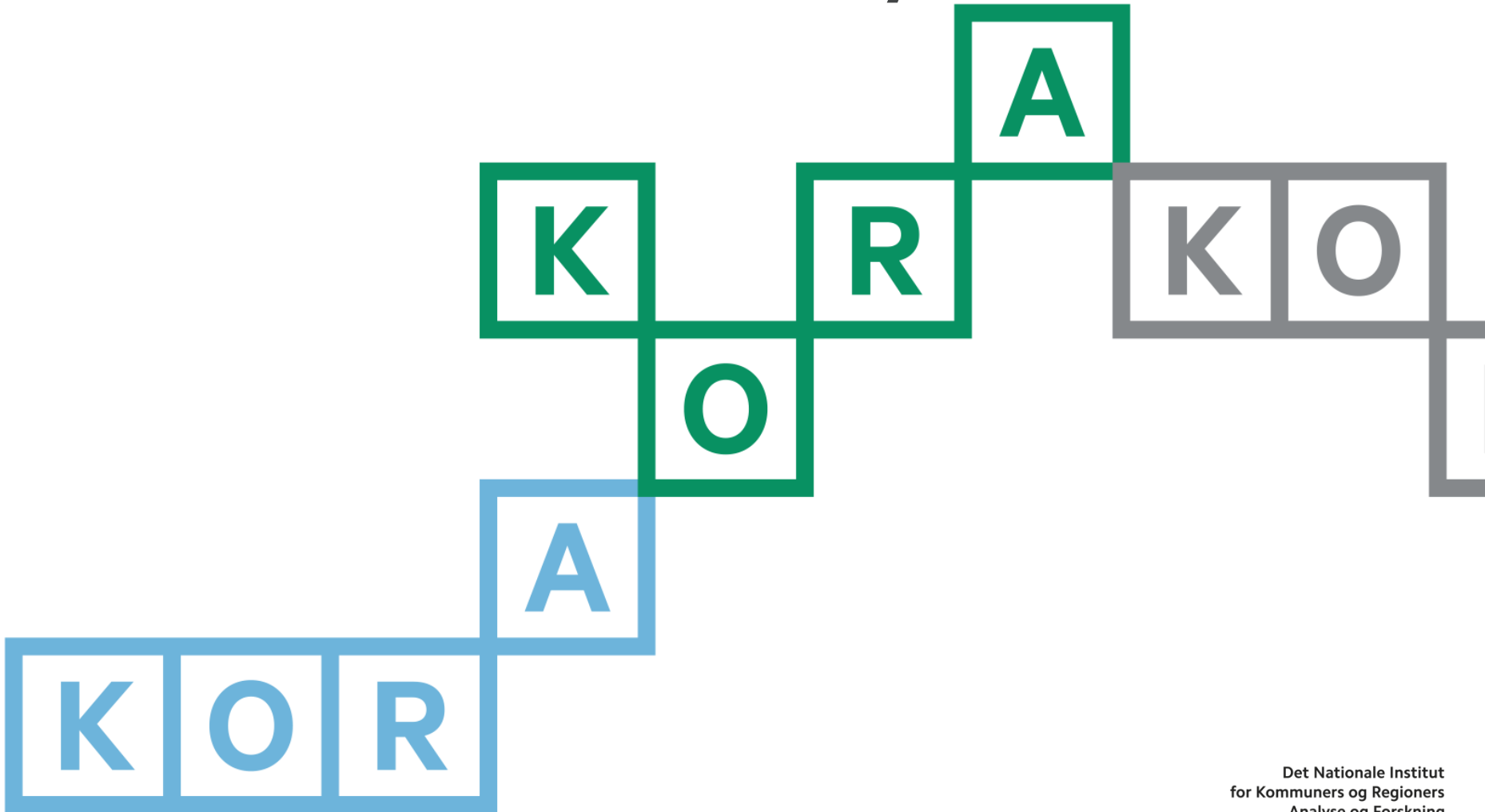


Christina Holm-Petersen, projektchef, ph.d.

Dokumentation for hvis skyld?





Punkt nr. 1

- Der er masser af kvalitetsudfordringer at tage fat på i sundhedsvæsenet!!!
 - På og mellem de enkelte afdelinger
 - Imellem sektorer
 - I forhold til at tilpasse til patienters behov



Nogle gange må man vælge

- Mellem rødvin og cola (jf. i går aftes)
- Mellem accountability og læring
- Den internationale litteratur er ret entydig.



Christina Holm-Petersen, Sarah Wadmann og Natascha Belén Vejen Andersen

Styringsreview på hospitalsområdet

Forslag til procedure- og regelforenkling



Kan downloades
gratis på: kora.dk



Bottom-up undersøgelse på 5 hospitaler

- 59 (gruppe)interview med medarbejdere og ledere på alle niveauer.
- 115 punktinterview
- Samlet set i alt 367 personer.
- Observationsstudier (i alt 10 arbejdsdage)
- Interview med 13 nationale nøglepersoner



Hvad var der galt?

- For megen tid på dokumentation
- For meget dobbelt/trippel dokumentation pga IT.
- Procedurekrav fører til for megen dokumentation af negative fund.
- Kvalitetsmonitoreringsmodeller opskalerer krav til dokumentation (fx kontaktpersonordning, KRAM)
- Patientrettigheder fører til øget dokumentation.
- Den samlede mængde af ting, der skal dokumenteres vokser.

Vi har rigtig mange ting, vi skal. Vi skal VAS-score, vi skal tryksårsscreene, vi skal ernæringssscreene, vi skal have indlæggelsessamtale, vi skal tildele kontaktperson, vi skal [indberette til] NIP, vi skal... [...] Nogle gange tænker man: Hvad skal jeg bruge alt det her til? For uanset om jeg skriver noget eller ej, så bliver der ikke handlet på det. For om tre dage er Fru Hansen alligevel udskrevet igen.

(Sygeplejerske)

Genoptræningsplaner

- I tilfælde, hvor der udarbejdes en genoptræningsplan for en patient, kodes dette automatisk.
- Ved patienter, som *ikke* modtager en genoptræningsplan; der skal sekretærerne manuelt tildele en kode, der signalerer, at den pågældende patient ikke har haft behov for en genoptræningsplan.
- Sekretærerne eksemplificerer: "Selv hvis det er en patient i skadestuen, der har fået noget i øjet, skal du skrive, at de ikke skal have genoptræning. Også dem vi afslutter til egen læge. Også de døde. Ellers kommer det ud på en fejlliste. Det skal også kodes på rask ledsager!"

Gode intentioner – meget dokumentation!

- *Vi er endt i et registreringshelvede, og det giver ingen værdi for patienterne. (Sygeplejefaglig leder)*
- *Nogen må finde en stopklods. (Sygeplejefaglig leder)*
- *Vi skal have pustet noget luft ud af DDKM; dette initiativ, der skulle være en garant for kvaliteten, er "svulmet op" til "elefant"-størrelse. (Sygeplejefaglig leder)*

Som kvalitetsfolk har vi altid gerne villet sætte standarder for god kvalitet, monitorere at tingene rent faktisk foregår på den måde, vi har besluttet, og handle på afvigelser. Det er klassisk kvalitetstænkning. Det passer bare ikke til den volumen, det har fået. Vi drukner i screeninger. Alle patienter skal ernæringssscreenes, alle patienter skal tryksårsscreenes, alle patienter skal KRAM-screenes. De skal screenes for what-ever.

(Chef)



- *Mængden af registreringer vokser. Det er en hel registreringsjungle. Man ender med ikke at registrere – eller ikke at kunne se registreringerne for bare registreringer. Særligt, når vi har meget travlt, er alle registreringerne irriterende og ikke mindst alle de computerklik, de fører til. (Læge)*
- Lægerne vælger sygeplejedokumentationen fra, fordi den drukner i KRAM og andre screeninger.



Punkt nr. 2

- Hvis vi dokumenterer alt (alt for meget) kan det føre til patientusikkerhed.
- Det relevante drukner.
- Relevante handlinger drukner også, når der ikke er lagt prioriteringer ind.

“Hvorfor skal vi *fravælge* det irrelevante i stedet for at *vælge* det relevante *til*?”

(Kvalitetsansvarlig sygeplejerske)

Frustrerede sygeplejersker

Jeg vil jo allerhelst have den personlige kontakt, hvor jeg snakker med patienten om, hvordan [han eller hun] har det i dag, og hvor jeg skal sætte ind lige præcis i dag, for at vedkommende kan få den bedst mulige indlæggelse. Det er ikke beskrevet nogen steder.

Du bliver heller ikke punket ledelsesmæssigt, fordi du ikke har siddet og holdt en grædende og urolig patient i hånden. Men du bliver helt sikkert punket, hvis du ikke har sørget for, at registreringen er i orden.

Nogle gange føler jeg, det er vigtigere at sætte fluebenet det rigtige sted end at være hos patienten, fordi der er nogen, som kommer og tjekker det igennem. Det stresser rigtig meget. For det går ud over dem, som ligger og har brug for hjælp.



En barriere for patientfokus

- *Vi har en lang liste over de ting, som vi skal dokumentere. Så er der bare ikke tid til [at finde ud af], hvad patientens reelle problem er, for det står ikke på listen. Det kan godt være, du er obstiperet, men jeg er nødt til at smertescore dig. (Sygeplejerske)*
- *Dagsordenen er ligesom sat, når du skal tale med patienten. For du skal igennem alle de der forskellige ting. Så man møder patienten på en anden måde, fordi du allerede har de ting, du skal igennem. (Sygeplejerske)*
- *Det tager tiden fra patienterne og de problemstillinger, som patienterne synes er vigtige. (Sygeplejerske)*

Manglende journaloverblik

- Uoverskueligt hvor man skal dokumentere ting i journalen.
- Journalen er ikke bygget op omkring problem og handling.
- Der er meget fyld i journalen.

Demotivation

- *Vi dokumenterer i hoved og røv. Vi bruger uforholdsmæssig meget tid på det. Det giver ikke mening. Vi står med ryggen til patienten. Det gør, at man bliver træt af det arbejde, man laver. Det er ikke en god udvikling. Det kan godt være, at de nye er vant til det, men derfor er det ikke nødvendigvis godt. (Sygeplejerske)*

Resignation

Man vænner sig til, at tingene ikke giver mening. Det er nødvendigt for at kunne arbejde her. (Sygeplejerske)

Man er nået dertil, hvor man bare accepterer, at det er sådan, det er. Det hjælper ikke så meget at sige imod på det punkt, for sådan er det bare at arbejde på et sygehus. Efterhånden er det inde på rygraden, så man tænker ikke så meget over, om det egentlig er nødvendigt. (Kvalitetsansvarlig)

Hvordan og hvorfor er det blevet sådan?

Politisering af sundhedsområdet
(behov for transparens, kontrol og rettigheder)

Faglige ambitioner

Frygt og ledelsespres
(for klagesager og ikke at blive akkrediteret)

Hvad er formålet med dokumentation?

- **Arbejdsredskab**, nedskreven erindring om hvad der er sket og skal ske.
- Muliggør **vidensdeling** på tværs af personer, vagter, tid og rum.
- Et **værktøj** i det tværsektorielle samarbejde.
- At leve op til journalførings**pligten**.



Tjener flere formål

- **Kontrolformål:** Man beskriver, hvad man har gjort, eller hvad der har afvejet fra det planlagte, så det efterfølgende kan kontrolleres, om man har gjort det rigtige.
- **Udviklingsformål:** Man beskriver handlinger og virkninger, og kan derfra uddrage læring om god praksis.
- **Kommunikationsformål:** Man meddeler sig fx til kollegaer i andre vagtlag om udførte handlinger og forhold det er vigtigt at være opmærksom på. Samt på tværs af sektorer.
- **Inddragelsesformål:** At patienten er informeret om, hvad der foregår.



“Dokumentation for dokumentationens skyld”

- Dokumentation for systemets skyld.
- Så hospitalet kan blive akkrediteret.
- Så sundhedsvæsenet kan opnå politisk legitimitet.

The Law of mushrooming

De Bruijn, H. (2009) [2007]. *Managing Performance in the public sector*. 2nd edition. London & New York: Routledge.

The logic of escalation

Unintended consequences

Styringsdilemma 1: Kontrol eller læring?

I dag fylder kontrol af ting, der opleves som perifere, rigtig meget, mens læring fylder relativt lidt!

Mange frontlinjeklinikere vurderer, at dette giver et forvredet fokus på, hvad god kvalitet er. At det er demotiverende, tidsrøvende og farligt for patienternes sikkerhed.

Styringsdilemma 2: Standardisering eller fagligt skøn?

I dag fylder standardiseringstankegangen rigtig meget, mens udvikling af kvalificeret fagligt skøn fylder relativt lidt!

Mange frontlinjeklinikere vurderer, at dette er farligt for patienternes sikkerhed, virker demotiverende for medarbejderne og modvirker muligheden for patientinddragelse.

Hvorfor går det galt? På trods af de mange gode intentioner?

Summen af de mange tiltag – og den kulturpåvirkning der ligger heri.

Fokusforskydning væk fra det kliniske arbejde.

Samtidige effektiviseringer betyder færre i klinisk fremmøde.

Overimplementering (frygten for ikke at blive akkrediteret, frygten for at få en næse, hvis ikke alt er dokumenteret, frygten for økonomiske konsekvenser, uoverskuelighed om hvad der gælder, uigennemsigthed af hvem stiller hvilke krav, ønsket om at være compliant, måden kvalitetsarbejdet er organiseret på)



Beslutningstagere glemmer

- At koordinere de mange tiltag
- At udvikling af klinisk skøn ikke kommer ud af ingenting.
- At meningen med arbejdet ikke altid giver sig selv.
- At målet med arbejdet ikke giver sig selv!



Defensiv dokumentation

- Dokumentation for at beskytte sig selv mod patienterne, mod klagesager.

Professions dokumentation

Dokumentation der skal vise, at jeg har været her i dag.

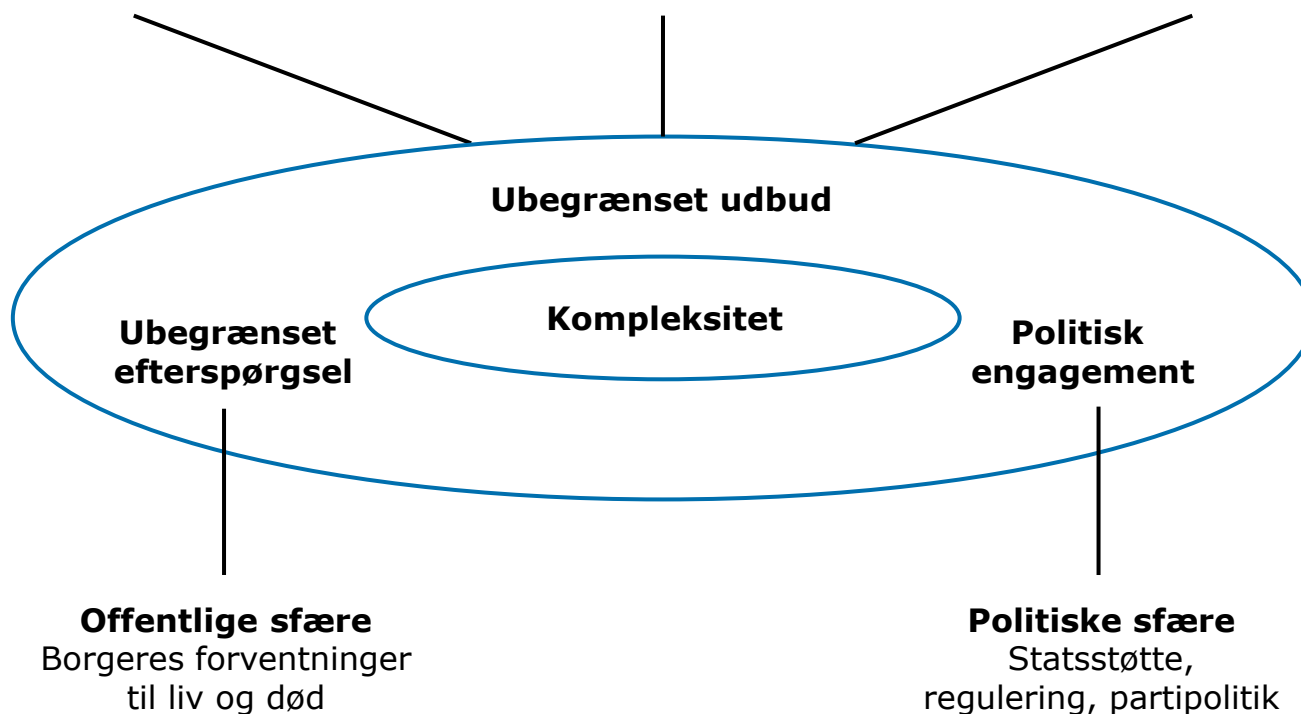
For sygeplejeforskningens skyld.

For sygeplejefprofessionens skyld!

Industrielle sfære
Indflydelsesrig global
industriell investering

Videnskabelige sfære
Videnskabelig og teknologisk
viden og applikationer

Professionelle sfære
Fagprofessionel diversitet
Professionel dominans



Mål er derfor

- Svære at operationalisere
- Der er konkurrerende initiativer
- Det er svært at evaluere på eller vide, hvornår man er i mål.
- Det er ofte overladt til frontlinjemedarbejdere at navigere i modstridende mål (Lipski, 1980)



3 udfordringer for mindre dokumentation

- **Fagprofessionel modstand**
(Vigtigt for at beskytte mig selv mod klagesager, viser jeg har været her, attraktivt fordi det ofte foregår væk fra patienterne)
- **Kompleksitet og uklare mål**
(ikke tydeligt hvad formålet med arbejdet er, og hvad det er vigtigt at dokumentere, der er mange forskellige krav om dokumentation)
- **Strukturelle barrierer og Styringsvilkår**
(afregningsmodeller, incitamenter, kvalitetsmodeller, standarder, procedurefokus og IT)



Arbejdet mod bedre dokumentation...

- Hvorfor er vi her?
- Hvad består opgaven i?
- Hvad er formålet med at dokumentere?
- Hvad har ledelsen af mål med dokumentationen?

Punkt nr. 3 En ny æra – et nyt ansvar?

Hvordan kan vi tage ansvar for at udvikle kvaliteten?

Hvordan udvikler vi det kliniske blik?

Hvordan giver det mening at måle på kvaliteten lokalt og i forhold til patientforløbet?