



Endringsoppgave:

Kvalitetsforbedring på klinisk sykepleiedokumentasjon:

Fra prosa til dokumentert
nødvendig og relevant
helsehjelp

Nasjonalt topplederprogram

Cecilie Lund

Oslo 28.10.2015

1. Bakgrunn og organisatorisk forankring for oppgaven

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet i helse og omsorgstjenesten er regjeringens klare mål (St.meld. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester). Internkontroll stiller krav til systematisk arbeid med pasientsikkerhet og kvalitet. Institusjonene skal selv følge opp egen virksomhet planmessig, og sjekke at praksis er i tråd med myndighetskrav, oppdragsdokument og faglige standarder (Lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-12-20-1731). Målestokken for god praksis er de seks kriteriene i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (Og bedre skal det bli(2005-2015): IS 1162). God kvalitet på journaldokumentasjon er et av mange virkemiddel i arbeid med kvalitet - og pasientsikkerhetsarbeid. Handlingsplanen for Avdeling Spesialpsykiatri(ASP), Akershus Universitetssykehus(AHUS) har kvalitet på tjenestene som et hovedmål og derunder er god kvalitet på pasientdokumentasjon som et delmål. Plan for og arbeid med kvalitetsarbeidet ift journaldokumentasjon er delt opp i ulike deler for våre ulike aktører i avdelingen: utredningsstandarder, økt kvalitet på epikriser, arbeid med fagprosedyrer og veiledende behandlingsplaner og forbedring av kvalitet på klinisk dokumentasjon av sykepleie(KDS). Endringsprosessen er drevet av behov for kvalitetshevende tiltak ift journaldokumentasjon i avdelingen. Jeg har fått i oppgave av avd.leder Jean-Max Robasse å planlegge hvordan vi kan få til en forbedring av kvaliteten på KDS.¹

2. Behovet for endring – hvorfor endringen er nødvendig

KDS i pasientjournalen skal både være et målrettet arbeidsdokument for pasientbehandlingen og samtidig skal det tilfredsstillende krav fra myndigheter. Journalinnhold er også data som skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning(St. meld. Nr 9 (2012-2013) Èn innbygger – èn journal). Erfaringen på ASP at det brukes mye tid på behandlingsplaner og rapportering med svært varierende kvalitet og nytte av det som dokumenteres. Observasjoner, vurderinger

¹ KDS: klinisk sykepleiedokumentasjon er et overordnet begrep som favner behandlingsplan(BP), dens daglig evaluering og veiledende behandlingsplan (VBP). Sammensetningen av pleiepersonell i psykiatri er tradisjonelt flerfaglig. Dvs. ulike profesjoner i tillegg til sykepleiere; sosionomer, pedagoger, vernepleiere, bachelor i psykologi. EPJ tar ikke hensyn til dette mangfoldet med de ulike aspekter dette innebærer.

og tiltak er mangelfullt dokumentert og det er mye unødvendig og upresise opplysninger som blir dokumentert. Flere av pasientforløpene mangler sykepleiediagnoser, mål og relevante sykepleie tiltak og det er ulik forståelse omkring hvordan en behandlingsplan skal evalueres. Mens utgangspunktet i plikten for dokumentasjon er at opplysningene skal være medisinskfaglig relevant og nødvendig for behandlingen av pasienten, knyttet til pasientens helsetilstand og behov for helsehjelp, domineres KDS fremdeles formmessig av tekst/prosatekst med svært varierende relevans ift tilstand og behandlingsmål.

Kvalitetsforbedrende arbeid med KDS på ASP har derved flere mål.

På kort sikt vil

- Kompetansehevende tiltak innenfor journalldokumentasjon øke kompetansen hos den enkelt sykepleier
- Økt kvalitet på KDS vil sikre relevans og presisjon i forhold til behandlingsmål og gir derved mer effektiv behandling
- Økt kvalitet på journalldokumentasjon sikrer kvalitet og kontinuitet i sykepleien

På lang sikt vil

- Økt presisjon ift nødvendig og relevant dokumentasjon knyttet til behandlingsmål, gi mer effektiv behandling og øker ressursutnyttelsen
- Økt kvalitet på journalldokumentasjon øker kvalitet og kontinuitet i sykepleien og kan derav redusere bruk av tvangstiltak
- Mer effektiv behandling reduserer ventelister

3. Analyse knyttet til endringskaleidoskopet

Endringsprosessen er drevet av behov for kvalitetshevende tiltak ift journalldokumentasjon i avdelingen. Endringen er forankret i ledergruppen gjennom handlingsplan 2015. Selv om saker er satt opp i handlingsplan er det nødvendigvis ikke prioritert eller oppslutningen er sikret. Det er ulikt syn i ledergruppen omkring kvalitet på KDS. Dette skyldes etter min mening ulik tilnærming til KDS på de enkelte seksjonen og derved ulik virkelighetsforståelse og tradisjon som skal endres jfr. krav om kunnskapsbasert praksis. Kvalitetsindikatorer som allerede måles sier i prinsippet ingenting om kvaliteten på KDS, men sier noe om bruken. For at man skal se på kvalitet

så må en fysisk inn og journalgranske. Retningslinjer for gransking av journal er til godkjenning i Helse Sør Øst, uten kjent tidsperspektiv på ferdigstilling. Å undersøke egen praksis før en evt. uønsket hendelse skjer er et kvalitetsstempel. Endringsprosessen blir derved et kompetansehevende tiltak som skal kunne imøtekomme en evt. journalgranskning eller revisjon. Ledergruppen består også av behandlere som blir berørt av endring også i KDS noe som innebefatter endringer av etablerte rutiner og forståelse knyttet til egen utførelse av arbeid, m.a.o. behov for en kulturrendring. Den allerede erfarte uenigheten knyttet til temaet kan være symptomer på dette og forankringen må sikres ytterligere gjennom nødvendig oppslutning til målsetting og lojalitet utad. Prosjektet er et avdelingsovergripende prosjekt. Hver seksjon har noe ulik tilnærming og tradisjon knyttet til KDS. Det er derved nødvendig å se på de kontekstuelle dimensjoner samlet, f. eks i prosjektgruppen før endelig design bestemmes. Det kan være behov for noe differensiering av design av prosjektet, knyttet til den enkelte seksjon. Det som imidlertid er absolutt krav er at målsetning er den samme for alle seksjoner. Utstrekning av endringen som er påkrevd anser jeg til å være en endring som ikke trenger en fundamental revurdering av tidligere antagelser, til sammenligning med en transformasjon, men omstillingen vil allikevel utfordre subkulturene betraktelig, uavhengig av dette er det av betydning å se på de kontekstsensitive aspekter:

Prosjektet har ikke noe tidsfrist og er ikke tidsfestet, men er allerede utsatt/nedprioritert fra handlingsplanen 2015 til 2016 på grunn av behov for grundigere implementering av allerede pågående prosjekter. Grunnleggende er det en absolutt nødvendighet i et prosjekt å sette en tidsramme fra start til evaluering da tidsrammer, organisering av arbeidet, delmål og avgrensninger, sammen med rammebetingelser i prosjektet hjelper oss å nå hovedmål(ene).

Det er ulik kompetanse hos den enkelte knyttet til journaldokumentasjon generelt og KDS spesielt. Men det finnes allerede krefter i avdelingen som har stor kunnskap som må bevares og evt. utvikles videre, såkalte ressurspersoner i DIPS. Holdninger og vaner er vanskelig å endre. For noen vil dette oppleves som en mindre justering, for andre vil endringen innebære å integrere ny kunnskap og endre gammel praksis, noe som oppleves adskillig mer dramatisk. Avdelingen har innført "treningsplaner" ift kompetanseheving for den enkelte ansatte, noe som jeg tror er et godt hjelpemiddel også i denne sammenhengen. Det er av betydning for at prosjektet skal lykkes at "alle

skal med”, noe som er en utfordring m.h.t. opplæring i en organisasjon med turnusarbeidere. Å imøtekomme utfordringer ift endringsevne/vilje med individuell oppfølging av ressurspersoner og/eller teamledere, samt vilje til å avsette de nødvendige ressurser for å få dette til, avhenger av evalueringspunkter underveis i prosjektet. Prosjektet ansees som kompetansehevende tiltak innenfor ordinær drift og det er derfor ikke avsatt økonomiske midler til gjennomføring. Prosjektet må derfor gjennomføres på en tid hvor det ikke er konkurrerende prosjekter. Bruk av ekstern opplæring som finnes i div utnyttes, nødvendig antall ressurspersoner opplæres, samt nødvendig avsatt tid til undervisning og trening på ny kompetanse (J. Balogun, 2001).

4. Fremdriftsplan

- a) Interessentanalyse – se vedlegg 1
- b) Kommunikasjonsplan – se vedlegg 2
- c) Risikoanalyse – se vedlegg 3
- d) Kritiske suksessfaktorer

En kritisk suksessfaktor defineres som en faktor som må være tilstede for at prosjektet skal nå sine mål. Suksessfaktorer er de faktorer som vi kan observere og påvirke for å oppnå suksess med prosjektet. De ”kritiske” er de prosjektet må prioritere først.

- Overbevisende fortelling og tilstrekkelig informasjon om prosjektet
 - Felles virkelighetsforståelse omkring bruk av KDS
 - Tydelige mål for prosjektet formidlet
 - Tidsramme for prosjektet definert.
 - Definerte effektmål fordi kvalitetsindikatorer bare sier noe om bruken og ikke noe om kvalitet på innhold i BP og KDS.
 - Nødvendig antall ressurspersoner i hver seksjon er opplært
 - Nødvendig grunnopplæring av øvrige medarbeidere med hjelp fra klinisk IKT
 - Nødvendig antall workshops e. I hvor ferdigheter kan øves med veiledning i det daglig arbeid
 - Opplæring og utarbeidelse av VBP etter retningslinje fra Helse sør øst
- e) Milepælsplan: se vedlegg 4

- f) og analyse av hvilke spesielle ledelsesutfordringer som er knyttet til gjennomføringen av endringsoppgaven med henvisning til relevant endrings- og ledelseslitteratur:

Ledere har til oppgave å styre retningen for forandringer. I denne sammenheng skal økt kvalitet på sykepleierdokumentasjon tjene interessentene våre. Dette skal gi merverdi for pasientene aller først, deretter medarbeiderne og til sist organisasjonen.

Å oppnå en felles virkelighetsforståelse på hvor vi står i dag, hva som er målet og hvilke effekter som antas å oppnås med prosjektet klargjør bestillingen til ledergruppen.

Resultatproduksjon i ledergruppen blir derved å skape en godt forankret og felles akseptert beslutning, felles holdning til prosjektet omkring hvordan vi skal opptre utad i hver enkelt enhet, samt kvalitetssikring av det arbeidet som skal bedrives knyttet til prosjektet i hver enkelt enhet (Bang & Midelfart, 2012). Alle i ledergruppen er viktige, men især seksjonslederne og de kliniske behandlerne som er deltagere i behandlingsteam.

En annen stor ledelsesutfordring er å motivere og inspirere til innsats på en måte som gir medarbeiderne energi. Gjennomføring av endringer i praksis skjer nesten alltid samtidig med ordinær drift. Dette skaper en ekstra belastning på personalet og en endringstretthet som må håndteres. En administrativ og logistisk utfordring er å samordne medarbeidere på tvers av avdelingen som går i turnus.

5. Budsjett – nøkkeltall

Det tilstrebes at prosjektet gjennomføres innenfor rammen for budsjettet for 2016.

Alt arbeid foregår innenfor ordinær arbeidstid, men vil kreve roking i turnus for ressurspersoner/nøkkelpersonell, i all hovedsak flytting fra kveld til dagvakt. Dette vil kunne innebære ekstraavgifter til innleie av personell på kveldsvakter som tappes og må erstattes med personell. Usikkert m.h.t. den ene av seksjonene som har større krav til absolutt minimumsbemanning enn de to andre seksjonene.

Erfaring fra tidligere prosjekter tilsier at det kreves innleie av personell også ved halvdagsseminar. Det bemannes med såkalt minimumsbemanning, om mulig, selv om det foregår internt på huset.

6. Sammendrag og konklusjon

For å sikre at sykepleie- og miljødokumentasjon er i henhold til forsvarlighet, lover og forskrifter anbefaler jeg at dette kvalitetsforbedrende arbeidet igangsettes.

7. Vedlegg

Vedlegg 1: Interessentanalyse

Vedlegg 2: Kommunikasjonsplan

Vedlegg 3: Risikoanalyse

Vedlegg 4: Milepælsplan

Vedlegg 5: Litteraturliste