

# Forenkling af dokumentationsprocedurer vedrørende patientforløb for indlagte patienter Århus Universitetshospital, Risskov



**Forenkling af dokumentationsprocedurer vedrørende patientforløb for indlagte patienter Århus Universitetshospital, Risskov**

©CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Sundhed, Region Midtjylland, 2015

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Ghita Ølsgaard

Tlf. 7841 4058

Mail: ghita.oelsgaard@stab.rm.dk

Lars Rasmussen

Tlf. 7841 4064

Mail: lars.rasmussen@stab.rm.dk

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Sundhed

Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

Hjemmeside: [www.cfk.rm.dk](http://www.cfk.rm.dk)

# Indholdsfortegnelse

<b>INDLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>FORMÅL</b>	<b>1</b>
<b>METODE</b>	<b>1</b>
<b>RESULTATER</b>	<b>2</b>
<b>DEN DAGLIGE BRUG AF JOURNALEN</b>	<b>7</b>
Dobbeltdokumentation	7
Patientens journal	7
SFlerne	8
Manglende implementering og overblik	9
<b>KONKLUSION</b>	<b>9</b>
Hvor kommer kravene til dokumentationen fra?	9
Fordeling af tidsforbrug	10
Værdien af dokumentation	10
Hvor kan dokumentationen nedbringes?	10



## Indledning

Mange klinikere mener, at de bruger for megen tid på dokumentation i stedet for den direkte patientpleje/behandling.

Projektet skal ses som et forsøg på at minimere tidsforbruget i forbindelse med dokumentation og er en del af en projektramme fra Danske Regioner. Formålet er at rydde op i unødige nationale og lokalt aftalte bestemmelser og procedurer, der ikke giver patienten bedre behandling.

Dette konkrete projekt kortlægger og analyserer dokumentationsprocedurerne på en afdeling i psykiatrien. Undersøgelsen tager udgangspunkt i ét stationært afsnit, hvor personalet er blevet interviewet og der er gennemgået tre journaler. Der, kan på den baggrund ikke uden videre generaliseres til større dele af eller hele psykiatrien.

Projektet er forankret i Psykiatriplanlægning, der har rekvireret konsulentbistand fra CFK-Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (CFK) til at forestå undersøgelsen.

## Formål

Projektet har til formål at kortlægge og analysere dokumentationsprocedurerne vedr. patientforløb for indlagte patienter på et stationært afsnit i psykiatrien med henblik på at afdække områder, hvor dokumentationen kan forenkles og dermed spare tid og forbedre kvalitet. Helt konkret er formålet:

- at bestemme hvor stor en del af den samlede dokumentation, der hidrører fra afdelingen selv og hvor stor en del der hidrører fra fællesregionale eller nationale tiltag
- at vurdere tidsforbruget hertil, mål i forhold til det samlede tidsforbrug til dokumentation
- at vurdere hvilken værdi denne dokumentation har – og for hvem
- at vurdere om det er muligt at nedbringe dokumentationen – og hvor meget.

## Metode

For at belyse dokumentationspraksis er der gennemført journalaudit og interviews med læger, sekretærer og plejepersonale, som dagligt anvender EPJ og logbøger.

Der er gennemgået 3 journaler med varierende længde tilfældigt udvalgt fra stationært patientforløb for patienter med diagnosen skizofreni. Journalerne er systematisk gennemgået, med henblik på at identificere unødvendig dokumentation. Journalaudit er gennemført i et samarbejde mellem repræsenterede sundhedsfaglige personer (læger og sygeplejersker), konsulenter fra Psykiatriplanlægning, Psykiatriens kvalitetsafdeling og konsulenter fra CFK.

Der er afholdt otte personlige interview i september 2014 med personaler ansat på afdelingen. Interviewene fordeler sig på tre læger, tre sygeplejersker/plejere og to sekretærer. Interviewene tog dels udgangspunkt i den daglige dokumentationspraksis og dels i en uddybning/afklaring af resultaterne fra journalaudit. Disse interview er afholdt af konsulenter fra CFK.

På baggrund af interview og audit har det vist sig en række dokumentationsområder, hvor

personalet bruger særligt meget tid på dokumentation (bl.a. forskellige former for screening). Praksis blev her sammenholdt med de krav der står anført i henholdsvis nationale, regionale, fællespsykiatriske og lokale retningslinjer.

Da der netop er taget udgangspunkt i denne afdelings specifikke dokumentationspraksis, kan der ikke umiddelbart generaliseres til større dele af eller hele psykiatrien i Region Midtjylland.

## Resultater

I det følgende præsenteres svar på de spørgsmål, der er opstillet i projektet. Det er ikke alle spørgsmål, der har kunnet besvares og omfanget af dokumentationsområder er ikke totalt, jfr. ovenfor omkring dokumentation af screeninger og deres relative tyngde i undersøgelsen. Resultaternes art og omfang er derfor afhængig af de givne metodevalg, jfr. ovenfor.

Det blev besluttet ikke at foretage systematiske undersøgelser omkring tidsforbruget (f.eks. ved at følge dokumentationsarbejdet med stopur over en bestemt periode). I stedet er fagpersonerne blevet spurgt om deres tidsforbrug i forhold til dokumentation. De har ikke været i stand til at opdele tidsforbruget på de enkelte dokumentationsområder, men siger at de generelt bruger ca. 1½ time om dagen til dokumentation (sekretærerne mere).

I skemaets første kolonne beskrives hvor dokumentationskravet kommer fra i form af, om der findes nationale, regionale, fællespsykiatriske og/eller lokale retningslinjer, der specificerer og evt. udvider dokumentationskravene i forhold til retningslinjer på niveauet ovenover. I anden kolonne beskrives begrundelserne for dokumentationskravene og i tredje kolonne beskrives hvad man gør i daglig klinisk praksis for at opfylde dokumentationskravene. I den sidste kolonne gives en vurdering af om det helt eller delvist er muligt at nedbringe dokumentationen og evt. hvordan den kan nedbringes.

	Hvor stor en del af den samlede dokumentation kommer fra nationale, regionale tiltag eller lokale retningslinjer	Værdi af dokumentation/ begrundelse for dokumentationen	Hvad gør man i praksis?	Er det muligt at nedbringe dokumentationen – og hvor meget?
<b>Vurdering af selvmordsrisiko</b>	Der foreligger en standard i DDKM (2.7.4) om forebyggelse af selvmordsrisiko. Der er udarbejdet en fællespsykiatrisk retningslinje 2.7.15, der definerer, at alle over 14 skal risikovurderes/screenes i en lang række situationer (henv., indlæggelse, overflytning m.v.). Dette er en tolkning af DDKM-standard. Ved udvalgte patienter er der udvidet screening.	Dokumentationen har til formål at forhindre selvmord ved at vurdere patienten i forhold til forskellige kriterier.	Der dokumenteres i udvidet grad for at sikre sig, hvis der skulle komme klager.	Dokumentationen kan nedbringes ved at begrænse antallet af screeninger gennem sundhedsfaglige vurderinger i de enkelte tilfælde og ved i nogle tilfælde at vurdere om pt. er selvmordstruet uden afkrydsninger i skema.
<b>Bruset</b>	PSL har besluttet, at bruset (BVC) skal anvendes i hele voksenpsykiatrien. Der er udarbejdet en lokal instruks for afdelingen (P1-P4). Der dokumenteres i SFlen Bruset Violence Checklist.	Dokumentationen har til formål at forebygge vold gennem systematisk voldsrisikovurdering	Journalgennemgangen viste, at screening for Bruset udføres hyppigere end foreskrevet i retningslinjen.	Hvis man begrænser sig til at screene i overensstemmelse med retningslinjen kan dokumentationen nedbringes.
<b>KRAM</b>	Det er et krav i DDKM, at der foreligger retningslinjer (2.16.2) for forebyggelse og sundhed, der indebærer vurdering af sundhedsmæssig risiko hos patienter, hvor interventionen kan have betydning for patientforløbet. Der er udarbejdet en regional retningslinje (2.16.1) og en fællespsykiatrisk retningslinje (2.16.3), der siger, at patienten skal tilbydes KRAM-screening, hvis de er i sundhedsmæssig risiko og motiverede for ændringer.	Dokumentationen har til formål at sikre, at risikogrupper får iværksat sundhedsfremmende aktivitet	Alle patienter screenes fordi screening er en del af "Modtagelse af patienten" og personalet er af den opfattelse, at det skal gøres hver gang man modtager en patient, både ved indlæggelse, overflytning og genindlæggelse.	Hvis man begrænser sig til at screene i overensstemmelse med retningslinjen kan dokumentationen nedbringes, dvs. at man i højere grad skal vurdere nødvendigheden af screeningen og evt. gøre brug af tidligere screeningsresultater.
<b>Ernæring</b>	Det er et krav i DDKM, at der skal være retningslinjer for ernæringsscreening med henblik på identifikation af patientens ernæ-	Dokumentationen har til formål at identificere personer med ernæringsmæssige risici.	Alle pt. screenes fordi screening er en del af "Modtagelse af patienten" og personalet er af den	Hvis man screener i overensstemmelse med retningslinjen kan dokumentationen nedbringes, dvs. at man

	Hvor stor en del af den samlede dokumentation kommer fra nationale, regionale tiltag eller lokale retningslinjer	Værdi af dokumentation/ begrundelse for dokumentationen	Hvad gør man i praksis?	Er det muligt at nedbringe dokumentationen – og hvor meget?
	<p>ringsmæssige risiko. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en vejledning, der siger at alle patienter (ikke terminale) skal screenes for mulige ernæringsproblemer ved at besvare 4 spørgsmål. Herefter yderligere screening hos udvalgte.</p> <p>Psykiatrien følger vejledningen udmøntet i en fællespsykiatrisk retningslinje, dog siger man, at det er en vurdering, om man lokalt vil afgrænse retningslinjen (nogle patienter skal ernæringscreenes)</p>		opfattelse at det skal gøre hver gang. Der screenes og dokumenteres for meget i forhold til kravene i retningslinjen.	i højere grad skal vurdere nødvendigheden af screeningen og evt. gøre brug af tidligere screeningsresultater.
<b>MRSA</b>	Der er udarbejdet en national vejledning i 2012 (ift. Epidemiloven). Der foreligger en regional retningslinje 1.6.4.2.. Ifølge denne skal alle patienter screenes.	Screening skal hindre smittespredning.	Alle patienter screenes.	Det kan virke irrelevant, at alle patienter screenes ved modtagelse, men ifølge personalet tager det ikke lang tid.
<b>Kliniske databaser</b>	Databaserne er en fælles aftale mellem regionerne og de skal være landsdækkende for at opnå økonomisk støtte fra den fælles databasepulje.	Dokumentationen skal måle kvaliteten af den kliniske behandling med henblik på forbedringer.	Generelt kan MidtEPJ i Region Midtjylland sammenflette registrering til databaser og dokumentation i EPJ for en lang række af indikatorerne – dog ikke alle.	Der er eksempler på uhensigtsmæssige registreringer i forhold til skizofrenidatabasen og depressionsdatabasen. Dette skyldes, at datadefinitionerne for næsten enslydende indikatorer ikke harmoniserer imellem de to databaser. Det betyder, at der ikke kan ske en sammenfletning af registrering til databaser og klinisk dokumentation. Dette gælder eksempelvis områder omkring patientens sociale støttebehov (i begge databaser) og om patienten er blevet tilbudt psykoterapi (depressionsdatabasen).



	Hvor stor en del af den samlede dokumentation kommer fra nationale, regionale tiltag eller lokale retningslinjer	Værdi af dokumentation/ begrundelse for dokumentationen	Hvad gør man i praksis?	Er det muligt at nedbringe dokumentationen – og hvor meget?
<b>Medicin</b>	DDKM har en lang række retningslinjer vedr. medicinering, f.eks. vedr. lægemiddelordination, lægemiddeldispensering, lægemiddeladministration, m.v.	Dokumentationen skal sikre patientsikkerhed og at ordinationer er i overensstemmelse med evidensbaseret viden.	Dokumenteres i journalnotat når det også noteres i medicinmodul (ordineret medicin).	Dokumentation kan nedbringes ved at man ikke dokumenterer den ordinerede medicin.
<b>Patient-identifikation</b>	DDKM har en retningslinje 1.2.7. Patientidentifikation, der er udmøntet i en regional retningslinje og en fællespsykiatrisk retningslinje. Desuden er der en vejledning fra Sundhedsstyrelsen, der kræver, at påsætning af id-armbånd skal journalføres. Hvis der ikke er påsat armbånd skal årsagen fremgå af journalen og der skal vælges "sikker genkendelse". Kravene til dokumentation er enslydende på alle niveauer.	Dokumentationen har til formål at sikre korrekt patientidentifikation gennem hele patientforløbet.	Der dokumenteres ikke ud over det krævede.	Dokumentationen kan nedbringes ved kun at journalføre afvigelser (kræver at reglerne laves om).
<b>Signalement</b>	Fællespsykiatrisk beslutning om, at der skal dokumenteres et signalement i forhold til retspsykiatriske patienter. For øvrige patienter er det valgfrit.	Personalet skal ved absentering og efterlysning af retslige patienter kunne give politiet et signalement.	Der dokumenteres flere end nødvendigt.	Interviewpersoner siger, at det er en overflødig dokumentation, der er indført på grund af øget bevågenhed i forhold til retslige patienter.
<b>Intern måling og kontrol</b>	Omfatter f.eks. måling af temperatur i køleskab, kontrol af akutkasse, mv. Der findes en bekendtgørelse, en DDKM-standard (2.9.5.) og en regional retningslinje (2.9.5.1.) omkring håndtering af lægemidler, hvor retningslinjerne for dokumentation af temperaturmålinger er beskrevet. Omkring kontrol af akutkasser er der en bekendtgørelse, en DDKM-standard (2.9.6.), en regional retningslinje og en fællespsykiatrisk retningslinje. I sidstnævnte er doku-	Kontrol af temperaturer skal sikre, at medicin opbevares ved rette temperatur for at sikre holdbarhed Kontrol af akutkassen har til formål at sikre, at der ikke findes for gammel medicin i kassen.	Dokumentationen foregår på diverse skemaer.	Det kan undersøges om kontrollen foregår hensigtsmæssigt.

	Hvor stor en del af den samlede dokumentation kommer fra nationale, regionale tiltag eller lokale retningslinjer	Værdi af dokumentation/ begrundelse for dokumentationen	Hvad gør man i praksis?	Er det muligt at nedbringe dokumentationen – og hvor meget?
	mentation beskrevet (for fremstilling, genopfyldning, osv.).			
<b>Tvang</b>	Det følger af psykiatriloven, at al tvang skal indberettes til Statens Elektroniske Indberetningssystem, (SEI).	Indberetningerne skal vise udbredelsen af tvang.	Dokumentation skal først noteres i journalen og derefter manuelt føres over i SEI af sekretæren. Der er formentlig tale om ca. 20.000-30.000 registreringer på årsbasis, der manuelt skal overføres. Der er endvidere risiko for dobbeltregistrering, når en patient overflyttes fra en afd. til en anden.	Indberetningen til SEI er et lovkrav, men dokumentationen kan nedbringes hvis overførsel af data sker automatisk fra MidtEPJ. Dette er dog ikke muligt i det nuværende SEI-system. Det vurderes således, at der er et meget stort potentiale for nedbringelse af dobbeltdokumentation, hvis SEI opdateres.

## Den daglige brug af journalen

I det følgende beskrives og analyseres de problemstillinger vedrørende dokumentation, som de interviewede sundhedsfaglige personer gav udtryk for i forhold til brugen af Midt-EPJ. Her vil det blive beskrevet, hvordan mange forskellige hensyn og motiver spiller ind på, hvad der dokumenteres og hvordan dette i sidste ende samlet set fører til en stor dokumentationsmængde. Hvis man skal forenkle dokumentationsprocedurerne er det derfor væsentligt at afdække disse interne organisatoriske og adfærdsmæssige forhold.

### Dobbeltdokumentation

Dobbeltdokumentation forekommer ofte i patientovergange, hvor patienten flyttes fra en afdeling til en anden. Den første afdeling, som patienten kommer i kontakt med, laver et indlæggelsesnotat ud fra en række forud definerede SFlere. Et eksempel på foruddefinerede SFlere er den sammensatte aktivitet *"modtagelse af patienten"*. Når patienten kommer på den næste afdeling dokumenterer personalet også her i *"modtagelse af patienten"*. Den samme dokumentation om patienten dokumenteres altså to gange. Det gælder dog, at der for en række af disse dokumentationer også er krav om, at disse gentages ved overflytning – eksempelvis tilknytning af en ny kontaktperson eller at patienten identificeres via patientidentifikation på den nye afdeling.

Der kan være flere årsager til, at det involverede personale ikke genbruger hinandens notater. Den første årsag kan være situationen, hvor en læge har dikteret et indlæggelsesnotat, som sekretæren derefter skal skrive ind i journalen. Hvornår notatet er synligt i journalen er afhængig af, hvornår sekretæren udfører skriveopgaven. I mellemtiden skriver sygeplejersken/plejeren selv et indlæggelsesnotat på patienten. Således vil begge notater indgå i journalen, og dermed udgøre dobbeltdokumentation.

En anden årsag til dobbeltdokumentation kan være, at det sundhedsfaglige personale fortsætter dokumentationspraksis fra før indførelsen af MidtEPJ. Her kan det fx dreje sig om at der ikke er en indarbejdet tradition for at bruge andre afdelingers notater eller arbejde videre med disse.

En tredje årsag kan være, at personalet ikke har kendskab til eller bruger den funktionalitet i MidtEPJ, som gør, at de kan se hinandens notater på tværs. Derved er der stor risiko for at gentage de samme dokumentationer, som en anden afdeling lige har dokumenteret på patienten.

Endelig kan det handle om, at det kan være hurtigere at skrive notater selv i stedet for at læse det, som andre fagpersoner har skrevet. Personalet begynder således forfra, hvilket både medfører dobbeltarbejde og dobbeltdokumentation.

### Patientens journal

Det er en generel holdning hos fagpersonerne, at det ofte er nødvendigt at skrive meget og ofte også meget udførligt for at beskrive den enkelte psykiatriske patient. Både ved journalaudit og ved interviewene gav fagpersonerne udtryk for, at dette var nødvendigt for at kunne præcisere sygdomsniveauet på den enkelte patient.

Flere af fagpersonerne formulerer, at journalen er *patientens journal*, og bør være skrevet i forståeligt hverdagsdansk, så patienten både kan læse og forstå indholdet. Derfor dokumenterer man til tider mere end faktisk nødvendigt, da hverdagsdansk er mindre præcist

og kræver flere ord end fagsprog. Desuden er der også pædagogiske grunde til grundig dokumentation, da det har en terapeutisk funktion at sidde sammen med patienten og gennemgå journalen.

I et af interviewene gav en sundhedsfaglig person udtryk for, at valget af almindelig hverdags dansk i journalen, har ført til diskussion af, hvem der ejer journalen.

Man kan på den ene side mene, at journalen er de sundhedsfaglige personers arbejdsredskab, og derfor skal skrives i et fagsprog, som gør dokumentationen præcis og eksplicit, og derved ofte kortere. Man kan på den anden side hævde, at journalen er skrevet for og om patienten. Derved bliver dokumentationen et mere beskrivende hverdagssprog, som også fylder mere.

### **Klager**

Tre af de sundhedsfaglige personer pointerede i interviewene, at de ofte dokumenterede i journalen for at sikre sig, hvis der skulle komme en patientklage eller pårørendeklage. En sådan dokumentation er eksempelvis *selvmordsscreening*. Hvis patienten gør skade på sig selv under en udgang fra afdelingen, vil man kunne dokumentere over for de pårørende og klagesystemet, at man ved screeningen ikke kunne påvise en risiko for patienten, inden patienten forlod afdelingen. Et andet eksempel er, at normalitet dokumenteres i stedet for afvigelse. F.eks. dokumenteres det: "sovet godt" for at vise, at man har været inde hos patienten.

Generelt er det holdningen, at man beskytter sig selv ved at dokumentere, hvad man laver. Dokumentation på en sådan baggrund er med til at øge såvel dokumentationsgraden som holdningen til at dokumentere.

### **Afvielser fra det normale**

I journalgennemgangen var der flere eksempler på, at der gentagne gange var dokumenteret normaliteter som f.eks. at patienten har sovet godt, sovet ved tilsyn, spist godt eller bagt kanelnegle. De interviewede personer har en delt holdning til det at dokumentere normaliteter. Nogle mener det er overflødig dokumentation, og at man skal koncentrere sig om at dokumentere afvielser fra det normale ellers drukner det vigtige i normaliteter. Andre mener eksempelvis, at det er nødvendigt at dokumentere, at man har tilset patienten, så man kan påvise, at man har været inde hos patienten, eller at man ikke har hørt fra patienten imens denne har haft udgang. Når en aktivitet som eksempelvis bagning dokumenteres, sker det ud fra en antagelse om at det kan være interessant for at andre at vide og agere ud fra.

Der eksisterer ikke en intern instruks/arbejdsbeskrivelse i afdelingen, som præciserer, hvad der er god praksis.

### **SFlerne**

Fagpersonerne mener, at journalen er for meget præget af det somatiske sundhedsvæsen. En række regionale SFler i det nuværende system er ikke beregnede til dokumentation i forhold til psykiatriske patienter. Således mangler man flere "psykiatriske SFler", der er målrettede til de forskellige patientgrupper i psykiatrien.

Et eksempel på det som opfattes som en somatisk SFI, er ernæring. Her skal man registrere, hvad der spises, og ikke hvordan og hvornår, som ofte er mere relevant i forhold til den psykiatriske patient. Desuden er SFI'en "Primær ernæringsscreening" bygget op om ernæring til den underernærede patient. I voksenpsykiatrien er problematikkerne oftere centreret omkring overvægt, grundet medicin og livsstilsproblemer. De har derfor brug for anden sundhedsfaglig opmærksomhed, end den til den underernærede patient.

## **Manglende implementering og overblik**

Fagpersonerne mener ikke, at man har fået en ordentlig introduktion til/ oplæring i brugen af MidtEPJ.

Dels har man ikke på tværs af faggrænserne diskuteret, hvordan man bruger en fælles journal og dels har man ikke fået tid nok til at lære at bruge MidtEPJ i implementeringsfasen. Dette resulterer i, at fagpersonerne generelt mangler viden om opbygning og muligheder i MidtEPJ, og derfor ikke bruger de finesser og genveje godt nok som MidtEPJ har..

Manglende overblik over patienten i MidtEPJ nævnes af mange fagpersoner som et problem, og er også en af grundene til, at man bruger mere tid på dokumentation end måske nødvendigt. Det manglende overblik kan resultere i dobbeltdokumentation, og at man får noteret i en forkert SFI, hvilket betyder, at det bliver vanskeligt og tidskrævende at genfinde data,.

Desuden bliver der ofte noteret i "fritekst", hvilket resulterer i meget tekst som kan være vanskelig at overskue og tidskrævende at læse.

Flere fagpersoner udtaler, at de mangler en form for "*basisjournal*". Ligesom man tidligere (før MidtEPJ) havde et ark i papirjournalen, hvor patientens aktuelle data og problemstillinger var noteret. Det er dog i MidtEPJ muligheder for forskellige former for overblik (F7), f.eks. efter emne. Dette blev ikke nævnt under interviewene, sandsynligvis fordi funktionaltiteten ikke er almen kendt.

Blandt de sundhedsfaglige er der ikke skabt en enighed om måden at dokumentere på i MidtEPJ, og man mangler en form for feedback fra andre fagpersoner på indholdet af det, man skriver. Er det den relevante information, der bliver videregivet på den relevante måde osv.? For at imødekomme dette, nævner nogle af de interviewede, at de har ændret praksis efter MidtEPJ, således at de sidder sammen og dokumenterer i forbindelse med daglig patientkonference. På den måde drøftes og målrettes informationen til MidtEPJ på stedet.

Blandt fagpersonerne er der enighed om, at MidtEPJ generelt er anvendeligt i hverdagen, men at man mangler overblik og også viden om/erfaring i alle de muligheder, der ligger i systemet.

## **Konklusion**

### **Hvor kommer kravene til dokumentationen fra?**

Undersøgelsen viser, at der ofte dokumenteres i videre grad end de nationale, regionale, fællespsykiatriske og lokale retningslinjerne foreskriver.

Derudover viser undersøgelsen, at der i tolkningen af de nationale krav til dokumentation (eksempelvis i DDKM), i nogle tilfælde sker en udvidelse af dokumentationskravene i de regionale og fællespsykiatriske retningslinjer.

## **Fordeling af tidsforbrug**

Interviewpersonerne er ikke i stand til at estimere, hvor meget tid, der anvendes til dokumentation der hidrører fra fælles regionale eller nationale tiltag, og hvad der er iværksat af afdelingen selv. Det sundhedsfaglige personale estimerer, at de anvender cirka 1½ time om dagen på dokumentation (sekretærerne anvender dog mere tid).

## **Værdien af dokumentation**

Dokumentationen inden for de dokumentationsområder, som er en del af projektet, har ifølge interviewpersonerne værdi, fordi den kan understøtte det daglige kliniske arbejde. Men det kan føre til for megen dokumentation, hvis man har den præmis, at alt skal være helt sikkert og man som personale skal være dækket ind f.eks. i forhold til patientklager osv. En del af dokumentationen vedrører hændelser, som relativt sjældent indtræffer (f.eks. screening for MRSA), men som opretholdes for at være på den sikre side. Det kræver ledelsesmæssige beslutninger, hvis dette skal ændre.

## **Hvor kan dokumentationen nedbringes?**

Dokumentationen kan potentielt nedbringes, men hvor meget den kan nedbringes er vanskeligt at sige. Det er som tidligere nævnt svært at kvantificere den tid, der bruges på dokumentation, som ikke er krævet eller er overflødig. I skemaet er der påpeget en række konkrete områder og initiativer, som man umiddelbart kan gå i gang med:

- **Selv mord**

Dokumentationen kan nedbringes ved at begrænse antallet af screeninger gennem sundhedsfaglige vurderinger i de enkelte tilfælde og ved i nogle tilfælde at vurdere om patienten er selvmordstruet uden afkrydsninger i skema. Begrænsningen af antallet af screeninger forudsætter en ændring i adfærden i forhold til at sikre sig mod klager.

- **Brøset**

Hvis man ikke screener hyppigere end foreskrevet, men i overensstemmelse med retningslinjen, kan dokumentationen nedbringes.

- **KRAM**

Hvis man screener i overensstemmelse med retningslinjen kan dokumentationen nedbringes, dvs. at man i højere grad skal vurdere nødvendigheden af screeningen i forhold til den enkelte patient og evt. gøre brug af tidligere screeningsresultater, hvor det er muligt.

- **Ernæring**

Hvis man begrænser sig til at screene i overensstemmelse med retningslinjen kan dokumentationen nedbringes, dvs. at man i højere grad skal vurdere nødvendigheden af screeningen og evt. gøre brug af tidligere screeningsresultater, hvor det er muligt.

- **MRSA**

Det kan virke irrelevant, at alle patienter screenes ved modtagelse, men ifølge personalet tager det ikke lang tid.

- **Kliniske databaser**

Der er eksempler på uhensigtsmæssige registreringer i forhold til skizofrenidatabasen og depressionsdatabasen, som skyldes, at datadefinitionerne for næstens enslydende indikatorer ikke er ens i de to databaser. Dette medfører dobbeltdokumentation.

- **Medicin**

Dokumentation kan nedbringes ved at man ikke dokumenterer den ordinerede medicin i klinisk proces, men kun i medicinmodulet.

- **Patientidentifikation**

Det er muligt at nedbringe dokumentationen ved kun at journalføre afvigelser (det kræver, at reglerne laves om), således at det ikke journalføres at der er påsat id-armbånd.

- **Signalement**

Interviewpersoner giver udtryk for, at det er en overflødig dokumentation, der er indført på grund af øget bevågenhed i forhold til retslige patienter. Dokumentationen kan begrænses således at signalement anvendes på færre patienter.

- **Intern måling og kontrol**

Det kan undersøges om kontrollen foregår så hensigtsmæssigt og ressourceeffektivt som muligt.

- **Tvang**

Indberetningen til SEI er et lovkrav, men dobbeltdokumentationen kan nedbringes betragteligt hvis overførsel af data sker automatisk fra MidtEPJ frem for den nuværende manuelle overførsel.

Overordnet kan initiativerne **sammenfattes** i en række potentielle områder, hvor dokumentationen kan nedbringes. Det kan ske ved at:

- undgå dobbeltdokumentation i forbindelse med brug af MidtEPJ, særligt i forhold til patientovergange
- Sikre en snitfladeløsning i SEI der gør det muligt at lave integration fra andre systemer (eksempelvis MidtEPJ), således at den manuelle dobbeltdokumentation i forbindelse med tvang kan ophøre.

- genvurdere antallet af screeninger i forhold til kravene i retningslinjerne og deres relevans for det daglige kliniske arbejde
- se på uhensigtsmæssige arbejdsgange og manglende implementering i forhold til brugen af MidtEPJ
- øge kommunikationen mellem de organisatoriske enheder, der udformer retningslinjer og afdelinger, der indberetter data med henblik på at registreringen i højere grad fremstår meningsfuld på klinisk niveau og overregistrering undgås (på grund af misforståelser omkring krav til registreringens omfang, som f.eks. vedr. KRAM og ernæringsscreening)





