

NOTATTil: **Kvalitetsrådet****Opgang** Blok B
Telefon 48 20 50 00
Direkte 48 20 54 54
Web www.regionh.dk

Dato: 15. marts 2012

Resultater efter workshops med SFR lungemedicin og SFR kirurgi om dokumentationskrav

Siden ”dokumentationssagen” begyndte i medierne i oktober 2011 har Region Hovedstaden dels besvaret en række konkrete henvendelser, dels afsendt svarkronik/indlæg til en række aviser.

Efter underskriftsindsamlingen afsendte regionsdirektøren et personligt svar til alle underskrivende læger, som er ansat i regionen. Indholdet gik på at signalere åbenhed for kritik, vilje til dialog, men også tilkendegive at man næppe kan reducere i dokumentationskravene, men forbedre redskaberne og se på den dobbeltregistrering der finder sted mellem faggrupper. Der er således afsat flere midler til at forbedre IT. En række af hospitalsdirektionerne har afholdt møde med ledende overlæger eller de læger der fra deres hospital figurerede på underskriftsindsamlingslisten.

Derudover har regionsdirektøren bl.a. afholdt møde med en gruppe yngre læger, et møde med overlæger uden ledelsesansvar samt et møde med sygeplejersker, terapeuter og lægesekretærer. Desuden er der den 10. januar afviklet en besøgsrunde til hospitalerne mhp at drøfte IT- problemer med ledende medarbejdere samt formidle de tiltag, der gøres for at afhjælpe problemerne.

Endeligt er der afholdt workshops med repræsentanter udpeget af to af regionens 41 sundhedsfaglige råd; SFR for Lungemedicin og Kirurgi.

Se bilag 1 for overblik over de samlede hidtidige regionale aktiviteter som følge af ”dokumentationssagen”. Der foreligger referat fra samtlige møder.

Det er opfattelsen, at møderne er både nyttige og gavnlige for kommunikationen, og det kan derfor overvejes at holde kontinuerlige møder med repræsentanter for medarbejderne.

Møder med SFR

Nedenfor følger et resumé af tilkendegivelser, anbefalinger fra mødedeltagerne og observationer som kom frem under møderne.

Teksten, herunder tilkendegivelser, kritik, ønsker og observationer er delt op i følgende tre kategorier

1. Redskaber og vilkår for dokumentation, herunder IT
2. Dokumentationskrav - fortolkningen heraf samt dobbeltdokumentation
3. Anbefalinger fra møderne

Endelig afsluttes med forvaltningens observationer, refleksioner og forslag til videre forløb.

1. Redskaber og vilkår for dokumentation

Der er en del frustration over de elektroniske dokumentationsredskaber som stilles til rådighed og den aktuelle driftsstabilitet

- **EPJ Journalen:** Udgøres af mange IT systemer og disse opleves som usammenhængende. Snitflader mellem IT systemer er mangelfuld, fx mellem OPUS og Orbit, og bærer præg af at hvert system er lavet til sit formål uden at medtænke meningsfulde sammenhænge. Det er en vanskelig overgangstid hvor meget papir endnu er nødvendigt, hvorfor to journalsystemer skal vedligeholdes.
- **Adgangsproblemer:** Forskellige log-ins, korte log-in tider, problemer med at gå fra et system til et andet og tilbage igen
- **Driftsstabilitet:** Lange ventetider og regelmæssige nedbrud udløser også udfærdigelse af papirskemaer og lomme arkiver. Der printes af bekymring for overse noget eller af frygt for systemnedbrud
- **Dobeltdokumentation:** Foranlediget af utilstrækkelig funktionalitet eller indhold i de enkelte IT systemer er der kompenseret for disse mangler ved at kreere forskellige papirskemaer, fx ordinationsark, stuegangslister, registrerings/afkrydsningsark mv. Disse supplerer den elektroniske journaldokumentation, men kan indebære at den samme oplysning registreres flere steder, fx ifm. ordination af diagnostiske undersøgelser og Cave/allergioplysninger. Flere IT systemer indeholder funktionaliteter der ikke udnyttes, fx EPM
- **Overblik**
 - Der mangler især overblik over ordinationer, bestilling, udførelse samt indkomne svar og dokumentation af lægens gennemgang af svar/resultater. Der mangler elektronisk understøttelse af disse processer
 - Der mangler et sted for overblik over patientens aktuelle diagnoser, problemer og andre centrale oplysninger fx patientens stamdata, pårørende - i et slags stamkort (som erstatning for journalomslag)
- IT systemer anvendes forskelligt på hospitalerne, hvilket giver forvirring omkring hvor hvilke typer data skal dokumenteres og findes, fx anvendes Orbit nogle steder til at skrive operationsbeskrivelser i, andre steder anvendes OPUS, fordi ikke alle relevante medarbejdere omkring patienten har adgang til Orbit.

Omkring **diktering** er en række forhold forbedret, men lange ventetider på renskrivning af diktater giver anledning til usikkerhed omkring beslutninger og behandlingsplaner samt til dobbeltdokumentation, da lange ventetider på notater giver anledning til dokumentation af hovedelementer af notatets indhold andet steds..

Brug af standardiserede tekster i de elektroniske systemer: Tiltager i omfang, fx findes standardoperationsbeskrivelser, indledende vurderinger, standardfraser for tilbagevendende procedurer, fx for patientens informerede samtykke. Enkelte rejste dette som et potentielt sikkerhedsproblem.

Dobbeltdokumentation

Det blev især ifm. møder med de to SFR klart at afdelinger og faggrupper i mindre omfang indbyrdes har afklaret hvem der skal indhente og dokumentere forskellige oplysninger, for at undgå uhensigtsmæssig dobbeltdokumentation samt at der hersker en tradition for at visse data helt bevidst dokumenteres både af sygeplejersker og læger. En konsekvens heraf er at en betydelig mængde oplysninger indhentes ved flere lejligheder af forskellige faggrupper og dokumenteres forskellige steder.

Det kan fx være patientens vægt og højde, CAVE, ordinationer, anamnese, kliniske symptomer, vitale værdier mv. Især læger skal dokumentere en række elementer flere steder.

Faggrupperne er mindre tilbøjelige til at finde disse oplysninger i hinandens dokumentationssystemer og opfinder derfor gerne nye redskaber der skal kompensere for det manglende overblik andre faggruppers journaldokumentation.

Mangel på standardiserede uddata fra de elektroniske systemer til brug for ledelsesinformation, journalaudit mv efterlyses. Ligeledes efterlyses "smarte" løsninger fx at DRG registrering af ydelser elektronisk genbruges ift NIP registrering.

2. Dokumentationskrav og fortolkningen heraf

Selvom dette har været udgangspunktet for møderne er det ikke mange konkrete eksempler der er givet på nødvendige dokumentationskrav. Nedenstående er fremkommet under drøftelserne med især de to SFR, men er ikke udtryk for samlet konsensus.

Følgende dokumentationskrav og deres formål blev nævnt

- Kommende krav til dokumentation af EWS krav og ønsket om at kunne differentiere i mellem patientgrupper
- Ernæringsscreening i akutte forløb
- Smertevurdering og revurdering efter smertebehandling
- Faldrisikovurdering, hvis patienter ikke er selvhjulpne
- Behovet for at visse vurderingspunkter kan udskydes i den akutte initiale behandlingsfase
- Kontaktperson, som af flere nævnes som en nødvendig ordning for de kortvarige forløb.
- Screeninger der skal identificere risikopatienter og sortere de normale/raske fra fylder.

Under møderne blev regionens akkrediteringsstrategi italesat, da flere mente at det er krav i JCI standarder der øger dokumentationsbyrden.

Drøftelsen af dokumentationskrav afdækkede også hospitals- eller afdelingsspecifikke forskelle. På en række områder er de generiske dokumentationskrav skærpet lokalt og udover at dette kan være en meget bevidst beslutning, afdækkede debatten også at der opstår misforståelser eller uintentionelle skærpelser af gældende krav (herunder fx at småbørn skal faldscreenes og udspørges om ryge -og alkoholvaner).

3. Anbefalinger fra møderne

IT fokus

Grundlæggende ønskes en mere sammenhængende elektronisk journal der understøtter behovet for hurtigt overblik over status, udveksling af oplysninger og som er et hukommelsesstøtteværktøj i planlægningsarbejdet.

Følgende ønsker og forslag fremkom under møder med SFR

- ESA og længere log-on perioder
- Det bør prioriteres snarligt at skabe en løsning, der kompenserer på det manglende overblik over de processer der omfatter ordination og rekvirering af diagnostiske undersøgelser samt indkomne, vurderede og lægegodkendte resultater
 - Mangler liste over udførte rekv. og udførte prøver og undersøgelser
 - Mangler elektronisk kvitterings mulighed
 - Alarmer, fx når der er indkommet/indtastet et patologisvar
 - Postkasse/status - her skal man kunne se hvad der er kommet af svar
- En slags "to do liste" – dvs. en blanding af en huskeliste, stuegangsseddel for den enkelte patient
- Et slags statusark for patienten som erstatning for journalomslag
- Tværgående strukturerede elektroniske dataind/opsamlingsredskaber/ skemaer der understøtter overblik, rutineprocesser og hukommelse over tid efterlyses (væske, EWS mv)
- Bedre beslutningsstøtte i bookingsystemer og i Orbit ønskes en forbedret understøttelse af den samlede operationsforberedelse af patienten
- Det bør være muligt at planlægge udskrivningsmedicin og gøre klar i FMK før udskrivningstidspunktet
- Forenkling af godkendelsesprocesser i EPM ved overgang fra amb. til indlagt
- Drøfte bedre genbrug af hinandens indledende vurderinger/journaloplysninger, fx ifm. overflytninger
- Indføre stemmegenkendelse ifm. diktering for at få diktater hurtigere ind i journalen
- PDA bør kunne anvendes ifm. KISO skemaer

Arbejdsgange

- Der er brug for at drøfte hvem der skal indsamle hvilke data og hvor disse skal findes
- Der er brug for at drøfte kriterier for legitim genbrug af data, dvs. undersøgelser og vurderinger, fx når patienter flyttes mellem afdelinger og der i den forbindelse gennemføres fornyede indledende vurderinger ved både læge og spl.
- Brugen af standardtekster/makroer – formål og risici

4 Forvaltningen observationer og refleksioner

Der viser sig at være stort sammenfald, når der tales om oplevede problemer og afledte behov ifm. brugen af diverse IT systemer, som indgår i patientjournalen.

Der udføres betydelig dobbeltdokumentation, bl.a. fordi

- Der er tradition for at samme tekst dokumenteres såvel af læger som af sygeplejersker. Journalens tekst er omfattende - der er ikke tid til at finde det væsentlige (man skal scrolle)
- Der opfindes skemaer der skal understøtte hukommelses- og beslutningsstøtte til særlige formål/procedurer, fordi overblikket i journalen mangler og det tager tid at finde

- Man er bekymret for om andre har husket at indsamle informationerne – eller oplever behovet for at oplysningen indgår i flere sammenhænge (fx CAVE, diagnoser mv)
- Sygeplejersker læser primært andre steder end i lægenotater, dvs. i skemaer, sygeplejepapirer, som ikke ligger i OPUS – der er ikke tid til det, men der anvendes tid til at oprette nye dokumentationsredskaber/skemaer/oversigter med de samme oplysninger
- Læger læser primært i lægenotater i OPUS
- Det er et stort bekymringspunkt for klinikerne at de ikke hjælpes til et samlet overblik over ordinerede, planlagte, rekvirerede og udførte undersøgelser og analyser samt for kvittering for at resultater er set af læge
- Der er designet lokale hele tværfaglige journaler for en udvalgt diagnostisk gruppe, fx KOL patienter, samtidigt med at der føres ”almindelig journal”- den fælles lokale journal anvendes som huske- og checkliste
- Der er uklarhed og manglende aftaler om hvem der skal indsamle hvilke informationer
- Der er uklarhed om minimumskrav til journaldokumentationen og generelt en overfortolkning heraf. Det blev klart under møderne at klinikerne primært antager at dokumentationskrav udspringer af akkrediteringsstandarder og ikke af lovgivning eller af SST’s vejledninger.
- Der er tydeligvis et stort behov for klarere formidling af krav, herunder hvilke krav afdelinger selv kan bestemme. Dette skal indtænkes, og bør drøftes i relevante fora, hvor nye tiltag besluttet.
- Eksisterende IT systemer anvendes/udnyttes til forskellige formål og i forskellig grad, fx Orbit

Hvad bør prioriteres

En række initiativer vil afhjælpe nogen af de ovenfor beskrevne problemstillinger. Det drejer sig bl.a. om

- Planen for at øge driftsstabilitet, IT sundhedscheck og konsolidering
- Implementering af ESA
- Forsøg med indbakke funktionalitet ifht. parakliniske svar
- Formidling af minimumskrav til dokumentation, herunder hvilke dokumentationskrav afdelingerne selv kan justere
- Regionale og lokale drøftelser/aftaler om hvilke faggrupper der indsamler hvilke informationer og om genbrug af indsamlede data og vurderinger, fx ifm. overflytninger.

Regionens Journaludvalg har en vigtig funktion hvad angår sikring af en mere ensartet og struktureret opbygget patientjournal og initiativer der skal minimere behovet for dobbeltdokumentation.

I regi af journaludvalget arbejdes fx med

- at EPM i 2012 indrettes til at CAVE og intolerans oplysninger fra EPM overføres til OPUS, således at disse oplysninger fremover kun skal anføres et sted
- en elektronisk sygeplejefjournal, som vil kunne fremfindes i oversigten over notater i OPUS (givet den implementeres) og data genbruges. På denne måde fastlægges også hvilke informationer der skal indsamles af sygeplejen
- Enkelte strukturerede regionale IT skemaer for struktureret dataregistrering, fx for smertevurdering

- Fælles notattyper, besluttet af Journaludvalget, vil understøtte fremsøgning af ønskede typer af notater
- Hvorledes og om der kan etableres en elektronisk erstatning for det papirjournal-omslag, som indeholder væsentlige oplysninger (personprofil eller "stamkort")
- Hvor hvilke oplysninger skal registreres – denne drøftelse er endnu ikke påbegyndt.

Det vurderes at være påtrængende at se på muligheder for en bedre IT understøttelse af klinikernes overblik over ordinerede, rekvirerede, udførte og svar på parakliniske undersøgelser, herunder lægers mulighed for at kvittere og godkende disse for at sikre rettidig opfølgning og at ingen svar overses. Der var meget stor enighed mellem klinikere om at dette behov er kritisk. Det er vurderingen at forsøget omkring OPUS Indbakkefunktionalitet ikke vil indfri alle de skitserede behov.

Bilag 1: Aktiviteter som følge af dokumentationssagen

November 2011	Diverse indlæg, kronikker mv. i medier, udsendelse af svarmail til alle underskrivende læger i underskriftsindsamling etc.
Primo december	Udsendelse af brev til hospitalsledelser/afdelingsledelser om IT.
6. december	1. delrapport vedr. akkrediteringsevaluering fremsendes til KD. Kommunikationsplan udarbejdes af presseteam og KPUK (EfB/EUK)
12. december	Dialogmøde med yngre læger. Deltagere fra regionsadministrationen på dialogmøderne er Helle Ulrichsen, Svend Hartling, Mikael Skov Mikkelsen og Inge Kristensen
16. december	Kvalitetsrådsmøde. Drøftelse om ledelse og kvalitetsudvikling og perspektiver på forløbet af dokumentationsdebatten
19. december	Dialogmøde med overlæger uden ledelsesansvar
21. december	Møde mellem regionsdirektør Helle Ulrichsen og FAS formand Anja Mitchell
4. januar 2012	Dialogmøde med sygeplejersker uden ledelsesansvar udpeget af DSR. Deltagere fra regionsadministrationen på dialogmødet er Helle Ulrichsen, Svend Hartling, Mikael Skov Mikkelsen og Inge Kristensen
22. og 23. Februar 2012	Møder med SFR afholdes. 2 x 2 timers møder. Deltagere: 3- 8 læger og 3- 8 sygeplejersker samt formanden for regionens journaludvalg og 3 repr. fra EUK (sekretariat for Journaludvalget). Møderne tog afsæt i mere generelle drøftelser og i udvalgte behandlingsforløb- akut og elektiv for at nå hele patientforløbet igennem.
29. marts- 2012	Kvalitetsrådet drøfter forslag og konklusioner fra diverse møder samt kommunikationsplan

Aktiviteter med relation til afhjælpning af IT og dokumentationsproblematikker

Journaludvalg etableret. Yngre læge medlem af journaludvalget (udpeget af YL).
Journaludvalget har pt. taget stilling til:

- fælles notatyper i H_EPJ
- faggruppeklassifikation i OPUS
- ensartet sted (IT system) for anførelse af CAVE oplysninger
- indhold i og anbefalinger omkring udbredelse af en fælles IT baseret sygepleje-journal
- prioritering af hvilke IT skemaer til patientjournalen som skal udvikles i 2012.

IT- beslutninger

Driftshandlingsplan med fokus på stabilitet og konsolidering

Gennemførelse af "sundhedstjek" af IT på alle hospitaler

Udbud af ny sundhedsplatform

Etablering af klinisk referencegruppe