinical Suite, så vi er nødt til at printe den ud på papir og derfor har vi henvisningen fra egne læge på papir.

Når egen læge henviser patienten til Ambulatoriet, så foregår henvisningen også på papir. Det er lægesekretærene, der modtager henvisningen, og det er den ledende overlæge, der visiterer dem.

Alle de læger, jeg har observeret, har haft dagsprogrammet fra bookingsystemet til at ligge på stuen. Hvilken værdi giver det at have det på papir?

Det giver tryghed i hvert fald, og når jeg skal ud til patienten, så er det rart at have patientens data i lommen. Jeg siger deres navn i venteværelset for at få den rigtige patient med ind på stuen og hvis man kommer i tvivl, så spørger man til patientens CPR-nummer eller fødselsdag og jeg er ikke så god til at huske alle mine patienters CPR-numre, så derfor er det en god hjælp at have listen med i hånden. Som sagt giver det tryghed.

Alle de læger, jeg har observeret, har gjort brug af at skrive noter på papir, enten før konsultationen eller under konsultationen. Hvad betyder det for dig at gøre det?

Det gør jeg også. Når jeg forbereder mig til ambulatoriet, plejer jeg at lave noter på papir, som er mine helt personlige noter, hvor jeg noterer de vigtige forhold omkring patienten. Så

betydningen er at individualisere patientens behandling og det betyder også noget for planlægningen. Patientens sygehistorie synliggøres og jeg kan lægge en behandlingsplan. Og det, at jeg helt fysisk kan se, hvad jeg skriver, er også ret vigtigt for mig.

Kunne du forestille dig at skrive kladdenoterne i Clinical Suite, hvis det var muligt?

Ja, det kunne jeg godt

Også mens patienten er til stede på stuen? Jeg tænker på, gør det noget ved interaktionen mellem patient og læge, hvis patienten sidder og skriver i systemet under konsultationen eller vil det fungere fint?

Patienterne 'tåler' jo, at jeg skriver med en kuglepen på et stykke papir og jeg går ud fra, at de også vil acceptere, at jeg skriver på computeren og jeg kan ikke se den store forskel.

Så har jeg også set, at langt de fleste patienter medbringer noget papir til konsultationen. Det kan være lidt forskellige typer, f.eks. en medicinliste, et oplysningsskema, hvor de angiver stamdata, tidligere kontakter og allergi eller et AK-kort. Her hos dig medbragte mange patienter en medicinliste. Vil du fortælle lidt om den liste og hvad du bruger den til?

Medicinlisten er en ret vigtig del af vores ambulatoriearbejde. Den giver meget vigtige oplysninger om patientens reelle medicin, som patienten tager. Og på nuværende tidspunkt har vi desværre ikke en løsning, som gælder alle praktiserende læger. I fremtiden bliver det forhåbentlig FMK, der overtager rollen, men på nuværende tidspunkt kan vi se, at lægerne ikke er kommet i gang med at bruge FMK, så den er ikke pålidelig og jeg kan ikke stole på de oplysninger, der findes der. På den baggrund plejer vi at bruge papir, når vi snakker om medicin. Selvfølgelig plejer jeg at læse sammen med patienten, hvad der står på papiret og på den måde gennemgå listen. Og problemet med medicin på papir er også lidt mere udbredt på den måde, at receptmulighederne i FMK er under udvikling, må man sige, så i mit ambulatorium og i mine kollegers ambulatorier, udfylder vi recepten på papir stadigvæk. Og det er også det nemmeste for patienten.

Og du gemmer medicinlisterne efterfølgende i papirjournalen, så de bliver en del af journalen?

Ja, det gør jeg.

Hvis det nu var muligt for patienten at lægge sådan nogle oplysninger ind på forhånd – det er det ikke nu – men hvis det var muligt, ville det så være en hjælp for dig, at du kunne se dem på forhånd, altså mens du forbereder dig?

Mener du elektronisk?

Ja, hvis patienten selv havde en indgang til systemet og kunne lægge oplysninger ind?

Ja, selvfølgelig kunne det være en hjælp i forberedelsen.

Der fremfindes mange svar fra papirjournalen: Lab-svar, patologisvar, historiske EKG'er. Det har du egentlig svaret på, at det er fordi, de kun foreligger der. Er det rigtigt forstået?

Nej, vi fører dobbeltdokumentation på nuværende tidspunkt. Alle de prøver, blodprøver og EKG, som kan findes i den elektroniske journal, kan også findes i patientens papirjournal, så vi bogfører dem og arkiverer dem på papir også. Og når vi vender tilbage til de resultater, som kun kommer på papir, så er det ret vigtigt at bemærke, at f.eks. på Holter-monitorering og hjerterytmeovervågning foreligger resultaterne også kun på papir desværre, selv om de er aflæst digitalt, men der er ikke skabt forbindelse mellem Clinical Suite og det elektroniske Holter-system. Så derfor udprinter sygeplejersken teksten på papir, så resultatet bliver altså også en del af patientens papirjournal.

Hvordan skelnes der imellem, om der laves en papirrecept eller en elektronisk recept?

Hvad mener du med spørgsmålet?

Jeg mener, I hvilke tilfælde vælger du at lave en elektronisk recept og i hvilke tilfælde vælger du at lave en papirrecept?

Når jeg arbejder på sengeafdelingen, plejer jeg næsten altid at lave elektronisk recept, fordi der har vi mulighed for at give patienten tabletter i hånden, indtil patienten kan købe sin medicin, og når man udskrives fra afdelingen, så har man lidt mere tid til at arbejde på den elektroniske journal i FMK.

Fordi det tager tid – det tager *virkelig* lang tid at lave elektronisk medicinafstemning og lave recepter. Og vi har instrukser, som nødvendiggør, at vi følger denne arbejdsgang. I ambulatorier har man ikke så lang tid til patienten og det kræver en utrolig mængde arbejde at lægge al patientens medicin ind i FMK og skrive recepter på de nye patienter og det har man desværre ikke tid til i ambulatoriet. Det er derfor, vi plejer at vælge den hurtige løsning, som er papirrecepten.

Når dine ambulante patienter får taget blodprøvesvar, hvordan følger du op på dem?

Jeg følger op på dem elektronisk på ambulatoriet. På sengeafdelingen og i nogle meget sjældne tilfælde hos ambulante patienter er der en del prøver, som er udført af Statens Seruminstitut og f.eks. immunologiske svar, som kun kommer på papir, så dem skal vi finde frem i journalen, men resten kommer elektronisk.

Men hvis du i morgen skal se svar på de blodprøver, som dine patienter har fået taget i dg, hvordan finder du deres CPR-numre og hvordan husker du, hvilke patienter, du har set i dag?

Lige så snart jeg har afsluttet min kontakt med patienten i ambulatoriet, afslutter jeg også med at diktere patientens data og det skal tilføjes, at vi planlægger opfølgning på patientens prøver og undersøgelser og det plejer at foregå ved en ny kontakt. Lige så snart patienten møder op 2. gang, så kan jeg fortælle om prøverne og foretage de nødvendige medicinjusteringer i forbindelse med det.

Det er jo en kendt problemstilling, at man ofte finder papirdokumenter i én papirjournal, som tilhører en anden patient. Det så jeg også her hos dig. Hvorfor sker det?

Der kan altid ske noget med systemerne også. Men her er det en menneskelig fejl, der sker, og det er meget nemt at opdage, man skal bare kigge på resultatet på papir, så det er nemt at finde ud af det og det er man vant til faktisk. I den elektroniske journal kan der også forekomme problemer – ikke den samme slags – men IT-mæssige problemer, så på den baggrund kan jeg ikke den store forskel.

Så har jeg også set, at I mange lægers kasser eller bakker på deres kontor ligger mange papirjournaler eller chateques. Hvorfor lægger sekretærerne noget i bakken der til lægen? Hvad er grunden til det?

I det fleste tilfælde er der nogle manglende notater eller notater, der venter på godkendelse. Og tankegangen bag det kunne være, at på den måde kan man følge op på patientens resultater og diktere dem. De plejer faktisk at vedlægge patientens nyeste værdier, som man skal tage stilling til.

Godkender I notater her hos jer? Ambulante notater?

På papir? Nej, det gør vi ikke, men hos de indlagte godkender vi epikrisen..

Hvordan fungerer det for dig i dagligdagen at arbejde med både EPJ og papir på samme tid? Giver det nogle udfordringer?

Ja, selvfølgelig giver det udfordringer, fordi vi har ikke altid journalerne tilgængelige, f.eks. hvis patienten har været undersøgt i Aalborg, så har vi selvfølgelig ikke patientens papirdokumentation med, så på den baggrund kan vi kun stole på den elektroniske journal. På den anden side, hvis man som jeg mest arbejder med den elektroniske journal, så bliver man ret afhængig af de kørende elektroniske systemer. Så når de elektroniske systemer til gengæld går i stå, så har man et problem, fordi man finder den anden arbejdsgang meget, meget besværlig, fordi man ikke har trænet sig. Så der er både fordele og ulemper ved det.

Er der nogen af de papirer, du arbejder med her i ambulatoriet, som du kunne nøjes med kun at arbejde med digitalt?

Ja, det er eventuelt mine noter, som jeg kunne arbejde med digitalt. Jeg ville selvfølgelig være glad for at få alle patientens resultater elektronisk, men på nuværende tidspunkt kan det ikke lade sig gøre.

Har du andre kommentarer til lægers brug af papir, som vi ikke har talt om indtil nu?

Ja. Der kan være nye dimensioner i patientens elektroniske journal. Det vil sige, at vi kan se patientens resultater i en ny sammenhæng, især når vi for eksempel snakker om blodprøver. Det handler om en ny funktion, som endnu ikke findes i Clinical Suite, men som findes i mange andre IT-systemer. For eksempel, når vi snakker om patientens blodprøver, kan man i en elektronisk journal få en mulighed for at kigge på et sæt, et udvalg, af patientens blodprøver tilbage i tiden, det vil sige, man kan se, hvordan patientens blodprøver udvikler sig og det kan være meget informativt at se for eksempel infektionstallene eller hæmoglobin, hvordan det svinger over tid. Det er væsentligt mere besværligt at følge op på det på papir. Forhåbentlig kommer denne funktion i nærmeste fremtid i Clinical Suite og det medfører en helt anderledes tankegang, en helt anderledes diagnostisk tankegang og man kan virkelig mærke udviklingen i brugen af et elektronisk system på grund af disse nye dimensioner, som man aldrig har haft før i papirets verden.

Mange tak for din medvirken!

Læge B

Tirsdag den 14. maj 2013

Jeg ved jo, at I har haft elektronisk patientjournal her de sidste 10 år, først IPJ og nu Clinical Suite

Vi har haft elektronisk journal i 12 år, det var i 2001, vi startede med IPJ.

Ok, men I har også stadig en papirjournal. Vil du ikke prøve at fortælle lidt om den? Hvad bruger I den til?

Jo. Det er personafhængigt, hvordan den bruges. Der er nogle af mine kolleger, der bruger papirjournalen og ikke kan leve uden. Jeg bruger den meget lidt. Men der er nogen ting, jeg er nødt til at bruge den til. Min yndlingsaversion er, at vores korrespondance med vores patienter – hvad vi skriver til dem og hvad de skriver til os – kan ikke arkiveres i øjeblikket i den elektroniske patientjournal. Så det vi bruger den til er: Hvad skrev jeg til patienten

efter det sidste ambulante besøg. Det kan jeg ikke se elektronisk. Det er stort set det eneste, jeg bruger den til.

Så har vi efterhånden nogle meget få blodprøver, som laves af Statens Seruminstitut, som arkiveres på papir. I den elektroniske journal fremgår de bare som 'Sendt', så der er jeg også nødt til at have papirjournalen, men det er vist de to eneste situationer, hvor jeg bruger papirjournalen som så.

Så bruger jeg, når jeg sidder i ambulatoriet, en udskrift af patienter, der kommer i dag. Det vil jeg ikke betragte som en del af journalen, men som en arbejdsseddel.

Det er dagsprogrammet fra bookingsystemet?

Ja, det er sådan set det eneste stykke papir, jeg burde have på stuen.

Så får vi stadigvæk svar fra Labka på papir, som jeg skal signere, men der har jeg jo set dem, så det er altså dobbeltarbejde.

Jeg har også set de steder, jeg har været, at sekretærene bruger at lægge papirjournalen i lægens bakke med nogle forskellige beskeder på. Hvilken funktion har det?

Jamen, det er jo ... det ved jeg ikke ... det gør de nu heller ikke nødvendigvis i min bakke. Der gør de dét, hvis patienten for eksempel ringer og gerne vil tale med mig eller gerne vil have lavet en tid om – jeg vil selv sætte tider tid, det gør sekretærene ikke – så printer de patientens PAS-side ud og skriver deres ærinde på og lægger den i min bakke. Så det er sådan set ikke journalen. Det er bare for at fortælle mig, hvem der har ringet, hvad vil de og hvordan vil jeg handle på det. Og det kvitterer jeg så for på det samme stykke papir. Så det er sådan set ikke journalen, der bruges her.

Men en form for advisering om, at nu er der en opgave, du skal kigge på?

Ja, det er det.

Så har jeg også set, at papirhenvisningen fra egen læge, den har I jo også stadigvæk.

Ja, det er rigtigt, den havde jeg glemt.

Vil du ikke fortælle, hvordan I arbejder med den?

Jo, det er igen lidt anderledes. Rent faktisk er det meget sjældent, at jeg ser papirhenvisningen som sådan, fordi når der kommer ... nu bliver det helt grotesk ... der kommer en Edifact-henvisning, den printer sekretærene ud og så går hun ind og skanner den ind og sender den til mig. Og så sidder jeg og modtager en henvisning, som er indskannet og kigger på den, og så visiterer jeg den og bestemmer, hvad der skal tages af blodprøver og så sender jeg det tilbage elektronisk. Så det foregår i sådan et parallelsystem, men ikke på papir som sådan. Det gør det så, når jeg er her, men det

specielle ved min arbejdssituation er, at tre ud af fem dage arbejder jeg hjemmefra. Derfor foregår det på den facon. Men vi bruger papirhenvisningen fordi henvisningen ikke er tilgængelig elektronisk i Clinical Suite.

Og hvis den var tilgængelig, så ville det være perfekt?

Ja, så skal vi bare have en avis om, at den er der. Der mangler vi jo stadig nogle ting, som siger til mig: Der er noget her, du skal tage stilling til - en arbejdsliste, opgaveliste eller hvad man kunne kalde den.

Alle de læger, jeg har observeret, har haft det her dagsprogram fra bookingsystemet liggende på papir på stuen, som du fortalte om før. Har du mere at tilføje omkring det og hvad du bruger det til?

Jeg bruger det udelukkende til at identificere patienternes CPR-nummer. Det er nemmere at have papiret til at ligge end at finde bookinglisten frem på skærmen, fordi hvis jeg så går over og skal plote noget ind i Clinical Suite, så forsvinder bookinglisten, for jeg kan ikke have begge to synlige samtidig. Ja, det kan jeg muligvis godt, men så bliver der meget mindre plads på skærmen, som ikke er stor i forvejen, så jeg bruger den som sagt til at identificere patientens CPR-nummer. Og så tager jeg den med hjem og kontrollerer patientens blodprøver hjemmefra. Og det er igen ... så kan jeg huske, hvem jeg har set. Og der er papir og blyant stadigvæk et udmærket arbejdsredskab.

Og det er igen en kompensation for, at vi ikke har den her opgaveliste/arbejdsliste i Clinical Suite.

Ja ... ja, det er det. Her kan jeg 'vinge dem af', det kan jeg ikke ellers.

Alle de læger, jeg har observeret, har brugt at gøre notater enten på kladdeark eller på papirhenvisningen ... en eller anden form for notater under konsultationen. Hvilken værdi har det?

Gør jeg det?

Ja, du skribede et par gange noget kladdepapir.

Jamen, så er det fordi, der er et eller andet, jeg skal huske at have med. Andet kan jeg ikke umiddelbart komme i tanker om. Jeg skriver en huskeseddel til patienten om, hvornår de skal komme igen, sådan et lille aftalekort.

Men ellers synes jeg ikke, jeg gør det. Jo, jeg gør det igen, når der ligger sådan en dyng papirer til mig, så giver jeg patienten en tid og skriver, hvilke blodprøver, de skal have taget på den huskeseddel, sekretæren har lagt til mig, men ellers kan jeg ikke lige komme i tanker om andet. Men det er rigtigt, jeg sidder og skriver en seddel til patienten om, hvornår de skal komme igen. Og engang imellem ... ja, det kan være det ... hvis jeg

beslutter mig til, at de skal have taget nogle blodprøver nu, som ikke var besluttet på forhånd, dem skriver jeg ned og går ud til sekretæren med.

Jeg så også, at du brugte at skrive en medicinliste ud til patienten. Prøv at fortælle om, hvilken funktion sådan en liste har.

Jeg har gjort det i al den tid, jeg har været læge, og det er fordi, at alle og enhver ved, at der er forskel på, hvad patienten tager, hvad lægen tror patienten tager, og hvad patienten tror, lægen tror, at patienten tager. Derfor har jeg altid i mit ambulatorium lavet en seddel, hvor der står, hvad jeg synes, patienten skal tage af medicin, og så kan jeg håbe på, at de gør det. Også fordi, at en del af den medicin, jeg anvender i min praksis, justeres og ændres hen ad vejen og når de så kommer næste gang, så har jeg kunnet ændre på den seddel og så kan det de, at det er nyt det her, det er lavet om. Da vi fik mulighed for i Opus at skrive det ud, så har jeg benyttet mig af det ... egentlig ikke fordi det er mere overskueligt, men det er i hvert fald mere letlæseligt ... men jeg synes, det er et problem, at det er så uoverskueligt. Daglig medicin står på en seddel, ugentlig medicin står på en anden, p. n. medicin står på en tredje og patienterne kommer herfra med 3-4 ark papir, som kan virke lidt uoverskuelige. Der var det nemmere, da jeg skrev min sædvanlige seddel, hvor mine kontaktoplysninger også stod på. Men jeg bruger sedlen for at gennemgå den med patienten og sige: Er det det, vi er enige om, du tager? Og det gør jeg stort set ved hver eneste patient og hver gang de kommer i mit ambulatorium.

I hvilke situationer vælger du at lave elektronisk recept og hvornår vælger man at lave papirrecept? Jeg har set, at læger gør begge dele.

Jeg har ikke lavet en papirrecept, siden jeg fik mulighed for at lave elektronisk recept.

Er der patienter, der beder om at få recepten på papir?

Nej, det har jeg ikke oplevet.

Så har jeg også set et enkelt sted – og det er i øvrigt en kendt problemstilling – at der kan ligge papirdokumenter fra én patient i en anden patients journal? Hvorfor opstår sådan en situation?

Ha, ha ... det er fordi, vi er mennesker. Hjemme i min egen lille dagligdag modtager jeg store mængder papir, regninger og kvitteringer og udskrifter, og når man arkiverer dem, så er det altså sommetider, at der kommer to ark ind i stedet for kun et og når du så håndterer så meget papir, som der bliver omkring patienterne, så er det uundgåeligt, at der sommetider er to ark papir, der burde være i hver sin journal, der kommer i den samme journal. Det er absolut ikke tilsigtet, og det sker også hjemme ved mig. Og det er jo nemt

at forstå, at man kan komme til sætte journaler forkert ind i et arkiv, hvor der er 30.000 journaler, og så er de tabt.

Så kan det være et tilfælde, at de bliver fundet igen.

Og der kan også ske det, at de går med patienten til en anden afdeling, og den anden afdeling forlægger den sammen med et eller andet. Det er en af de store fordele ved elektronisk patientjournal, det er tilgængeligheden og oppeholdstiden, når den ellers er 24-7.

Men hvad så, når den ikke er det? Hvis systemerne er nede, hvordan er du så stillet?

Jeg er ude af stand til at udføre mit arbejde. Nu om dage er jeg *ude af stand til* at udføre mit arbejde, når de er nede. Jeg er *så* afhængig af dem, så det kan ikke lade sig gøre.

Den må jeg tage med hjem i IT-afdelingen.

Har du andre kommentarer til lægers brug af papir, som vi ikke har snakket om indtil nu.

Ikke andet, end at det er som bekendt et langt stykke hen ad vejen en vanesag og jeg tror, det dør ud med min generation ... afhængigheden af papiret. Det tror jeg og håber på.

Kan du se en generationsforskel, også her hos jer, at de yngre er flittigere IT-brugere?

Jo, de yngre er opvokset med det, vi andre har lært det ... tillært det. For dem har det været ... du kan jo ikke se et barn uden en mobiltelefon. De er vant til elektronikken og de ved, at der ikke sker ulykker, hvis du kommer til at trykke på en forkert knap og i den dur. Så de er ikke så maskinforskrækkede som nogle af os er. Så jeg tror, at det forsvinder lige så stille, men vi kommer aldrig uden en lap papir i ny og næ. Jeg vil da ikke håbe, at jeg kommer dertil, hvor jeg ikke modtager et julekort, der er håndskrevet. Det ville jeg være ked af.

Tak for din medvirken!

Læge C

Tirsdag den 14. maj 2013

Jeg ved, du arbejder et sted, hvor der har været elektronisk patientjournal i mange år, først IPJ og nu Clinical Suite og så er der stadigvæk også en papirjournal. Vil du ikke fortælle lidt om den papirjournal? Hvad bruger du den til?

I første omgang bruger jeg omslaget, fordi der står diagnosekoder på. Det giver mig et hurtigt overblik over, hvornår har patienten været indlagt, hvor har hun været indlagt henne ad. Har jeg mulighed for at finde gamle journalnotater eller ved jeg, at jeg skal ind og finde noget i vores elektroniske patientjournal, så allerede dér, egentlig når jeg får

papirjournalen i hånden, så danner jeg mig et overblik over patienten. Så er det lidt specielt inden for urogynækologien, hvor jeg har rigtigt mange patienter, der har vi jo nogen ting liggende i papirformat, som ikke **kan** ligge elektronisk, så der bruger jeg den, fordi jeg ikke kan finde informationen andre steder.

Hvilke eksempler er der på det?

Det kan være sådan noget som vores cystometrier, altså flowundersøgelser, hvor man ser på, hvordan man tømmer blæren. Det kan være væske/vandladningsskema, som patienten udfylder hjemmefra over to dage, hvor hun udfylder, hvad hun drikker og hvad hun tisser. Og så har vi også de papirer, som patienten udfylder hjemmefra, både i forhold til hvilke symptomer, hun har specifikt i forhold til urogynækologien, men der er også det generelle spørgeskema, som **alle** patienter, der kommer i gynækologisk ambulatorium, udfylder, altså helt almindelige ting om medicin, allergi og tidligere sygdomme. Så der ligger rigtigt mange meget, meget, MEGET relevante oplysninger i den papirjournal, som jeg sidder med i hånden. Og generelt vil jeg sige, at jeg synes, papirjournalen på det område, i det format, der er i Frederikshavn, er et rigtigt, rigtigt vigtigt redskab til at skabe et overblik, som jeg ikke helt får i Clinical Suite på samme måde.

Og det er på grund af selve Clinical Suite?

Det tror jeg, det er selve opbygningen og måske manglende erfaring i at finde rundt i systemet, for jeg er sikker på, at hvis jeg skulle finde de her diagnoser og oversigten over indlæggelser, som patienten har haft, så kan jeg formentlig sagtens finde det i Clinical, men det er ikke noget, som jeg på nuværende tidspunkt er bekendt med, hvordan jeg gør. Her kan jeg kun læse journalen og jeg kan finde blodprøver, altså de ting, som vi normalt sidder med i dagligdagen og som vi bruger Clinical Suite til.

Hvad med det faktum, at I har forskellige systemer åbne samtidig og de dækker for hinanden?

Det er enormt frustrerende, fordi det er tit, man godt kunne ønske sig mulighed for at have flere sider åbne på samme tid, som jo kan have relevans i forhold til, at man kan sidde og læse et notat og man vil også godt se patologisvaret og så sammenholde, hvad skriver den læge om det patologisvar, der er kommet frem for at skulle sidde og bladre frem og tilbage. Jeg tror ikke, det er noget, man tidsmæssigt bruger lang tid på, men nogen gange mister man overblikket, når man har mange ting i gang på skærmen og der nyder jeg jo f.eks., at vi har vores papirjournaler eller de ting, der kommer fra det urogynækologiske ... jeg kan kun tale for det urogynækologiske ... hvor vi har mange papirer, der kan jeg godt lide at lægge dem frem foran mig, så jeg kan se, at sådan ser det ud og sådan ser det ud, sammenholdt med det, vi skriver i journalen. Det giver mig et overblik og jeg synes også rent pædagogisk for patienten er det rart at kunne vise papiret og sige: Se her, sådan og

sådan. Selvfølgelig kunne man også godt vise det på en skærm, men det er nok et tilvænningssspørgsmål.

Jeg kan huske, at du for eksempel viste skanningsbilleder for patienten?

Ja, og der er det jo meningen, at vi ikke skal printe ud, som jeg gør, men at vi bare skal lægge dem over i den elektroniske version og så kan man så dreje skærmen og vise patienten, hvad der er på skærmen, men det er også lidt kavt, når man sidder ved en computerskærm, der står fast. Jeg har flere gange prøvet, når jeg skulle dreje skærmen, at stikkene går ud og så forsvinder billedet på skærmen og så er man lige vidt.

Jeg har også hørt, at man er usikker på, om billederne er overført og der er også usikkerhed om, hvordan man gør det, fordi det kan være forskelligt fra apparat til apparat.

Ja, det er rigtigt. Der har været rigtigt store problemer i Frederikshavn specielt med at få billederne lagt over elektronisk og af gammel vane, så trykker man altså på den der printknap i tide og utide, selv om det måske ikke er nødvendigt. Det er også et vanespørgsmål fra min side. Der er nogle af mine andre kolleger, som er meget bedre til at få dem lagt ind elektronisk og bruge ... det, jeg gør, når jeg laver ultralydsbilleder, er, at jeg sidder og måler forskellige ting og alle de mål kan jeg ikke huske i hovedet, så jeg er nødt til at have et eller andet sted, hvor jeg kan se målene, mens jeg dikterer. Om det så er på en computerskærm, som jeg lige skal klikke frem til, eller om det er på et stykke papir ... der kunne man godt tænke sig, hvis det er sådan, at det skal køre elektronisk det hele, at samtidig med, at man sidder og dikterer, kan lukke den anden skærm op, men de ligger jo altså hele tiden neden under hinanden. Man skal hele tiden skifte for at få informationerne.

Hvis du skulle se sådanne skanningsbilleder i EasyViz, så ville det også være mere tidskrævende?

Nej, ikke hvis jeg har Easy-Viz åben, så er det ikke mere tidskrævende. Selvfølgelig vil der igen være det med, at man skal klikke frem og tilbage, men når jeg har dem som papir, så kan jeg for eksempel have skærmen med patientjournalen åben og se, hvad var målene sidste gang og sammenholde – der vil jeg så være nødt til at klikke frem og tilbage for at se, hvad lægen skrev sidste gang og hvad er det, jeg har målt nu og samtidig også have min diktafonsting fremme på skærmen, som jeg også skal have adgang til. Så umiddelbart tænker jeg ikke, det er meget mere tidskrævende, men det er noget mere besværligt.

Hvis man nu havde to skærme eller tre skærme, hvor man så kunne have forskellige ting åbne på hver sin skærm, så ville det hjælpe. Så kunne man se en del flere ting på samme tid.

Alle de læger, jeg har observeret, har haft bookinglisten fra bookingsystemet til at ligge på stuen. Hvilken funktion har den for dig?

For det første vil jeg sige, at det jo er vane. Det er, fordi den bliver printet ud og lagt der af sygeplejerskerne. Men den giver mig et overblik over, hvilke patienter, der kommer i løbet af dagen og hvornår de kommer og hvor langt jeg er, hvor langt jeg er bagefter eller om jeg er foran. Men jeg vil sige, at den information jeg får, kan jeg lige så godt få inde i det elektroniske bookingsystem og det vil endda give mig endnu mere information, for eksempel kan jeg se der, om patienten er udeblevet eller hun er forsinket og jeg kan også se, hvor lang tid hun har siddet og ventet. Hvis hun nu er kommet en time før, kunne det være, at man kunne bytte rundt på nogle af patienterne, så jeg vil sige, den udprintede version bruger jeg ikke så meget som den elektroniske, fordi jeg får flere informationer der. Men igen er det også et spørgsmål om alle de der lag af computerprogrammer, der ligger på min ene skærm. Der kan bookingsystemet godt være et af de systemer, jeg ikke tager frem og det er heller ikke mig, der har ansvaret for at skrive, hvornår patienten kommer og hvornår patienten går, det er sygeplejerskens arbejde, men jeg bruger den faktisk meget til at se, hvor meget patienterne venter.

Nu har du selv været inde på det der oplysningsskema, som mange af patienterne kommer med. Hvilke informationer er der på de skemaer, som du gør rigtig meget brug af?

Jeg bruger det altid til for det første at se, hvad det er patienten kommer med. Der er et felt, hvor patienten skal skrive, hvorfor hun er blevet henvist og så sammenholder jeg det altid med henvisningen fra egen læge, hvor der står, hvad patienten er henvist for og hvorfor egen læge henviser, og det er ikke altid, de to ting stemmer overens. Egen læge kan godt have skrevet en ting og patienten mener faktisk, det er noget helt andet, og det er rigtig, rigtig rart helt fra begyndelsen at få det afstemt. Hvis de ikke stemmer overens, spørger jeg patienten, hvad hun synes er det største problem af de to, for det kan godt være, at det slet ikke er mig så, der skal se patienten, at det er noget helt andet, hun forventer, vi skal snakke om, så det er godt at have forventningsafstemt. Så får jeg et overblik over, om hun er sund og rask, hvad har hun haft af indlæggelser, hvad får hun af medicin, jeg bruger det til at se, om hun har nogen former for allergi i forbindelse med, at mange af patienterne skal opereres, og der er det vigtigt, at vi udfylder allergier. Vi har også en forpligtelse i Clinical Suite til at registrere allergier ... ikke, at vi er alt for gode til det ... men det har vi, og der kan man jo netop bruge informationerne fra patienten, om de har nogen allergier eller ej. Jeg vil aldrig nogensinde bare se, at patienten havde skrevet Nej, jeg vil altid spørge hende og måske spørge specifikt til penicillin – det spørger jeg altid specifikt til, hvis hun har skrevet nej. Jeg spørger: 'Er du sikker på, at du kan tåle det?'

Patienterne skriver også noget om deres medicin på det skema, hvad bruger du de oplysninger til?

Hvis patienten skal indlægges eller opereres, skal jeg jo lægge medicinen ind i Opus, så vil jeg spørge hende specifikt: Får du det medicin i den dosis og styrke og hvor mange gange om dagen osv. til jeg er nået hele listen igennem og så spørger jeg altid til det med naturpræparater også.

Laver du nogensinde papirrecepter?

Nej, aldrig.

Det så jeg heller ikke, at du gjorde.

Jeg er en af de eneste, der IKKE laver papirrecepter. Jo, hvis systemet nogle gange bare er for langsomt eller bryder ned eller der er et eller andet, så kan jeg simpelthen blive så gal, at jeg laver en papirrecept, men jeg kan ikke huske, hvornår jeg sidst har gjort det.

Med hensyn til det skema, vi lige nar snakket om, som patienten kommer med, ville det give nogen værdi for dig, hvis patienten havde lagt de oplysninger ind i systemet på forhånd, hvis patienterne nu havde en indgang til systemet, hvor de kunne komme af med informationer?

Så de lå elektronisk? Nej, for mig ville det være fuldstændigt ligegyldigt, om de ligger på et stykke papir eller de ligger elektronisk. Det er et spørgsmål om at vende øjnene til at se på et eller andet specifikt og vide, hvor man skal hente oplysningerne, fordi når man sidder med sådan et nyt spørgeskema, så de første par uger man sidder i et ambulatorium med et nyt skema, så er man forvirret over, hvor man lige skal finde informationerne henne, men nu kender jeg det skema, som man har i Frederikshavn, så jeg kan meget hurtigt i løbet af få sekunder danne mig et overblik over, hvad det er for en patient, jeg sidder med. Og hvis skemaet lå elektronisk, så er vi igen henne ved, at så skal jeg klikke alt for meget frem og tilbage. Det er overblikket, der mangler, hvis det hele bare ligger elektronisk.

Så observerede jeg i hvert fald i et tilfælde, at du udfyldte en foreløbig anæsthesijournal. Hvad er grunden til, at den bliver udfyldt på papir?

Det er Anæsthesien, der kræver det. Jeg ved ikke, hvorfor de vil have den på papir. Det er sådan, det er.

Har det noget at gøre med, at det notat, du laver, ikke er skrevet endnu?

Nej, mit journalnotat, som jeg laver i ambulatoriet, bliver altid skrevet med det samme, så Anæsthesien både har den håndskrevne journal og min dikterede journal til rådighed og det er åbenbart et krav, de har, om, at begge dele skal være der.

Det kunne man så granske lidt i, hvad grunden er til det.

Så blev der også udfyldt flere OP-tilmeldingsskemaer. Hvad bruges de til?

De sendes til den sygeplejerske, der står for OP-tilmeldingen. Hun får hver dag tilsendt de her skemaer, som både kommer fra Hjørring og fra Frederikshavn. Hun kan se, hvad vi har skrevet om, hvad patienten skal have lavet og hvor lang tid det tager. Nogle gange skriver vi også, hvilket udstyr vi vil bruge og også hvilke læger, det er, der skal udføre indgrebet, og så bruger hun det til at booke patienterne ind på de forskellige operationstider, der er ledige.

Så det er et internt skema?

Ja, det er det. Og jeg mener, at det bare bliver smidt ud bagefter. Det bliver ikke brugt til noget, lige så snart at patienten er booket til operation, så forsvinder det.

Så har jeg også set på mine observationsstudier, at alle læger bruger at lave små noter under konsultationen, enten på et kladdemark eller på henvisningen ... et eller andet sted ... hvilken funktion har det?

Det er for ens egen hukommelse, for både at huske, at man har spurgt om det hele, men også at der ikke er nogen ting, der forsvinder senere hen, når man skal til at diktere, så det er ren hukommelsesstøtte.

Jeg bruger også tit det der med at sidde og tegne for patienten - det ved jeg ikke, om jeg gjorde den dag, du var oppe hos mig - men det kan jeg godt lide, det med at tegne og fortælle, så jeg er sikker på, at patienten forstår, hvad jeg vil. Også hvis man finder et eller andet, der er patologisk, så tegner jeg for hende, hvor det sidder og hvad det er for noget, fordi mange kvinder har ingen fornemmelse af, hvad en livmoder er, hvad æggestokke og æggeleder er. Man bliver faktisk meget overrasket over, hvor lidt de ved ... ikke alle, men nogen.

Til slut vil jeg spørge dig, om du har nogen andre kommentarer til lægers brug af papir, som vi ikke har snakket om her?

Det ved jeg ikke ... hmm ... det er nok nærmere mangel på papir, jeg ved ikke, om det er et vanespørgsmål, men nogle gange er jeg bange for, at der er nogle ting, der forsvinder i det elektroniske system. Der mangler et overblik i dagligdagen til at få set det hele igennem, hvorimod ligger papirerne i journalen, så giver det på en eller anden måde et overblik. Jeg ved som sagt ikke, om det er et vanespørgsmål, men vi er jo vant til, at så kigger vi de grønne papirer, de blå papirer, de gule papirer, så der ved jeg præcis, hvor jeg skal kigge efter informationerne. På en eller anden måde ... de der farver på papir og hvad jeg ved, jeg skal kigge efter, det forsvinder i den der store hele helhed af alt. Det er jo rigtigt fint, at få alt ind, så meget information som muligt, men de små detaljer, som jeg har brug for, de

kan godt forsvinde i den der store detaljestorm af information, som jeg kan hente i den elektroniske journal.

For eksempel nu hele det dilemma i, at blodprøverne ikke længere bliver printet ud på patienter, som er indlagte – og som jeg kan forstå det, bliver det også sådan på de ambulante patienter – og hvis ikke de her blodprøver bliver printet ud og lagt et eller andet sted eller der kommer en eller anden liste, hvor man kan se, at de her blodprøver, de er ikke godkendt endnu, de er ikke set af en læge, så er jeg bange for, at de ikke bliver set og at der er patienter, der falder igennem systemet, fordi jeg som læge kan ikke gå og huske på de 20 patienter, jeg nu bestilte blodprøver på i sidste uge, hvor svaret måske kommer i dag eller i løbet af denne uge.

Så hvis der i Clinical Suite var sådan en opgaveliste eller to-do liste, hvor hver læge kunne se, at her er der noget, der skal følges op på, så ville du ikke savne papirsvaret?

Nej, den ville give mig den tryghed, at jeg ved, at svarene bliver set – det vil jeg mene.

Tak for din medvirken!

Læge D

Onsdag den 15. maj 2013

Jeg ved jo, at I har haft elektronisk patientjournal her i mange år. Først var det IPJ og nu Clinical Suite og så har I også papirjournalen. Vil du ikke prøve at fortælle om den papirjournal – hvad bruger I den til og hvilken funktion har den for dig?

Papirjournalen har for det første en forside, hvor alle diagnoserne fra patientens liv her i Nordjylland, alle kontakter med sygehusvæsenet er noteret op. Så der ... hvis du skimmer forsiden, så kan du lynhurtigt se for det første at patienten er 70 år, du kan se, hun har født fire gange, du kan se, hun har været indlagt for blødningsforstyrrelser og hvornår det var og du kan se, at hun har reumatoid artrit og hvor hun går til kontrol for det. Du er egentlig rigtig velorienteret om, hvad det er for et menneske sådan sygdomsmæssigt, når du har set den forside. Jeg kigger altid selv på den. Ud over det, når vi så har teksten inde i databehandlingsanlægget, så kan vi sige, at papirtingene, som vi jo stadigvæk er papirting, det er jo henvisningen og nogle laboratoriesvar og EKG'er og nogen sygeplejepapirer. Det findes jo i papir. Og der findes labels, som vi skal bruge til alt muligt.

Jeg så også den dag, vi fulgte dig i ambulatoriet, at du havde en stak journaler, der lå i vindueskarmen. Det var nogle, du havde taget i din kasse eller dit rum. Hvad er det sekretærene lægger til dig der?

Når jeg har sådan en dag som i dag, hvor jeg har lavet tre koniseringer på OP, keglesnitsoperationer, der sender jeg jo præparatet til Patologisk Institut, og så får jeg jo et svar, og det skal jo behandles, det svar. Dels skal det noteres ind i journalen, hvad svaret er som tegn på, at man har registreret det og modtaget det og reageret på det og dels skal patienten have et brev. Og så skal der ofte aftales ny kontrol, enten her eller hos egen læge. Så det allermeste af det er sådan nogle mikroskopisvar, som de lægger til mig i bunken. Jeg kan også godt risikere, at der er cancer i nogle af de der prøvesvar og så skal jeg jo sætte behandling i værk og tage mig af det.

I papirjournalen har forskellige papirtyper forskellige farver. Bruger du farverne til noget?

Ja, det er meget nyttigt.

På hvilken måde?

Jamen, det er let at finde dem. Nu er det ikke så meget her, vi har brug for det, men på medicinsk afdeling – min mand er mediciner – har røntgensvar en farve, laboratoriesvar en anden farve, specialist ark fra for eksempel gastroenterologisk afdeling har en tredje farve og hjertelægen har en fjerde farve og hvis du har haft tilsyn har det også en farve, så det er meget let at orientere sig i papirjournalen. Det har man brugt alle dage, de der farver.

Og det genfinder man jo ikke i de elektroniske systemer.

Nej, det kan man ikke. Du kan forestille dig, at man skal lukke op ind til røntgen, man skal lukke op ind til Labka, hvad skal man mere lukke op ... jo, man skal lukke op ind til teksten, og når du så skal tilbage og se noget fra tidligere, så skal du i et andet regi. Min mand er jo mediciner, så jeg får hver dag en dosis af det der ... de må have TO PC'ere med på stuegang for overhovedet rimeligt at kunne klare det og endda tager det ekstra tid, fordi de lukker og lige pludselig er der for meget åben og så går de ned. Og de skal jo også have tid til at snakke med patienterne indimellem og så ved du ... Så når de at lukke og så skal de logge på igen. Selvfølgelig gør Clinical Suite det lidt lettere, men det har været et kæmpe problem, tror jeg, for de fleste af dem.

Er det et problem for jer, at systemerne ligger bag hinanden, så man hele tiden skal bladre for at finde det system, du skal bruge nu?

Det, der for mig er lidt vanskeligt, er at orientere sig i teksten. Altså at det er vanskeligt at vide, hvad for nogle notater, du skal have fat i når man ser oversigten der på Clinical Suite.

Datoen står der jo godt nok, men så er nogle af tingene sygeplejenotater, og der er ligesom ikke rigtigt nogen kronologi i det ... ikke rigtigt.

Som det er i øjeblikket kan man heller ikke søge frem bare for et enkelt speciale.

Er det et problem?

Ja, det er det også, for som sagt vises notaterne i en stor pærevælling og manglende kronologi. Og så alle de der uvedkommende ... for læger uvedkommende notater ... altså sygeplejenotaterne er jo mange gange bare en banal gentagelse. Man skal jo selvfølgelig ikke sige noget ondt om sygeplejerskerne, men altså nogen gange skriver vi flere gange de samme ting. Og de skal optage deres egen journal i stedet for læse den, der bliver optaget. Jeg ved ikke, hvad der er i vejen med den første. Før i tiden havde man kun én journal, som alle ligesom læste i for at holde sig orienteret, men man har sådan lidt på fornemmelsen ... ja, det ved jeg ikke. Jeg ved ikke rigtigt, hvad det har for et formål, andet de skal jo dokumentere alting.

Men der kan du jo også i papirjournalen tage de ting ud, som du ved har relevans?

Ja, jeg kan finde det, der kommer mig ved. Problemet er, at der rigtigt meget at læse, og man skal helst have det begrænset, så det bliver fornuftigt. Når vi er i ambulatoriet, kan vi jo ikke sidde og læse i timevis. Vi skal jo videre.

Der bliver fundet mange svar frem i papirjournalen: Patologisvar, lab-svar, EKG osv. Hvorfor henter man dem frem?

Det har jo noget at gøre med ... når man nu sender prøverne – og prøverne går jo korporligt sin egen gang – hvordan skal holde rede på svarene? Altså papirjournalen bliver jo brugt som sådan en slags huskeinstrument. Den bliver oppe i sekretariatet sat i sådan en huskekasse, og så leder de efter svar efter et stykke tid og dem skal vi selv hente, så vidt jeg har forstået det. Så de må jo have en stor bunke deroppe ... jeg ved faktisk ikke andet, end at jeg vil tro, at de har dem liggende eller stående i et system, hvor de en gang om ugen eller hver 14. dag går dem igennem, når de har hentet svar ud fra patologiesystemet.

Så det er en kompensation for, at der ikke i de elektroniske systemer er en 'Lægens opgaveliste'?

Det er der ingen mulighed for. Så skal jeg til at skrive en seddel og have den i lommen måske i månedsvis, fordi der kan gå lang tid før de kommer, de der svar. Så det er altså et huskeinstrument egentlig, som det er nu.

Henvisningen fra egen læge kommer jo på papir. Hvordan arbejder I med den? Hvor kommer den ind og hvem har noget med den at gøre og hvordan cirkulerer den rundt?

Altså den kommer jo ind til sekretariatet på Edifact. Så bliver den printet ud og så går den til ... i gamle dage blev man jo som overlæge præsenteret for sådan en stak ... det gik lidt på skift, hvem der visiterede de her henvisninger, så vi gjorde det alle sammen. Så havde vi en uge, hvor man tog henvisningerne. Nu ved jeg ikke, hvordan deres system er. Jeg er ikke blandet i det nu. Men så får man henvisningerne og så prioriterer man, hvornår patienterne skal ses i ambulatoriet og man tager stilling til, om patienten skal i et specialambulatorium, f.eks. urogynækologien ved vandladningsfolket.

Når patienten har fået en tid på baggrund af henvisningen, bliver den så ved med at have sin berettigelse eller er den så glemt, når først patienten er indkaldt?

Nej, nej, så er den blevet brugt til at give patienten en tid, hvor man vurderer problemets mere eller mindre akutte karakter. Så ligger den der, indtil patienten kommer og så er den det eneste, du har fra lægen, som siger, hvorfor patienten er der. Så læser du henvisningen, når patienten kommer i ambulatoriet og så tjekker man med hende, at det nu er rigtigt, at det er derfor og spørger endnu engang om, hvad problemer hun har og hvordan og hvorledes, men det er sådan en orientering om patienten og de aktuelle problemer, som lægen vil have hende undersøgt på grund af.

Så jeg også set hos de læger, jeg har observeret, at de har det her dagsprogram fra bookingsystemet til at ligge på stuen. Hvilken funktion har det for dig?

Altså jeg streger patienterne ud, efterhånden som jeg kommer frem, så det er sådan en scoreliste, så man ved, hvor langt man er kommet. Man kan se, hvor mange patienter, der er i alt, og nogle gange, hvis jeg ikke lige har journalen, så bruger jeg CPR-nummeret til at komme ind i systemerne.

Alle de læger, jeg har observeret, har brugt at gøre notater undervejs, enten på kladdemark eller på henvisningen. Hvad er formålet med det?

Det er for at man skal huske det.

Altså hukommelsesstøtte?

Ja, altså hvis man er fræk, så gør man det ikke, så husker man det i hovedet. Hvis man har gjort det her i mange år og hvis du dikterer efter hver patient – det gør de fleste, tror jeg – så kan man huske det. Det ville jeg kunne, jeg ville godt kunne lade være med at skrive, men på en eller anden måde, så er det sådan lidt neurotisk hukommelsesstøtte. Jeg kunne godt lade være, jeg kan sagtens huske det, men på en eller anden måde, hvis man så bliver distraheret og kommer væk fra det, så kan det godt være vanskeligt at få det reproduceret, når man skal til at diktere. Der hjælper det rigtig godt.

Langt de fleste patienter kommer med noget papir til konsultationen. For eksempel kommer de her med et spørgeskema, et oplysningsskema. Hvad bruger i det til, hvilken funktion har det?

Det har jo en funktion for dem, der ikke gider snakke med patienten, er det ikke rigtigt? Der står, hvor mange børn, de har, og hvor mange gange de har været indlagt og hvad de får af medicin, hvad de vejer, hvor høje de er, om de ryger. Hvis du ikke gider snakke så meget med patienten, kan du se de fleste oplysninger der. Altså hvis de er nogenlunde forstandige, så fylder de det der skema fint ud. Hvis man lægger det i journalen, betragtes det jo som tilført journalen. Så behøver jeg egentlig heller ikke at spørge, om de ryger eller om de motionerer en halv time hver dag, om de spiser fornuftigt og sådan noget, som man jo nu efter loven skal spørge om. Det er jo frygteligt.

Nu spørger jeg lidt til din forberedelse: Hvis det nu var muligt for patienterne at lægge de oplysninger ind på forhånd, sådan at du kunne se dem en dag eller to før ambulatoriet finder sted, ville det betyde noget for dig eller er det fuldstændigt ligegyldigt, om du kunne se det skema elektronisk?

Det er lige meget, det er jo lige meget ... altså som det er nu med de oplysninger, man vil have, så skal det vel findes, så om det findes på papir eller elektronisk, det tror jeg, er lige meget. Man forbereder sig ikke, det her gør du på stående fod.

Det var faktisk det, jeg var i tvivl om, hvorvidt lægen forbereder sig dagen før?

Nej, det gør man ikke. Det er lidt dét, der gør det 'tense' på en måde, altså det er alvorligt og man skal koncentrere sig og helst have det hele med og det er egentlig sådan et førstegangsskud, kan man sige. Hvis du misser noget, så har du misset det. Man kan ikke forberede sig, det er ikke rigtigt muligt. Altså hvis jeg har listen og har god tid en dag, så kan det godt være, jeg sidder og plotter dem ind og kigger på de gamle notater og oversigterne, det kunne vi jo i IPJ – se hvornår patienten havde været her og hvad de har været her for og man kunne slå notaterne op og epikrisen – det var relativt enkelt, men det ved jeg ikke, om det vil være i Clinical Suite, det har jeg aldrig prøvet. I IPJ fik man jo et overblik over den gynækologiske historie kun.

Der er også en anden type papirer, som patienten kommer med: Det er sådan noget som væske/vandladningsskema, blødningskalender, blevejningsskema. Hvad bruger I dem til og er de en del af journalen?

Ja, de er en del af journalen, det bliver de. Væske/vandladningsskema kan de gynækologiske urologer ikke undvære, det skal de have, fordi det siger så meget om patientens funktion i det virkelige liv derhjemme og hvordan det går for sig.

Så der kommer patienten egentlig med noget hjemmefra, der bidrager til journalen?

Ja, det bliver lagt ind i journalen. Og hvad sagde du mere?

Blevejningsskema, blødningskalender, urininkontinensskema.

Ja, blødningskema. Altså jeg må sige, at efter vi har fået datajournal, så dikterer jeg som regel en beskrivelse af, hvordan menstruationen er. Altså man kan jo sige, at de bløder fra 7-14 dage med 2-4 ugers interval og så er der mellemlødningsperioder indimellem. Man behøver jo ikke at have det der papir, sådan set.

Man kan godt summere det op?

Ja, det plejer jeg at gøre, så man ikke er tvungen til at lede efter det i papirjournalen.

Så laver I også papirrecepter til patienterne?

Ja, det gør vi jo endnu. Det er jo et levn fra ældgammel tid, at man skriver ordinationen i journalen og så skriver man en papirrecept, som man giver til patienten.

Så har jeg også det, at du har udfyldt et OP-tilmeldingsskema. Hvad er det for et papir?

Det er den interne kommunikation ... det er sådan et papir, så de kan vide, hvad de skal (finder papiret). I den her afdeling sender vi skemaet til afdelingssygeplejersken. Hun står for OP-programmet og giver patienten tid. Vi skriver, hvad der skal gøres og indikation, noget om hårfjernelse ... det bruger vi ikke så meget mere, at fjerne hår ... hvor hurtigt det skal gå for sig og vi skal helst vedlægge ambulant notat, så hun kan finde hoved og hale på det, om det skal være dagkirurgi eller de skal indlægges, om de skal møde fastende eller dagen før, lejring under operationen og hvordan de skal bedøves, hvem der skal operere, om det skal være i Frederikshavn eller i Hjørring og så skal vi skrive under og angive, om vi har lavet journal, så det er gjort, så patienten sådan set er grydeklar til at blive opereret. Narkoselægen skal hilse på patienten og han eller hun skal ordinere narkose og hvordan det skal gøres. Der skal også laves sygeplejerskesamtale. Vi har det system her, at alle patienter, vi sætter op til operation, kommer til at tale med en sygeplejerske i afdelingen, som forklarer om afdelingens rutiner og hvordan det går for sig, når man kommer ind og skal opereres. Vi skal også angive, om vi har udleveret patientformation ... igen papirer ... hvor alting er udførligt beskrevet, så de kan læse på det. Så det er egentlig et papir, hvor der står rigtig mange informationer på.

I udfylder også en foreløbig journaloptagelse til anæstesi? Hvad er det for noget?

Det er sådan et papir (finder papiret): Dato, operation, hvad skal vi lave, allergi, lunge/hjerte, højt blodtryk, afkrydsning ja/nej for sukkersyge, rygning og alkoholmisbrug ... det er en stor fornøjelse at spørge folk om, for det siger de nej til alle sammen ... og alvorlig

sygdom, det er der også mange, der siger nej til, selv om de har både diabetes og hypertension. Vi skal også skrive, om patienten er gravid og sidste menstruation. Og medicinsystemet ... der skal vi jo ind nu om stunder ... og det gør vi jo sjældent. Mange af mine kunder i hvert fald, de bruger ingen medicin. Eller hvis de står på lidt antidepressiv, så går jeg ikke ind og gør noget med det. Så de skema har narkoselægen at kigge på. Og vi skal lytte på dem, vi skal lytte på hjerte og lunger og vi skal bedømme, om deres almentilstand er ok, og vi skal tage prøver. Hvis de for eksempel har hypertension, så tager vi elektrolytter, kreatinin og EKG. Det bliver som regel gjort, når man skriver journal. Og så er det jo gjort inden ... narkoselægen har ikke adgang til det ... men så må de jo så kigge på det senere. Man må kontakte dem, hvis der er noget abnormt med dem.

Og det er noget, du har i hovedet, at hvis der viser sig noget abnormt, så har du en opgave i at videregive informationen?

Ja, det skal vi jo. Hvis vi for eksempel hører en mislyd på hjertet, skal man jo bedømme, om det er noget, der skal videreudredes eller om vi tror, det er noget, der kan gå. Det hænder jo med jævne mellemrum, at man hører noget eller ser noget abnormt på sin vej igennem patienten, som man så må tage sig af. Det er jo det, der er formålet med journalskrivning, at vi egentlig skal bestemme, om patienten vil kunne tåle en operation og at der ikke er nogen gener eller sygdomme eller noget, der vil kunne blive kritisk i forbindelse med narkose og operation.

Men du laver også en rigtig journaloptagelse, kan man sige, altså du dikterer en journaloptagelse. Har narkosen den til rådighed?

Det tror jeg ikke altid, de har, og så bruger den foreløbige.

Så har jeg også set her på stedet, at der er mange udprint af billeder og undersøgelsesresultater, for eksempel ultralydsbilleder. Hvilken værdi har det at have dem på papir?

Det har ingen værdi i forhold til at have dem derinde, bortset fra at når man nu har papirjournalen, så er det hurtigt at finde dem der. Man skal jo ikke logge på eller noget, vi kan jo bare tage dem ud og kigge på dem, det er jo enkelt. Men de kan jo sagtens opbevares i systemet og det er sikkert også bare et spørgsmål om, at det bliver enden på visen.

Er du usikker på, om billederne bliver rigtigt overført?

Nej, det er jeg ikke usikker på, hvis man trykker på knappen, så flyver de af sted, det er jeg overbevist om, men jeg er usikker på, hvor jeg skal finde dem og hvordan jeg skal gebærde mig inde i det der system, hvor de havner, fordi det har jeg aldrig prøvet.

Men I tager nogle mål på ultralydsbillederne og dem bruger I også under dikteringen.

Ja, et fotografi af livmoderen siger jo ikke så meget egentlig. Du må jo måle på det og sige, hvor stor er den livmoder, hvor bred er livmoderslimhinden, det sysler vi meget med, for det er mm om at gøre. For eksempel hos kvinder efter menopause, der må det ikke være ret tykt, altså det er vigtigt, at det er under 4 mm, det er grænsen, vi har i store træk, fordi hvis det er tykkere, skal vi til at gøre udskrabning eller i hvert fald tage prøver derindefra. Man måler for at have en eller anden slags objektiv opfattelse af, hvordan det ser ud.

Hvordan er det for dig til daglig at arbejde med papir og elektronisk medie side om side? Giver det nogle udfordringer?

Altså nu synes jeg, at med nogen ting er det en lettelse ... altså det der med den store stak med journaler ... det er jo sådan set ok, når man kan gå ind med fødselsdagen og man kan gå ind og få svaret eller man kan gå ind og finde teksten derinde. På papirerne har vi jo svarene, men i gamle dage skulle vi af sted og finde journalerne på fjernlagre og jeg ved ikke hvad, det var frygteligt omstændigt at finde en journal frem. Nu skal du jo bare have fødselsdagen på patienten, så kommer du ind og kan se, hvad det drejer sig om og hvad der er gjort. Det er jo lettere, og hvis en patient ringer og spørger efter et eller andet tre måneder efter, hun har været her, så skal vi ikke af sted ned til arkivet, men vi kan bare gå ind. Det er elegant, det er det jo, det synes jeg. Og jeg kan sidde her og finde patologisvar frem, som egen læge har taget – celleprøver og sådan noget – det er jo smart og bekvemt. Men hvordan man vil komme over den hurdle med at huske ... det har jeg ikke hørt her, men jeg har hørt fra min mand, at nu skal laboratoriesvar ikke komme ud mere på papir. Hvad mener de med det, hvordan havde de tænkt sig – de, der bestemmer – at vi skal kunne huske det og finde ud af det?

Som jeg har forstået det, er det på indlagte patienter og så flytter man opgaven fra sekretærerne til sygeplejerskerne, som holder styr på dem.

Men nogen må jo huske det og nogen gange skriver de patienten ud, før alle svarene er kommet. Hvem tager sig så af det? Det er helt frygteligt, for hvis det er lægerne, det er jo helt håbløst.

Jeg kan ikke forestille mig, at det er en opgave, der bliver pålagt lægerne, men en anden faggruppe omkring patienten vil skulle gøre det, indtil der foreligger en elektronisk løsning.

Men hvordan vil man næsten gøre det? Vi fiser jo rundt og ikke nogen personlig PC, så det kan jeg ikke forestille mig, hvordan det kan gøres. Men det har jo huskeværdi, det der papir.

Har du andre kommentarer til lægers brug af papir, som vi ikke har været inde på her?

Jeg tror, det bliver vanskeligt at afskaffe det helt. Men som vi har det nu, altså den kombination som jeg har her i det her arbejde, jeg har, det er ok, det kan godt gå, bortset fra at ... jo, jeg bliver bedre til Clinical Suite, det gør jeg da, men det der med notaterne og den manglende oversigt, der er over *mit* område, det er generende. Det var bedre i IPJ, at man har listen med notater.

Hvordan har I det her – oplever I meget IT-bøvl i det daglige eller fungerer systemerne tilfredsstillende?

Altså når først det kører for en og man har koderne og man kan huske koderne, så går det fint, men hver eneste gang, jeg har været væk i flere uger, så skal jeg jo derned eller ringe derned, fordi jeg enten har glemt dem eller også er de løbet ud, så det er sådan set det eneste, altså kode-elendigheden. De unge mennesker, der skifter imellem Hjørring og Frederikshavn har nok også de problemer, i hvert fald til at begynde med.

Oplever du en generationsforskel på den måde, at de unge mennesker har lettere ved at tilgå IT-systemerne?

Du skulle have været her før, hvor jeg havde en patient, hvor jeg havde to kommende distriktslæger til at stå helt oppe i nakken og de var lige ved at falde over benene på sig selv for at komme til at vise mig, hvordan man gør. Jeg kan jo godt noget, men de ville vise mig ... så skal du lige det og så skal du lige det ... Ja, der er en generationsforskel, det er der helt sikkert. Jeg har heller aldrig fået noget kursus, så man er jo selv lært og jeg opdager mere og mere om, hvordan det fungerer. Så jeg tror, det skal nok lykkes til sidst, det tror jeg.

Tak for din medvirken!