

Masteroppgave organisasjon og ledelse

Innføring av Elektronisk dokumentasjon av sykepleie –
umiddelbar suksess eller usikker tålmodighetsprøve?

Utarbeidet av:

Annette Hole Sjøborg og Bjørn Christian Hauge

Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag

Mastergraden i organisasjon og ledelse

Mai 2012



Forord

I 2006 etablerte Sykehuset Østfold et prosjekt som fikk i oppdrag å innføre elektronisk dokumentasjon av sykepleie (EDS). Sykepleierne skulle slutte å dokumentere i papirjournal og begynne å dokumentere i pasientens elektroniske journal (EPJ). Dette innebar endring av arbeidsrutiner, innføring av kodeverk for dokumentasjon i pleieplaner (i denne oppgaven kalt behandlingsplaner) samt fagutvikling og beslutningsstøtte gjennom bruk av veiledende sykepleieplaner (her kalt veiledende behandlingsplaner). Prosjektet for innføringen av EDS hadde en varighet fra 2006 til 2010, og var så langt et av de største fagutviklingsprosjektene i Sykehuset Østfold noen gang, målt både i økonomi og omfang.

Kvalitetseffektene var sentrale i valg av strategi for innføringen. EDS skulle blant annet:

- Bidra til felles prinsipper og lik dokumentasjonsmetode for sykepleietjenesten i SØ
- Sikre at sykepleie dokumenteres helhetlig og gjøres tilgjengelig i en felles journal
- Bedre overføring av relevante opplysninger til alle som er aktive i pasientbehandlingen
- Gi bedre planlagt og målrettet sykepleie
- Øke kontinuitet i behandlingen
- Gi oppdatert fagkunnskap ved hjelp av veiledende behandlingsplaner

Innføring av EDS er med andre ord innføring av et IKT-system som forutsetter vesentlige endringer av rutiner og arbeidsprosesser for å sikre uttak av forventede gevinster. EDS ble sett på som et viktig verktøy for å imøtekomme Sykehuset Østfolds kvalitetspolitikk.

I 2009 skrev den ene av de to forfatterne av denne studien, Bjørn Christian Hauge, en oppgave med tittelen ”Hvilke forhold har betydning for innføring og oppfølging av EDS”. Denne oppgaven var eksamensoppgave 1. året på masterstudiet ved Høyskolen i Østfold, og resultatene og anbefalingene fra denne oppgaven danner bakteppe for vår oppgave. En av konklusjonene i oppgaven var at innføringen av EDS i SØ på dette tidspunktet hadde gitt ønskede resultater på mange områder, mens det på andre områder var behov for å jobbe målrettet videre. Selve innføringen framsto som vellykket. Prosjektet var godt forankret i sykehuset med tydelige rammer for gjennomføring, og man kunne på det tidspunkt vise til en del positive effekter og ”short-term wins”. Derimot var det for tidlig å kunne vise til de mer langsiktige effektene som endring av dokumentasjonsrutiner og økt kvalitet på dokumentasjonen, samt eventuelle tidsgevinster. En av konklusjonene i oppgaven var at

endringsprosessene, som er forutsetninger for å nå målene, krever tett oppfølging og lederinvolvering over tid. En anbefaling fra oppgaven var å utarbeide en gevinstrealiseringsplan som fokuserte på tydelige ansvarsroller, virkemidler og ledelsesverktøy, og at denne planen måtte ha forankring i sykehusledelsen. Rapportering i linjen gjennom kvalitetsindikatorer for EDS ble særlig nevnt som vesentlig i denne sammenheng. Videre ble det anbefalt at det etter prosjektavslutning måtte opprettes en støttefunksjon for faglig oppfølging av EDS, og denne funksjonen burdet tillegges EPJ-senteret. EPJ-senteret var på det tidspunkt en enhet i sykehuset med ansvar for optimalisering og videreutvikling av EPJ. Basert på funn i oppgaven ble det også anbefalt å etablere et system med ressurspersoner på sengeposter, med avsatt tid i turnus, til oppfølging av EDS.

I perioden etter at Hauges oppgave ble skrevet har SØ innført rapportering i linjen på kvalitetsindikatorer for EDS, opprettet sentralisert forvaltningsfunksjon samt en systematisk oppfølging av seksjonsledere med fokus på bruk av EDS i sengepostene. I vår oppgave søker vi å finne svar på hvilken betydning dette har hatt for å nå målene for innføring av EDS i SØ.

I denne deskriptive studien har vi valgt ut fem aspekter ved sykepleiedokumentasjon (mål, kvalitet, kvalitetsindikatorer, ledelsesforankring og forvaltning), og vår empiri har utgangspunkt i disse fem aspektene. Våre funn drøftes i lys av to ulike teoretiske perspektiver, hvor perspektivene benyttes for å forstå og forklare endringene i forbindelse med innføring og oppfølging av EDS. Det ene perspektivet er instrumentelt forankret, og legger vekt på at organisasjoner er formelle systemer hvor endringer finner sted på grunn av at medlemmene handler formålsrasjonelt ved utføring av oppgavene og at handlingene blir som ønsket. Det andre perspektivet er kulturelt forankret, og vektlegger at organisasjoner er uformelle systemer, der medlemmene handler mer ut fra egeninteresse eller mulige konsekvenser av handlinger fremfor rasjonelle handlinger basert på grundige avveininger av argumenter.

Å skrive masteroppgave har vært en spennende og begivenhetsrik, men også svært krevende prosess, for oss begge. Det har vært en stor støtte å være to i arbeidet, og vi har samarbeidet godt. Samtidig har det å være to gitt grobunn for heftige, men svært hensiktsmessige, diskusjoner. Jan Moren har vært vår veileder, og vi vil takke ham for all hjelp og støtte. Han har gjennom hele prosessen kommet med konstruktive tilbakemeldinger og hjulpet oss med nyttige refleksjoner, til tross for et hektisk småbarnsliv. Vi vil også takke Trine Lando og Tor Johan Helgesen for nyttige innspill og hjelp i prosessen.

INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD	2
1 INNLEDNING	6
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	6
1.2 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING	9
1.3 PROBLEMSTILLING	9
1.3.1 Presisering av problemstillingen	10
1.3.2 Avgrensning av problemstillingen	11
1.4 KORT BESKRIVELSE AV EMPIRI OG TEORI	11
1.5 OPPGAVENS OPPBYGGING	13
2 PRESENTASJON AV NØKKELBEGREPER OG EMPIRI	14
2.1 ELEKTRONISK PASIENTJOURNAL	14
2.2 ELEKTRONISK DOKUMENTASJON AV SYKEPLEIE (EDS)	14
2.3 GEVINSTREALISERING	14
2.4 KVALITETSINDIKATORER I HELSETJENESTEN	16
2.5 MÅL- OG RESULTATSTYRING	16
2.6 REFORM OG ENDRING	16
2.7 EMPIRI	17
2.8 VÅRE EMIRISKE DATA	18
3 TEORI	19
3.1 ENDRING	20
3.2 ULIKE PERSPEKTIVER PÅ ENDRING	21
3.2.1 Det instrumentelle perspektivet	23
3.2.2 Det kulturelle perspektivet	26
3.3 ULIKE ASPEKTER VED DOKUMENTASJON AV SYKEPLEIE	29
3.3.1 Mål i forhold til sykepleiedokumentasjon i Sykehuset Østfold	30
3.3.2 Kvalitet på dokumentasjon av sykepleie	33
3.3.3 Kvalitetsindikatorer for måling av kvalitet på dokumentasjonen	37
3.3.4 Ledelsesforankring	39
3.3.5 Forvaltning av elektronisk dokumentasjon av sykepleie	41
4 METODE	43
4.1 KORT OM UNDERSØKELSE OG VÅR FREMGANGSMÅTE	43
4.2 RELIABILITET OG VALIDITET	44
4.3 CASESTUDIE SOM STRATEGI	45
4.4 STRATEGISK UTVALG	46
4.5 DATA HENTET FRA PASIENTJURNALER	48
4.5.1 Elektroniske rapporter	48
4.5.2 Kvalitetsundersøkelse	49

4.5.3	Intern kvalitetskontroll	51
4.6	INTERVJU	53
4.7	HYPOTESER OG FORSKNINGSPØRSMÅL	56
4.7.1	Hypotese 1	57
4.7.2	Hypotese 2	57
4.7.3	Hypotese 3	59
5	ANALYSE	60
5.1	MÅL FOR DOKUMENTASJON AV SYKEPLEIE VED SYKEHUSET ØSTFOLD	60
5.1.1	Funn vedrørende målsetting	60
5.1.2	Funn vedrørende ressurseffektivisering	63
5.2	KVALITET PÅ DOKUMENTASJON AV SYKEPLEIE	66
5.2.1	Kvalitet på sykepleiedokumentasjonen ut fra intervjuene	67
5.2.2	Endring av dokumentasjonsrutiner	73
5.2.3	Presentasjon og analyse av resultater fra kvalitetsindikatorer og journalgransking	79
5.3	KVALITETSINDIKATORER FOR MÅLING AV KVALITET PÅ DOKUMENTASJONEN	90
5.3.1	Funn vedrørende kvalitetsindikatormålinger	90
5.4	LEDELSESFORANKRING	94
5.4.1	Risiko forbundet med mangel på ledelsesoppfølging	94
5.4.2	Funn vedrørende opplevelse av ledelsesforankring	96
5.4.3	Omfang av opplæring	98
5.5	FORVALTNING AV ELEKTRONISK DOKUMENTASJON AV SYKEPLEIE	99
5.5.1	Funn vedrørende forvaltning	100
5.6	OPPSUMMERING AV EMPIRI I INSTRUMENTELT OG KULTURELT PERSPEKTIV	103
5.6.1	Oppsummering av empiri i et instrumentelt perspektiv	103
5.6.2	Oppsummering av empiri i et kulturelt perspektiv	107
6	KONKLUSJON	112
6.1	ER VÅR FØRSTE HYPOTESE STYRKET ELLER SVEKKET?	113
6.2	ER VÅR ANDRE HYPOTESE STYRKET ELLER SVEKKET?	118
6.3	ER VÅR TREDJE HYPOTESE STYRKET ELLER SVEKKET?	121
6.4	AVSLUTTENDE REFLEKSJONER	122
7	REFERANSELISTE	124
	VEDLEGG	
	Vedlegg 1 Prosedyre EDS i Sykehuset Østfold	
	Vedlegg 2 Spørsmål til kvalitetsundersøkelse	
	Vedlegg 3 Intervjuguide 2012	
	Vedlegg 4 Bakgrunnstall kvalitetsmålinger	

1 INNLEDNING

Bruk av elektronisk pasientjournal i helsetjenesten og innholdet i denne, har vært mye omtalt i presse, artikler, undersøkelser og revisjoner. Deler av dette har også omhandlet sykepleiedokumentasjon. Kvaliteten på sykepleiedokumentasjon har vært et tema i fagmiljøer, tidsskrifter og artikler i flere tiår. Opprinnelig har debatten hatt utgangspunkt i papirbasert dokumentasjon, men nå er den mer og mer rettet mot elektronisk dokumentasjon. I det etterfølgende nevnes et lite utvalg av det som har blitt skrevet og sagt rundt temaet. Videre skriver vi om begrunnelse for valg av tema før vår problemstilling, med sine avgrensninger og presiseringer, beskrives. Kapittelet avsluttes med en kort beskrivelse av empiri og teori, og en skisse av oppgavens oppbygging.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I artikkelen ”Alt for lange journaler truer pasientsikkerhet” (Sykepleien nr. 13, 2011), frykter pasientombudet ved Ahus, Knut Fredrik Thorne, at pasienter dør fordi helsepersonell skriver for lange journaler som ikke blir lest. ”Viktige beskjeder drukner i brødskiver”, hevder han, og sier videre at det er et ledelsesansvar å få til gode rutiner på journalføring. Ledere bør mene noe om hva som skal føres og diskutere det med de ansatte i avdelingene, slik at de får en felles forståelse. Når rutineene er innført, bør lederen ta stikkprøver av journalene hver 14. dag, råder Thorne. Geir-Tore Stensvik, sykepleier og lektor ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, sier i den samme artikkelen at han vil gi et spark til enhetsledere og administrasjonen på sykehjem og sykehus. Han hevder at de ikke kan journalforskriften og de føringene den gir i forhold til internkontroll. Enhetsledere må lære seg denne, påpeker han.

I 2011 ble det gjennomført konsernrevisjon i Helse Sør-Øst. I rapporten ”Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i Sykehuset Østfold HF” (2011), sies det at en grunnleggende forutsetning for at det pasientadministrative arbeidet fungerer tilfredsstillende er at det er etablert en tilfredsstillende intern styring og kontroll. Med intern styring og kontroll menes ”prosesser, systemer og rutiner igangsatt av ledelsen og de ansatte for å gi rimelig sikkerhet for at Sykehuset Østfold HF når sine målsettinger”. I gjennomgangen viser Konsernrevisjonen til at sykehuset har mangler og/eller svakheter innenfor flere av områdene som er undersøkt, og hvor det enten bør eller må utvikles tiltak for å forbedre områdene. Når det gjelder styrings- og kontrollmiljø er konsernrevisjonens oppfatning at det på et overordnet nivå er fokus på å få god styring og kontroll på det pasientadministrative arbeidet og at dette kommuniseres nedover i organisasjonen.

Konsernrevisjonen er imidlertid samtidig av den oppfatning at det gjenstår et arbeid med å forankre dette nedover i seksjonene. Det er videre enkelte utfordringer vedrørende ansvar, roller og oppgaver, samt utfordringer knyttet til DIPS kompetanse. I forhold til etablering av målsettinger og risikostyring har gjennomgangen vist at det er utfordringer å få dette ned på alle nivåer i foretaket. Foretaket må i tillegg styrke ledernes kompetanse på DIPS slik at dette benyttes som et ledelsesverktøy (op.cit.). Selv om Konsernrevisjonen primært gikk gjennom de pasientadministrative prosessene i sin revisjon, mener vi ut fra vår erfaring at mange av funnene og forslag til tiltak er representative og relevante også for arbeidet med EDS.

I "Riksrevisjonens undersøkelse om IKT i sykehus og elektronisk samhandling i helsetjenesten" (2007-2008) understrekes det at det bør utarbeides planer for hvilke økonomiske og kvalitetsmessige forbedringer IKT-verktøy skal bidra til, for å sikre at systemet fører til forbedring i virksomhetens oppgaveløsning. En slik plan bør beskrive hvilke gevinster som forventes, hvordan disse skal realiseres, og hvem som har ansvaret for dette. Dersom en slik plan mangler, gir dette økt risiko for at systembruken ikke følges opp og at det ikke blir tatt i bruk nødvendige virkemidler for å sikre at systemet bidrar til økt kvalitet og effektivitet. Riksrevisjonen poengterer videre at det er viktig å være oppmerksom på at gevinster av IKT ofte kommer lenge etter investeringene, og at arbeidet med gevinstrealisering derfor må følges opp over tid. Sykehuset Østfold har vedtatt en egen gevinstrealiseringsplan for EDS slik Riksrevisjonen etterlyser.

Viktigheten av gevinstrealisering ved innføring av ny teknologi og det som beskrives nedenfor om kvalitetsindikatorer understrekes også av Helse Sør-Øst. Av styrevedtak i HSØ 16. desember 2010 sak: 088-2010 Langtidsplan IKT, Pkt 6 heter det:

"...Styret ber administrerende direktør sørge for at det i foretaksgruppen jobbes systematisk med gevinstrealisering ved innføring av ny teknologi, herunder organisasjonsutvikling og endring av arbeidsprosesser, og at det utarbeides indikatorer og måltall som følges opp gjennom tertialrapporteringen for hele prosjektporteføljen..."

Kvalitetsindikatorer er med andre ord et satsingsområde i helsetjenesten regionalt. Imidlertid fremheves dette også nasjonalt og internasjonalt. Tross store investeringer for å sikre en god helsetjeneste mangler ofte systematisk informasjon av pasientbehandling, kvalitet på tjenestene og behandlingsresultater. "Hva slags pasientresultater har vi" og "hvordan kan vi måle kvaliteten på innsatsen vår", er sentrale spørsmål som stilles. Indikatorer kan fungere som verktøy for helsepolitisk styring eller virksomhetsstyring. De kan også brukes til interne

kvalitetsforbedringer på avdelinger, eller benyttes av pasienter for å sammenligne tjenestenes standard når de skal gjøre sine valg av tjenesteyter og tjenestested. Med elektroniske journaler bør det være en selvfølgelighet at data fra journalen skal kunne hentes ut og brukes til kvalitetsoppfølging. Det er derfor viktig at journaldokumentasjonen er strukturert og av god kvalitet, slik at de opplysninger som hentes ut er lette å finne og pålitelige (Lindvall, 2009).

Norge mangler imidlertid infrastruktur og har liten erfaring med resultatrapportering og gjennomsiktighet. Dette til tross for at det nasjonale indikatorarbeidet fikk en oppsving med kvalitetsstrategien "...og bedre skal det bli" (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Våre naboland er for lengst i gang med aktiv bruk av kvalitetsrapportering til kvalitetsforbedring og sammenligning av resultater. Dette ble tydelig demonstrert på den nordiske sykepleierkonferansen om kvalitetsindikatorer og terminologier, arrangert i Stockholm 23.-24. november 2010 av Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SSN). Lisbeth Normann, daværende forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund, skrev etter konferansen i Sykepleien nr.15, 2010, at konferansen overbeviste om nytteverdien av indikatorarbeidet og at nytteverdien var begrunnet med målet om større helsegevinst for befolkningen. Normann skriver videre at NSF vil arbeide for standardisert måling av indikatorer for trykksår og fall, indikatorer for elektroniske pasientjournaler samt kvalitetsregistre som kan gi kunnskap om pasientresultat og risikofaktorer.

Med tanke på hva som er skrevet over oppleves det for oss som at det nå er større vilje til å satse på måling av kvalitet av sykepleiedokumentasjon og til å finne gode måleindikatorer. Det oppleves derfor som om det temaet vi har valgt også kan være av interesse for andre sykehus og for andre personer som arbeider med elektronisk dokumentasjon av sykepleie. I vår oppgave har vi valgt å fokusere på målet om økning av kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen. Vi ønsket å undersøke om det har skjedd en kvalitetsøkning og hvilken betydning enkelte av de tiltakene som er iverksatt for å nå målet har hatt.

Hensikten med denne studien er med andre ord å undersøke i hvilken grad Sykehuset Østfold har nådd sine mål som følge av implementering av EDS. Vi har undersøkt hvilke erfaringer ansatte på ulike nivåer i Sykehuset Østfold har med oppfølging og bruk av EDS. I tillegg har vi benyttet ulike kvalitative og kvantitative undersøkelser av sykepleiedokumentasjonen. Ut fra erfaringene til personene som ble intervjuet, samt resultatene fra de ulike undersøkelsene, har vi sett på om det finnes indikasjoner på om sykehuset har nådd sine mål med innføringen

av systemet. Vi har spesielt sett på bruk av indikatorer og journalgransking for måling av kvalitet, betydningen av en sentralisert forvaltningsfunksjon og ledelsesoppfølging.

1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.

Vi har begge sykepleiefaglig bakgrunn, og har mange års erfaring ved Sykehuset Østfold. Til daglig arbeider vi begge ved Klinisk IKT-senter med arbeidsoppgaver knyttet til bruk og optimalisering av pasientjournalssystemet, herunder dokumentasjon av sykepleie. I tillegg har vi gjennom videreutdanning de siste årene vært opptatt av ledelse og organisasjonsutvikling.

Siden begge har vært sentrale i arbeidet med innføring av EDS i SØ, samt utarbeidelse av gevinstrealiseringsrapporten for EDS, har vi lenge fundert på hvordan kunne måle om SØ faktisk har nådd de målene som var satt ved innføringen. Begge deltar også i faglige nettverksgrupper i Helse Sør-Øst hvor temaene kvalitet på dokumentasjon, gevinstrealisering og utvikling av måleparametre/kvalitetsindikatorer er sentrale.

Vi er opptatt av at Sykehuset Østfold skal yte best mulig behandlingen til pasientene og mener at kvaliteten på dokumentasjonen av sykepleie er en viktig faktor i dette. Dessuten anser vi at skal man lykkes med gevinstrealisering av EDS er ledelsesoppfølging, en sentralisert forvaltningsfunksjon og bruk av kvalitetsindikatorer og journalgransking helt vesentlige forutsetninger. Vi har arbeidet mye med å få satt dette i system i SØ. I en hektisk arbeidsdag har det imidlertid ikke vært mulighet for en systematisk gjennomgang av om de iverksatte tiltak har hatt noen effekt, og eventuelt i hvilken grad. Denne masteroppgaven ga oss mulighet til dette og vi mener at temaet er av interesse for sykehuset.

1.3 Problemstilling

For å lykkes med uttak av gevinster, må man lykkes med utviklingen av IKT-systemet, innføringen av IKT-systemet og med organisasjonsomstillingen som er knyttet til bruk av løsningen. IKT systemer realiserer ikke gevinster, men er et muliggjørende verktøy. Gevinster realiseres gjennom endret atferd og en godt planlagt gevinstrealiseringsprosess, og endringer krever fokus, forankring og mobilisering over tid (Knut Hellwege, presentasjon 11.04.12).

Mange forutsetninger må være til stede at målet om økt kvalitet på sykepleiedokumentasjonen skal nås. Et scenario er at innføringen av EDS blir en ganske umiddelbar suksess. Et annet scenario er at suksessen lar vente på seg og krever tålmodighet, fordi målene for innføringen

er avhengig av store rutineendringer i en klinisk hverdag som stadig er i endring. Hva består i så fall slik tålmodighet av, og hvilke forutsetninger må være til stede for å kunne si at man har lykket med å nå målene? Er det slik at man i stor grad oppnår noen mål og i mindre grad andre, og hva er eventuelt årsakene til dette? Et tredje alternativ er at det ikke utgjør noen forskjell selv over tid, og at man ikke får forventede effekter. Vår antagelse er at bruk av kvalitetsindikatorer og journalgransking av dokumentasjonen som en del av ledelsesoppfølgingen i linjen, er en viktig faktor for å sikre måloppnåelse. I dette bildet spiller en sentralisert forvaltningsfunksjon for EDS også en viktig rolle, slik vi ser det.

Erfaringen viser at målfokus knyttet til innføring av EDS har endret seg underveis i prosessen. Det som kan framstå som en vellykket prosjektinnføring betyr ikke nødvendigvis at man har nådd mål i stor nok grad.

I dette bildet er det nødvendig å skynde seg sakte, noe som ikke alltid er like enkelt i en travel klinisk arbeidshverdag med krav om raske gevinster. Dette munner ut i vår problemstilling:

- Hvilken betydning har oppfølging av elektronisk dokumentasjon av sykepleie etter prosjektslutt for å nå fastsatte mål?

1.3.1 Presisering av problemstillingen

Innføring av EDS krever store endringer for sykepleietjenesten. I oppgaven ønsket vi å se på om målene som ble definert i prosjektperioden har blitt oppnådd, eventuelt i hvilken grad. Er det slik at det kreves tålmodighet over tid, har Sykehuset Østfold dette, eller er det ” greit ” at innføringen tilsynelatende var vellykket ved prosjektavslutning, men at mange av de viktigste målene bare delvis er nådd, slik det ble synliggjort i Hauges oppgave (2009).

Vi opplevde det som viktig å avdekke om det var kongruens i SØ mellom ulike nivåer i organisasjonen relatert til hvilke mål sykehuset hadde med innføring av EDS og hvilke gevinster som var forventet. Synonymer til begrepet *oppfølging* er etterbehandling og etterkontroll. I denne studien har vi i begrepet oppfølging valgt å legge følgende: kvalitetsindikatormålinger, journalgransking, sentralisert forvaltningsfunksjon knyttet til EDS og ledelsesoppfølging. Med kvalitetsindikatormålinger og journalgransking mener vi strukturerte verktøy for å avdekke kvalitet på sykepleiedokumentasjon. Sentralisert forvaltningsfunksjon betyr at personell i stab har som ansvarsområde å følge opp og optimalisere bruk av EDS, samt støtte klinisk personell og ledere i bruk av systemet. Med

ledelsesoppfølging menes i denne sammenheng krav om systematisk rapportering i linjen på resultater knyttet til EDS, og iverksetting av tiltak i den grad det er nødvendig for å nå fastsatte mål. Senere i oppgaven utdypes målene for innføring av EDS. Vi vil allikevel allerede nå presisere at målet om kvalitetsøkning på dokumentasjonen er det mest vesentlige i vår studie. Våre hypoteser og forskningsspørsmål, som presenteres i metodekapittelet, er utviklet i lys av dette.

1.3.2 Avgrensning av problemstillingen

Hvordan selve innføringen av EDS har blitt gjennomført er, etter vår mening, også avgjørende for grad av måloppnåelse. I denne studien har vi ikke tatt for oss selve innføringen, men der det oppleves relevant for problemstillingen trekker vi inn forhold fra innføringsløpet som ble beskrevet i prosjektets sluttrapport. I sykepleiedokumentasjon er bruk av sykepleieprosessen med stegene problem, mål, tiltak og evaluering en forutsetning. Vi har imidlertid valgt å ikke beskrive prosessen ytterligere, da den ikke utgjør kjernen i vår oppgave.

Oppgaven tar ikke for seg kvalitetsindikatorer som verktøy for helsepolitisk styring, virksomhetsstyring eller som verktøy for pasienter til å sammenligne tjenestenes standard når de skal gjøre sine valg av tjenesteyter og tjenestested. Vi skriver om innføring av nytt IKT-system for sykepleiertjenesten i SØ. Det innebærer at vi ikke tar for oss andre systemer, faggrupper eller sykehus i empirien/undersøkelsene.

I vår studie er pasientenes egne opplevelser ikke undersøkt. Dette kunne gitt en ytterligere dimensjon til problemstillingen, men dette vurderte vi til å bli for omfattende for vår oppgave. Vi har heller ikke beskrevet ulike lederstiler eller tilnærminger for å drive gode endringsprosesser.

1.4 Kort beskrivelse av empiri og teori

Empirien i denne deskriptive studien er i hovedsak hentet fra Sykehuset Østfold gjennom ulike kvantitative og kvalitative metoder. Vi har intervjuet personell på tre ulike nivåer i SØ: Sykepleiere på post, seksjonsledere og klinikkdirektører. I tillegg har vi intervjuet personell med oppfølgingsansvar for EDS. Dette har gitt oss store mengder kvalitative data.

Kvantitative data er hentet fra kvalitetsundersøkelse av sykepleiedokumentasjon i SØ, som har gitt data fra tre ulike perioder (før innføring av EDS, rett etter innføring og etter at bruk av kvalitetsindikatorer, journalgransking og ledelsesoppfølging er satt i system). Vi har også

hentet kvantitative data fra den elektroniske pasientjournalen i form av kvalitetsindikatormålinger som presenterer tall på ulike måleparametre, også disse hentet på tre ulike tidspunkt. Empiri fra andre oppgaver og artikler om emnet blir også i noen grad benyttet.

Christensen og medarbeidere (2010) sier at offentlige organisasjoner som sykehus er vevd inn i et komplekst nettverk av ulike interesser. Man står ovenfor konkurrerende logikker, lojaliteter og påvirkningskilder, som er forankret i organisasjonens ledelse og nedfelt i organisasjonens kultur og tradisjon. Derfor er det nødvendig å legge ulike perspektiver til grunn når man analyserer organisasjoner som sykehus. I vår studie drøfter vi vår empiri i lys av to ulike teoretiske perspektiver. Det ene perspektivet er instrumentelt forankret, og legger vekt på at organisasjoner er formelle systemer. Det andre perspektivet er kulturelt forankret, og legger vekt på organisasjoner er uformelle systemer.

Det instrumentelle perspektivet sier at organisasjoner og deres medlemmer handler formålsrasjonelt ved utføring av oppgaver, og at resultatet av handlinger dermed blir som ønsket. Et instrumentelt perspektiv forutsetter derfor at det er en tett kopling mellom visjoner, mål, vedtak, organisasjonsutforming, iverksetting og effekter. Effektmåling og evaluering skal vise om organisasjonsformer og tiltak virker etter hensikten og peke på eventuelle svakheter som kan korrigeres (Christensen et.al.2010).

I et kulturelt perspektiv hevder man derimot at kulturelle tradisjoner, etablerte regler og sosialt definerte konvensjoner legger bindinger på de beslutninger som fattes. Kulturen, som forbindes med de uformelle normene og verdiene i organisasjonen, har ofte stor betydning og påvirkning på resultater i en enhet.

Ut fra et kulturperspektiv er det aktuelt å klarlegge hvordan forløp og utfall av endringsprosesser er påvirket av etablerte kulturelle trekk ved organisasjonene. Antagelsen her er at endring er noe som skjer gradvis, og at det vil være vanskelig å styre den i en bestemt retning. I dette perspektivet vil koplignene mellom de formelle sidene ved reformarbeidet og det som faktisk skjer, ikke være så klare.

Sykepleiedokumentasjon har flere ulike hensikter. Den skal være et arbeidsredskap, et juridisk dokument og gi grunnlag for evaluering av kvalitet. For å strukturere vår empiri og teori har vi valgt oss ut fem aspekter ved sykepleiedokumentasjon. Aspektene er valgt på bakgrunn av at de oppleves mest relevante for vår problemstilling. De fem aspektene er mål i forhold til kvalitet på dokumentasjonen, kvalitet, kvalitetsindikatorer for måling av kvalitet, ledelsesforankring og forvaltning av elektronisk dokumentasjon av sykepleie.

1.5 Oppgavens oppbygging

Hittil har oppgaven tatt for seg bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og presentasjon og avgrensning av problemstillingen. Sentrale nøkkelbegreper for oppgaven beskrives i oppgavens andre kapittel, samt den empiri som ligger til grunn for våre funn. I kapittel tre presenteres de teoretiske innfallsvinklene som benyttes, med begrunnelse for valg og knytning inn mot vår problemstilling. Metodekapittelet, som er oppgavens fjerde kapittel, beskriver hvilke metoder vi har benyttet for datainnsamling, samt refleksjoner rundt metodisk valg knyttet til vår oppgave. I tillegg supplerer vi det metodeteoretiske med trekk ved studien. I dette kapittelet presenteres også hypoteser og forskningsspørsmål som en innledning til analysekapittelet. I kapittel fem analyseres teori og empiriske funn inn mot problemstillingen, og i kapittel seks presenterer trekke vi de konklusjoner vi mener å kunne i forhold til hypoteser og problemstilling.

I oppgaven bruker vi en del tabeller og figurer som er hentet fra dokumenter med relevans for oppgaven. Vi har vurdert å henvise til dette materialet i form av vedlegg, men har kommet til at materialet er såpass sentralt at det forsvarer og brukes eksplisitt i oppgaven. Noen av dokumentene såpass store at det hadde vært uhensiktsmessig å ha de som vedlegg. Noen dokumenter viser vi dog til og legger ved som vedlegg, disse er i sin helhet av begrenset størrelse.

2 PRESENTASJON AV NØKKELBEGREPER OG EMPIRI

For å ha en felles forståelse mellom lesere og oppgaveskrivere om hva vi legger i de ulike begrepene i oppgaven, presenteres i dette kapitlet de nøkkeltbegreper vi anser som sentrale. For å skape variasjon i teksten brukes ordene sykepleier, pleiepersonell og pleietjenesten om hverandre. Begrepet miljøterapeut er mye brukt i psykisk helsevern og dette inkluderes også.

2.1 Elektronisk pasientjournal

KITH (Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren AS) var i utgangspunktet et aksjeselskap eid av Helse- og Omsorgsdepartementet, Arbeidsdepartementet og KS. Fra 01.01.12 ble senteret innlemmet i Helsedirektoratet. Ut fra Helsepersonelloven og Forskrift om pasientjournal har KITH på sine nettsider (www.kith.no) følgende definisjon av elektronisk pasientjournal (EPJ): ”En elektronisk ført samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp”. Videre i Forskrift om pasientjournal (www.lovdata.no) står det blant annet at pasientens journal skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen og at det normalt skal føres bare en pasientjournal for hver pasient innefor en virksomhet. Journalen skal benyttes av alle kategorier helsepersonell som yter pasienten helsehjelp

2.2 Elektronisk dokumentasjon av sykepleie (EDS)

Helselovene fra 2001 ga sykepleiere og i alt 26 ulike helsefaggrupper en lovpålagt dokumentasjonsplikt. Et overordnet pålegg er at all helsehjelp som gis til pasienten skal dokumenteres, fortrinnsvis av utøveren selv. Sykepleiere har allikevel i lang tid før lovpålegget, dokumentert helsehjelp i pasientjournalen. I Veileder for elektronisk dokumentasjon av sykepleie (www.kith.no, 2003) står det at elektroniske dokumentasjonen av sykepleie skal være en integrert del av pasientens elektroniske journal. Selve begrepet elektronisk dokumentasjon av sykepleie, med forkortelsen EDS, stammer fra KITH, som i sin kravspesifikasjon ”Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie. Nasjonal standard. Del 1.” (2003) benytter denne betegnelsen.

2.3 Gevinstrealisering

En generell definisjon av gevinstrealisering av IT og omstilling er: ”Tiltak for å ta ut nytte ved innføring av en IT-løsning i en virksomhet”. Denne definisjonen differensierer ikke mellom planlagte og ikke-planlagte gevinster. En mer utdypende definisjon er derfor:

”Med gevinstrealisering forstår vi de aktiviteter som utføres med tanke på å realisere så vel planlagte som andre ønskelige effekter av en systeminnføring. En vesentlig del av gevinstrealiseringen vil finne sted etter systeminnføringen. Det er viktig i denne sammenhengen å understreke at gevinster ikke kommer av seg selv. IT-systemer kan være en nøkkel til forandring, vi kan også snakke om teknologien som en viktig drivkraft i forandringen, men det er ikke teknologien som lager forandringen” (www.dikom.no).

Knut Hellwege (Spesialrådgiver gevinstrealisering i Helse Sør-Øst RHF) henviste 11.04.12 på en arbeidssamling om gevinstrealisering til følgende faktagrunnlag:

- (Kun) 27% av gevinstene oppgitt i kost/nytteanalysen oppnås

(J. Ward m flere 2006: Basert på 60 store engelske organisasjoner, 3 års forskning, med mer)

- Hele tre av fire it-prosjekter som settes i gang i Norge oppnår ikke gevinstmålene for prosjektet

(foretatt av Synovate for konsulentfirmaet Devoteam Davinci blant et utvalg på omlag 200 beslutningstakere involvert i it-prosjekter i offentlig og privat sektor i 2010).

- ”Det var kun 5 % som var helt enig og 25 % som var noe enig i at foretaket har god kompetanse på gevinstrealisering”.

(Norsk senter for elektronisk pasientjournal (NSEP): EPJ Monitor, Årsrapport 2008, Oversikt over utbredelse og bruk av IKT i helsetjenesten)

- Halvparten av omstillinger som iverksettes i arbeidslivet, mislykkes på et eller annet tidspunkt i prosessforløpet

(Clegg & Walsh, 2004; Kramer, Dougherty, & Pierce, 2004)

KITH sier i sitt Temahefte1:

”Brukerne må ha tiltro til at systemet reelt bidrar til å forenkle deres hverdag og/eller bidrar klart positivt i forhold til andre sentrale målsetninger som f.eks. bedre og mer effektiv pasientbehandling. For det andre må brukerne ha en klar forståelse for at det er ”de” som er nøkkelen til å nå de fastsatte mål med å ta IT-systemet i bruk – ikke IT-systemet selv” (KITH Temahefte 1, s. 7).

Uttak av forventede gevinster av systemet avhenger altså ikke bare av kvaliteten på systemet og selve innføringen, men også av at brukerne opplever systemet som nyttig. Motstand mot endring hos de som skal bruke systemet, vil med andre ord kunne føre til redusert uttak av gevinster.

2.4 Kvalitetsindikatorer i helsetjenesten

Kvalitet kan ofte være vanskelig å måle direkte og det kan derfor være behov for indikatorer. Kvalitetsindikatorer antyder noe om egenskapen til det som måles. De fungerer som et observerbart fenomen som viser tilstanden til et annet ikke-observerbart fenomen (www.kunnskapssenteret.no). Idvall og medarbeidere (2009) beskriver kvalitetsindikatorer på følgende måte:

”En kvalitetsindikator beskrives som ett kvantitativt mått som kan användas som vägledning för att registrera och utvärdera kvalitet av viktig patientvård och stödjande aktiviteter, och som mäter struktur, process eller resultat” (Idvall et.al, 2009, s.8)

2.5 Mål- og resultatstyring

I følge Christensen og medarbeidere (2010) er mål- og resultatstyring en styringsteknikk som bygger på tre hovedkomponenter. For det første gjelder det formulering av klare, stabile, konsistente og konkrete mål. Innholdet av målene kan være av ulikt slag, og er opp til ledelsen å fastlegge. Det avgjørende er at målene skal være operasjonaliserbare, slik at de kan fungere som forpliktende målestokker for oppnådde resultater. For det andre gjelder det resultatmåling der informasjon om oppnådde mål skal rapporteres tilbake til overordnet nivå med utgangspunkt i spesifiserte resultatindikatorer. Resultatmålingssystemer skal gjøre det mulig med systematisk etterprøving av oppnådde resultater i forhold til ressursinnsatsen. For det tredje gjelder det resultatoppfølging, ut fra prinsippet om at suksess og gode resultater skal belønnes, mens manglende resultatoppnåelse skal ”straffes”. Informasjon om oppnådde resultater skal ha adferdsmessige, ressursmessige eller personalmessige konsekvenser.

2.6 Reform og endring

For sykehus er ikke reformer og endringer et ukjent fenomen, da dette er en sektor som over lang tid har vært gjenstand for omorganiseringer og endringsforsøk. Særlig de siste 20-30 år har tempo og intensitet i reform- og endringsarbeid skutt fart. Det er et skarpt skille mellom hva som kan kalles reform og hva som er endring. ”Endring” er alle typer endringer som skjer i en organisasjon (planlagte, tilfeldige eller vilkårlige), mens ”reform” er bevisste, intenderte endringsforsøk som er uavhengige av om de skaper endring eller ikke (Christensen et.al. 2010:149). Eksempler på svært store reformprosesser i sykehussektoren er overgang til foretaksmodell i 2002 og sammenslåingen av sykehusene i Oslo i 2010/2011, den såkalte OUS-prosessen. Samtidig foregår det kontinuerlig små og store endringer både mellom sykehus, og ikke minst internt i sykehusene. Nedleggelse av ulike medisinske tilbud, endring i ledelsesstrukturer, ny teknologi og innføring av IKT-systemer er alle eksempler på dette. Ut

fra dette kan innføring av EDS sies å være en reform for sykepleietjenesten i Sykehuset Østfold som utfordrer etablerte prosesser og som krever endring i rutiner for at gevinster skal kunne hentes ut.

2.7 Empiri

Ordet empiri kommer av det greske ordet ”empeirikós” som betyr erfaringsmessig, og blir til vanlig gitt to betydninger: Det som er utledet av systematisk observasjon eller eksperimentering. Dette i motsetning til spekulative eller udokumenterte utsagn, eller det som er et produkt av ren spekulasjon. Med andre ord det som er faktisk sant i sin eksistens, men som så langt ennå ikke er gitt en teoretisk forklaring (samtale med Sunniva Erstad, student UIB, 03.03.12). Empiri er altså et begrep som betegner informasjon frembrakt ved observasjon, erfaring eller eksperiment. At noe er empirisk referer til bruken av hypoteser som er testbare ved hjelp av observasjon eller eksperiment.

Vår empiri har som mål å gi oss svar på om det har blitt en kvalitetsøkning på sykepleiedokumentasjonen og om oppfølging etter prosjektslutt har hatt betydning for dette. Måling av kvalitet er en vanskelig oppgave og vi har valgt å innhente data fra flere ulike kilder. Slik vi ser det er det viktig å først få definert hva som er god kvalitet på sykepleiedokumentasjon, slik at man har noe å måle mot. Sitatet under, fra Norma Lang (1992), ble benyttet av Ann Kristin Rotegård og Kathy Mølstad på NSF's konferanse om dokumentasjon og terminologier i 2009:

*“If you cannot name it,
you cannot practise it,
control it,
teach it,
research it,
finance it or
put it into public policy.”*

Vi opplever at Langs sitat passer godt inn til å beskrive viktigheten av en god definisjon, for vi er nødt til å vite hva det er vi skal måle endring av for å klare å utvikle gode måleparametre. Sitatet passer også godt inn i forhold til betydningen av EDS, og framstår som beskrivende for hvilken verdi dokumentasjon har.

2.8 Våre emiriske data

For å kunne si noe mer konkret om endringene som følge av innføring av EDS, må det etableres en målbar ”før-situasjon” (null-linjemåling) som grunnlag for sammenlikning med ”etter-situasjon”. I vår oppgave har vi hentet data fra tre ulike måletidspunkt i forhold til dette.

Den ene delen av empirien er i hovedsak objektive data og beskriver hvordan kvaliteten på dokumentasjonen har utviklet seg fra gjennomført nullmåling og frem til 01.12.11. Denne delen består av data hentet fra kvalitetsindikatormålinger i EPJ samt detaljerte før-, under- og etterundersøkelser av journaler i SØ. Den andre delen av empirien er mer subjektiv fordi den inneholder opplevelser, tolkninger og erfaringer hos intervjuobjektene og hos oppgaveskriverne. Den gir et mer nyansert bilde av hvordan kvaliteten har utviklet seg slik og forsøker å gi forklaringer på hvorfor. Her er dataene våre hentet fra intervjuer og fra kvalitetssamtaler som har blitt gjennomført i SØ. Vi har foretatt intervjuer av ledere og personell på ulike nivå i organisasjonen for å sikre oss et mer nyansert bilde av situasjonen.

3 TEORI

I dette kapittelet presenterer vi teori vi har anvendt. Hensikten er å gi en lettfattelig oversikt over den teori vi senere skal anvende i analysen. Vi skriver først litt teori om endring og plasserer innføring og oppfølging av EDS inn i dette endringsbildet.

Punkt 3.2 og 3.3 representerer to ulike nivå i vår teori. Vi gir først en ”vinklet” presentasjon av de teoretiske perspektivene vi benytter i oppgaven, og dette representerer makronivået i vår teori. Med ”vinklet” presentasjon menes at vi beskriver de sidene ved perspektivene som vi anser spesielt viktige for å belyse, forstå og forklare de dataene vi har innhentet.

Christensen og medarbeidere (2010) har utviklet tre perspektiver som hver for seg og i fellesskap kan bidra til å øke forståelsen av hvordan en kompleks offentlig sektor er organisert og hvordan den fungerer i praksis. I denne studien har vi valgt å anvende det instrumentelle og det kulturelle perspektivet, da disse to oppleves som mest sentrale for vår problemstilling. Vi mener at disse to perspektivene best kan øke forståelsen, gi forklaringer og sette oss i stand til å analysere forløpet og utfallet av de endringsprosessene som må til for å nå målene med innføring av EDS.

Mikronivået av vår teori presenteres i punkt 3.3, og omhandler fem ulike aspekter ved sykepleiedokumentasjon. Det første aspektet tar for seg hvilke mål Sykehuset Østfold har for EDS. Det andre aspektet tar for seg kvalitet på sykepleiedokumentasjon, og spesielt Ehrenberg, Ehnfors og Smedbys (2001) fire metoder for journalgransking.

Kvalitetsindikatorer for måling av kvalitet på sykepleiedokumentasjonen er det tredje aspektet, og vi gir en kort fremstilling av Idvalls (et.al.2009) og andres inndeling av tre ulike typer indikatorer. Det fjerde aspektet omhandler ledelsesforankring, mens det femte tar for seg forvaltning av elektronisk dokumentasjon av sykepleie. Disse aspektene er valgt på bakgrunn av at vi opplever dem som mest relevante for vår problemstilling.. Disse aspektene er i tillegg mye omtalt i tilgjengelig litteratur og teori, og er veldig godt egnet for å belyse våre data.

Vi begrunner vår "todeling" av teori i perspektiver og aspekter med at disse to representerer en fornuftig nivådeling av teorien, og at det er hensiktsmessig å analysere våre data med en kombinasjon av disse redskapene.

3.1 Endring

Innføring og oppfølging av EDS er en endring i organisasjonen Sykehuset Østfold. Jacobsen (2006:19-47) beskriver fem modeller som forklarer hvordan og hvorfor endring skjer:

- Planlagt endring: organisasjoner endrer seg fordi noen mennesker ser noen problemer, setter seg mål for å løse disse og iverksetter tiltak. Endringen er intensjonal.
- Endring som livssykluser: organisasjoner endrer seg på en spesiell og forutbestemt måte
- Endring som evolusjon: endring skjer som naturlig utvikling
- Endring som dialektisk prosess og maktkamp: Endring er et resultat av maktkamp mellom ulike interesser, og skjer ved at en tese møtes med en antitese og ender i noe nytt, en syntese.
- Endring som tilfeldighet: endring ses som et resultat av tilfeldigheter.

Hennestad og Revang (2006) sier at endringsledelse handler om styrt endring av organisasjoner. Dette samsvarer, slik vi ser det, med modellen *Planlagt endring* ovenfor. Etter vår oppfatning er innføring av EDS et eksempel på dette ved at endringen ble gjennomført på bakgrunn av at ledelsen ønsket endrede dokumentasjonsrutiner. Uansett hva slags innhold en endring har, kan organisasjonsforandring ses som en spesiell type overgang. Endring begynner med at organisasjonen befinner seg i en eksisterende tilstand (a). Den fremtidig ønskede tilstand (b) er slik organisasjonen ideelt sett er tenkt å være. Perioden mellom a og b er endringstilstanden eller endringsperioden (c). I denne perioden avgjøres kvaliteten på den fremtidige tilstanden (op.cit).

For SØ var den eksisterende situasjonen at dokumentasjonen ble utført gjennom fortløpende nedtegnelser på papir i pasientens journal, og pleieplaner ble i liten grad benyttet. Den fremtidig ønskede tilstanden innebar at behandlingsplan skulle være hoveddokumentasjon for pasienten, kodeverk skulle benyttes, dokumentasjonen skulle utføres elektronisk og fortløpende tekstnedtegnelser skulle reduseres betydelig. Det ble også oppfordret til at postene innførte stille rapport (at rapportering mellom vaktskiftene ikke lenger ble gitt muntlig, men måtte leses av den som kom på vakt), men dette ble i varierende grad gjennomført.

Hennestad og Revang (2006:83) mener at denne måten å betrakte organisasjonsendring på innebærer at tre forhold må være ivaretatt (op.cit):

- det må være et ønske om at organisasjonen skal være annerledes enn i dag, altså ha en endringsoppgave (Innføring av EDS)
- noe må gjøres for å få det til, det vil si å ikke overlate utviklingen til tilfeldighetene (opprettelse av EDS-prosjektet med ansvar for å innføre systemet)
- praktisere endringsledelse ved å fokusere på den perioden der man skal realisere den ønskede fremtid (ledelsesoppfølging etter endt prosjektperiode, bruk av kvalitetsindikatorer/interne kontroller samt en sentralisert forvaltningsfunksjon)

Hennestad og Revang (2006:82-94) henviser i sin bok til Nadler (1981) som mener at denne måten å betrakte organisasjonsendring på innebærer at organisasjonen har blitt effektivt endret når:

1. organisasjonen er beveget fra en nå-tilstand til en fremtidig tilstand
2. organisasjonen fungerer etter forventningene i den fremtidige tilstanden
3. endringen er foretatt uten uforholdsmessige kostnader for organisasjonen
4. endringen er foretatt uten uforholdsmessige kostnader/påkjenninger for organisasjonsmedlemmene.

I denne oppgaven ønsket vi primært å se på om det var blitt en økning i kvaliteten på dokumentasjonen etter innføringen, altså punkt 1 og 2 ovenfor.

3.2 Ulike perspektiver på endring

Som nevnt i innledningen til teorikapittelet har Christensen og medarbeidere (2010) utviklet tre perspektiver som i fellesskap og hver for seg kan bidra til å øke forståelsen av hvordan en kompleks offentlig sektor er organisert og hvordan den fungerer i praksis. De tre perspektivene er det instrumentelle perspektivet, kulturperspektivet og myteperspektivet. De sier at en slik inndeling gjør det mulig å fokusere på tre hovedgrupper av forklaringsfaktorer knyttet til:

- Politisk ledelses og andre aktørers bevisste valg og intensjoner. Slike valg kommer blant annet til uttrykk gjennom formelle strukturer.
- De føringene som legges gjennom etablerte tradisjoner og kulturer, slik de har utviklet seg internt i de enkelte offentlige organisasjoner over tid.
- Dominerende verdier og normer i omgivelsene som påvirker handlingsrommet for hva som kan gjøres.

Christensen og medarbeidere (2010) tar i sine beskrivelser oftest utgangspunkt i store offentlige organisasjoner og hvordan de påvirkes av politikk, men slik vi ser det kan deres tenkemåte og inndeling i stor grad også overføres til den type organisasjonen vi studerer – nemlig sykehus.

De definerer *prosesser* som aktiviteter og atferd som utspiller seg over tid. Prosessen vi studerer er oppfølging av EDS i form av bruk av kvalitetsindikatorer/interne kontroller, sentralisert forvaltningsfunksjon og ledelsesoppfølging. *Struktur* defineres som de faste rammene eller bindingene som prosessene utspiller seg innenfor. Struktur er viktig fordi den setter grenser for hvem som kan delta og hvilke situasjonsoppfatninger, problemoppfatninger og løsningsforslag som oppleves som akseptable, rimelige, passende eller gyldige. Organisasjonsstrukturen består av rolleforventninger og regler for hvem som bør gjøre hva, og hvordan det bør og skal utføres (op.cit.:26). I vårt tilfelle innebærer dette hvilke forventninger som stilles til ledere i forhold til oppfølging av EDS, hvordan oppfølgingen bør gjennomføres og av hvem. Organisasjonsstrukturen sier imidlertid ikke noe direkte om hvordan organisasjonsmedlemmene faktisk handler, men gir føringer eller rammer for dette.

Christensen og medarbeidere (2010) sier videre at *reformer* er aktive og bevisste forsøk fra politiske og administrative aktører på å endre strukturelle eller kulturelle trekk ved organisasjoner, mens *endringer* er det som faktisk skjer med slike trekk. Det er viktig å huske at ikke alle endringer er reformer, og at reformer heller ikke alltid fører til de endringer man har forespeilet seg (op.cit.:149). Det som er reformen i vår organisasjon er da knyttet til administrerende direktørs beslutning om at EDS skal innføres, at oppfølgingen skal settes i system og følges opp i linjen, og at det skal rapporteres i forhold til resultatene. Den er vedtatt av toppledelsen med den hensikt å endre dokumentasjons- og arbeidsprosesser for å nå et sett med definerte mål.

Endringer er noe som ofte foregår i offentlige organisasjoner gjennom kontinuerlig, rutinemessig aktivitet og i små skritt, men kan også være brå og kraftige omveltninger. Christensen et. al. (2010) sier at innføring av informasjons- og kommunikasjonsteknologi er et eksempel på kontinuerlige endringer.

I denne oppgaven har vi altså valgt å anvende det instrumentelle og det kulturelle perspektivet. Etter vår oppfatning er det disse to perspektivene som gjør oss best i stand til å

analysere forløpet og utfallet av de endringsprosessene som gjennomføres for å nå målene med innføring av EDS. En av årsakene til at vi har valgt å utelate myteperspektivet som forklaringsmodell er at kulturperspektivet fokuserer på verdier og normer som har grodd fram over lang tid internt i organisasjonen, mens myteperspektivet er mer opptatt av verdier i omgivelsene. Det er de sosialt skapte normene i de institusjonelle omgivelsene som kalles myter. En myte er i følge Christensen og medarbeidere (2010:75-98) en legitimert oppskrift på hvordan man bør utforme utsnitt eller deler av en organisasjon. Myter kan også ha hatt påvirkning for innføring og oppfølging av EDS, men vi anser at dette ikke er av de viktigste forklaringsmodellene, og utelater derfor dette perspektivet fra vår oppgave.

3.2.1 Det instrumentelle perspektivet

Offentlige organisasjoner skal utføre oppgaver på vegne av samfunnet, og kan dermed oppfattes som redskaper eller instrumenter rettet mot å oppnå visse mål som blir regnet som viktige i samfunnet. Dette kan komme til uttrykk ved at offentlige organisasjoner og deres medlemmer handler formålsrasjonelt ved utføring av oppgavene, og resultatene av handlingene blir som ønsket. Et instrumentelt perspektiv legger vekt på at organisasjoner vurderer tilgjengelige alternativer og virkemidler ut fra de konsekvensene man antar at de har i forhold til de målene som er fastsatt. Deretter velger man mellom alternativene, og oppnår de effektene som ønskes gjennom det valget man har tatt. Organisasjonsstrukturen består av posisjoner og regler for hvem som bør eller skal gjøre hva, og hvordan ulike oppgaver bør eller skal utføres. Det innebærer at man må velge den organisasjonskulturen som i størst grad vil bidra til at målet realiseres (Christensen et.al. 2010).

Scott og Davis (2007:35-58) skriver om et perspektiv som ser på organisasjoner som ”rasjonelle systemer”, og i dette ligger mye av den samme tankegangen som er beskrevet over. I dette perspektivet ses organisasjoner på som instrumenter som er laget for å oppnå bestemte mål. I hvor stor grad organisasjonene oppnår målene sine avhenger av flere faktorer, men de viktigste faktorene er rasjonalitet og struktur. Med rasjonalitet menes handlinger som er organisert på en slik måte at de fører til oppnåelse av forhåndsbestemte mål med maksimal effektivitet. Det antas at organisasjonsmedlemmenes handlinger ikke er påvirket av egeninteresse, og at målene nås ved at man velger mellom alternative handlinger som har ulike konsekvenser. Betydningen av formalisert struktur med roller og regler fremheves, og organisasjonsstrukturen ses på som et middel eller et instrument som kan endres for å forbedre yteevne/innsats/måloppnåelse. Perspektivet legger også vekt på kontroll av

organisasjonsmedlemmenes handlinger/prestasjoner, enten i en mer beskjeden/tildekket form eller i en mer åpenbar/tydelig variant i form av rapportering og overvåkning. Kontroll blir sett på som et middel for å kanalisere og koordinere adferd for å oppnå de fastsatte målene.

Jacobsen (2008:61-108) sier at kontroll skal sikre at ansatte handler i henhold til de mål og retningslinjer som er gitt for arbeidet eller være i samsvar med normene. Direkte kontroll i form av formenn som fysisk overvåker sine ansatte finnes fortsatt, men kontrollen har i hovedsak blitt mer sofistikert. Systemer som for eksempel mål- og resultatstyring og kvalitetssikring inneholder på mange måter de samme sentrale elementene: Registrering av hva organisasjonsmedlemmene gjør og hvilke resultater de oppnår, samt beskrivelse av tiltak organisasjonen bør iverksette hvis aktiviteter eller resultater avviker fra fastsatte mål og standarder.

Christensen og medarbeidere (2010:34) skiller mellom to varianter av det instrumentelle perspektivet:

- Hierarkisk variant – organisasjonen ses på som enhetlig, og det legges vekt på mål og kunnskaper om mål-middel-sammenhenger hos ledelsen i organisasjonen eller hos dem som organisasjonen er et redskap for. Disse aktørene har også makt til å oppnå sine mål.
- Forhandlingsvariant – organisasjonen oppfattes som å være sammensatt av ulike underenheter og posisjoner som kan ha delvis motstridende mål, interesser og kunnskaper. Ingen av aktørene kan på egenhånd oppnå sine mål og ivareta sine interesser, og utfallet vil være påvirket av forhandlinger og kompromisser mellom flere aktører.

Christensen, Lægreid, Roness og Røvik (2010:33-51) understreker også at det instrumentelle perspektivet er opptatt av konsekvenslogikk. Med det menes å kartlegge mål og mål-middel-forståelser hos organisasjoner og medlemmer, hvilke handlingsvalg de gjør, og om hvordan resultatet av handlingene er i samsvar med det de ønsker. Scott og Davis (2007:35-58) sier mye av det samme ved å framheve at klare mål gir entydige vilkår for å velge mellom ulike handlinger, og at egenvurdering og valgfrihet vanskeliggjøres fordi målene gir klare føringer på hvilke handlinger som bør prioriteres.

Organisasjoner har mål, det vil si noe man ønsker oppnå eller realisere i fremtiden. Et *problem* er da en oppfattet avstand mellom en ønsket og en virkelig tilstand. Problemløsning

vil da innebære handlinger som tar sikte på å redusere eller eliminere denne avstanden – dette kan også kalles formålsrasjonelle handlinger. Gjennomføring av slike handlinger består av fire elementer (Christensen et.al.2010:35):

- Mål eller problem. Hva ønsker man å oppnå og hva er avstanden i forhold til det man har nå?
- Alternativer. Hvilke handlinger er mulige?
- Konsekvenser eller forventninger om konsekvenser. Hvilke framtidige konsekvenser i forhold til målene kan følges av hvert alternativ og hvor sannsynlige er disse konsekvensene?
- Beslutningsregler. Hvordan skal valget mellom alternativene tas?

Ut fra et instrumentelt syn på organisasjoner vil styring kunne skje dels ved utforming av organisasjonsstrukturen og forholdet til omgivelsene, og dels ved formålsrasjonelle handlinger innenfor disse rammene. Organisasjonsledelsen kan i ulik grad påvirke sitt eget og andres handlingsrom, og ledelsen antas å ha evne til rasjonell kalkulasjon og evne til politisk og sosial kontroll.

Mye av den samme tenkningen som er beskrevet over, gjenfinnes hos Bolman og Deal (2007:65-92), og deres definisjon av den strukturelle rammen. De skriver at en fortolkningsramme er et sammenhengende sett av ideer som gjør deg i stand til å se og forstå bedre hva som foregår i organisasjonen. De sier at det er seks grunnantakelser som ligger under den strukturelle rammen:

- Organisasjoner eksisterer for å nå fastsatte mål
- Organisasjoner øker sin effektivitet og yteevne gjennom klar arbeidsdeling og spesialisering
- Hensiktsmessige former for samordning og kontroll sikrer at enkeltpersoner og ulike enheter fungerer godt sammen
- Organisasjoner fungerer best når personlige preferanser og press utenfra holdes under kontroll ved rasjonell styring
- Strukturer må utformes slik at de passer til de forhold organisasjonen fungerer under
- Problemer og forskjeller i yteevne skyldes strukturelle mangler og svakheter og kan rettes opp gjennom analyse og omstrukturering

Hvem som skal eller kan gjøre hva på vegne av organisasjonen ved utføring av oppgavene, er fastlagt gjennom hvilke formelle roller eller posisjoner organisasjonsmedlemmene har, hvilke underenheter de er knyttet til, og hvilke større enheter organisasjonen inngår i. Dette er den formelle organisasjonsstrukturen, og forventningene knyttet til dem som innehar posisjonene er upersonlige. Organisering gjennom utforming av den formelle organisasjonsstrukturen skjer ved ulike grader av og former for spesialisering og samordning, og i det instrumentelle perspektivet beskrives flere slike ulike organisasjonsformer (Christensen et.al.2010).

Sykehuset Østfold har en divisjonalisert struktur ved at det er inndelt i divisjoner, kalt klinikker, og denne divisjonaliseringen innebærer en samling av avdelinger. Ut fra et instrumentelt perspektiv i en hierarkisk variant forventes det at atferd og resultater kan påvirkes ved å endre organisasjonsformene eller offentlige organisasjoners strukturer, prosesser og personale. Et instrumentelt perspektiv forutsetter at det er en tett kobling mellom visjoner, mål, programmer, vedtak organisasjonsutforming, iverksetting og effekter. Effektmåling og evaluering skal vise om organisasjonsformer og tiltak virker etter hensikten og peke på eventuelle svakheter som kan korrigeres. Christensen og medarbeidere (2010) sier at en hovedhypotese er at formell struktur påvirker og kanaliserer holdninger og handlinger, og det forutsettes at organisasjonen har god nok informasjon om virkningen av ulike organisasjonsformer og tiltak. Den empiriske utfordringen består i å påvise i hvilken grad dette faktisk skjer.

3.2.2 Det kulturelle perspektivet

I følge Christensen og medarbeidere (2010) forbindes organisasjonskultur med de uformelle normene og verdiene som vokser frem og har betydning for livet i og virksomheten til formelle organisasjoner.

Bolman og Deal (2007) og Jacobsen (2008) refererer til Scheins (1992) definisjon av organisasjonskultur:

”Organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antakelser utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon - som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle på i forhold til disse problemene” (Jacobsen, 2008:120, Bolman og Deal, 2007:273)

En annen definisjon på kultur henter Boleman og Deal (2007:273) fra Deal og Kennedy (1982) som definerer kultur som ”måten vi gjør ting på her hos oss”. Kulturen er både et

produkt og en prosess. Som produkt er den et uttrykk for den oppsamlede klokskapen og kunnskapen som vi har fått overlevert fra forgjengerne våre. Som prosess blir den kontinuerlig fornyet og gjenskapt hver gang en nykommer lærer de tilvante måtene å gjøre ting på, og som de senere selv skal lære bort (op.cit.).

Som det fremgår av definisjonen over er det slik at organisasjonskultur kan beskrives som et mønster av grunnleggende antakelser som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant og derfor læres bort til nye medlemmer. Jacobsen (2008:122) sier at dette betyr at kjernen i enhver organisasjonskultur består av et mønster av antakelser som grupper av medlemmer i organisasjonen tar for gitt. Slike antakelser er imidlertid vanskelig å avdekke og studere. Jacobsen (2008) mener imidlertid at det lar seg gjøre å analysere kultur hvis forskeren er seg bevisst at organisasjonskultur eksisterer på tre ulike nivåer:

1. Grunnleggende antakelser: Det vi tar for gitt og betrakter som sant (vanskelig å avdekke).
2. Verdier og normer: De grunnleggende antakelsene reflekteres i organisasjonsmedlemmenes verdier og normer. Verdier sier noe om hva som er ønskelig og godt, og hva som verdsettes og som man er opptatt av å bevare. Normene er uskrevne regler som angir hva som er passende å gjøre i ulike sosiale sammenhenger. Normene kan være formelle eller uformelle
3. Artefakter: er synlige uttrykk for kultur som kan observeres, men ikke alltid er så lett å tolke/forstå. Eksempler er symboler (arkitektur, innredning, teknologi, kleskoder) og verbale og atferdsmessige uttrykk for kultur (op.cit.).

En slik inndeling kan gjøre oss bedre i stand til å studere og forstå kultur i organisasjoner.

De uformelle normene i en organisasjon må skilles fra de formelle normene. De to settene med normer har til dels ulik bakgrunn og virkemåte og påvirker hverandre genuint. Sett ut fra en instrumentell handlingslogikk er mål ofte gitt og formelle strukturer og normer er virkemidler for å oppfylle disse, mens mål i en kulturell handlingslogikk oppdages underveis, og det utvikles gradvis uformelle normer, verdier og identiteter. Christensen og medarbeidere (2010:52) henviser til Philip Selznick som trekker et skille mellom institusjon (det uformelle som gradvis vokser fram) og organisasjon (de formelle normene tilknyttet det instrumentelle). Når en formell organisasjon utvikler uformelle normer i tillegg til de formelle, får den institusjonelle trekk og blir en institusjonalisert organisasjon. Dette gjør en organisasjon mer kompleks og mindre fleksibel og tilpasningsdyktig overfor nye krav, men den får også nye og

nødvendige kvaliteter, noe som gjør at den kan løse oppgaver bedre og utvikle et sterkere sosialt fellesskap (Christensen et.al.2010:52-74).

Uformelle normer og verdier vokser gradvis fram og slipes til i møtet med indre og ytre kontekster og det presset de utøver. Dette skjer gjennom institusjonaliseringsprosesser hvor det utvikles en distinkt kultur, misjon eller sjel for hver organisasjon. De uformelle normene og verdiene som utvikles i institusjonaliseringsprosessene gir en moralsk eller etisk ramme for organisasjonsmedlemmene, og gjennom dette får de normative rettesnorer for hvilke holdninger og handlinger som er passende. Offentlige organisasjoner som er institusjonaliserte, representerer både et felles sett av uformelle, kulturelle normer og ofte et komplekst innslag av subkulturer. Når man arbeider i det offentlige, representerer kulturelle trekk en balansegang mellom ulike hensyn, som for eksempel balansen mellom lojalitet, nøytralitet og faglig uavhengighet i forvaltningsrollen. Lederne i institusjonaliserte, offentlige organisasjoner balanserer også mellom på den ene siden å ivareta og utvikle kulturelle tradisjoner som har utviklet seg gradvis over lang tid, men på den andre siden gradvis endre disse også. Slik sett har lederrollen både kulturelle og instrumentelle elementer (op.cit.).

Den grunnleggende handlingslogikken i det kulturelle perspektivet handler om at medlemmene i organisasjonen handler ut fra det som oppfattes som rimelig eller akseptabel atferd, og ikke ut fra grundig avveining av instrumentelle pro-etcontra-argumenter, egeninteresse eller ut fra mulige konsekvenser av handlinger. Medlemmene gjør det som oppfattes som rimelig eller akseptabel atferd i organisasjonen. Det er verdt å merke seg at de kulturelle og uformelle reglene primært er rettet mot fortiden, mens de instrumentelle og formelle reglene er mer fremtidsrettet. Medlemmene i organisasjonen lærer hva som er passende atferd gjennom erfaring. De klarer å handle i komplekse situasjoner, fordi de har en grunnleggende kulturell basis som rettesnor, noe de får gjennom sosialisering til uformelle normer og verdier. Logikken om hva som er passende innebærer klare fordeler ved at komplekse handlingsstimuli møtes av standardiserte og nesten intuitive handlemåter (Christensen et.al., 2010).

Christensen, Lægreid, Roness og Røvik (2010) hevder at den dominerende forståelsen i faglitteraturen av etablering av organisasjonskultur er at de uformelle, institusjonelle normene og verdiene gradvis vokser frem gjennom evolusjonære, naturlige utviklingsprosesser, der en organisasjon gradvis tilpasser seg indre og ytre press. Disse institusjonaliseringsprosessene,

som er uintenderte og uplanlagte, skaper en distinkt identitet, det vil si en sjel eller kultur i organisasjonen. Kultur er med andre ord noe en organisasjon *er*. Betydningen av organisasjonskultur kan ofte ses i reformprosesser og omorganiseringer i offentlige organisasjoner, og særlig hvis det eksisterer trusler mot de dominerende, uformelle normene og verdiene.

Et typisk instrumentelt syn på organisasjonskultur er at kultur er noe som kan designes eller lages bevisst. I et slikt syn ses kultur på som noe man har, og som en variabel et lederskap kan manipulere med for å oppnå ønskede resultater, altså noe som gir politisk og administrativt lederskap nye styringsmuligheter. Jacobsen (2008:113-145) refererer til studier hvor organisasjonskultur har blitt trukket fram som forklaring på organisasjoners suksess, og at organisasjonskultur kan ha sterke effekter på atferden til medlemmene i organisasjoner. Det trekkes også frem at kultur kan benyttes som et styringsmiddel gjennom at grunnleggende antakelser og verdier og normer gir oppskrifter på hvordan ansatte bør handle i gitte situasjoner. Videre viser slike studier at jo sterkere kulturen er jo større tillit vil det være mellom ledelse og ansatte og mellom ansatte i ulike enheter. Imidlertid kan organisasjonskultur også gjøre det svært vanskelig å styre en organisasjon, fordi det kan utvikles kultur i organisasjoner som svekker effekten av formelle styringsmekanismer eller gjør at formelle styringsmekanismer ikke alltid har de effekter som man hadde tenkt. Kultur er også påvist til å være en vanlig årsak til at forsøk på endring i organisasjoner mislykkes (op.cit.).

3.3 Ulike aspekter ved dokumentasjon av sykepleie

Pasientjournalens primære funksjon er å dokumentere helsepersonellens daglige pasientbehandling, omsorg og pleie og gi informasjon som kan danne grunnlag for beslutningsstøtte under videre pasientbehandling (Aune, 2007:87). Av forskrift om pasientjournal (2001) fremgår det blant annet at pasientjournalen skal inneholde så riktige og tilstrekkelige opplysninger som mulig om pasienten. Samtidig skal den opplyse om forhold av betydning for den hjelp pasienten trenger. Helsepersonellovens § 40 beskriver blant annet krav til journalens innhold og plikt til å føre journal. Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller medhold av lov.

I følge Heggedal (2006) og Moen og medarbeidere (2008) kan hensikten med sykepleiedokumentasjon oppsummeres i tre hovedpunkter:

- Sykepleiedokumentasjonen som arbeidsredskap: den skal bidra til kvalitet og kontinuitet i helsehjelpen og synliggjøre en faglig forsvarlig samhandling mellom pasient og sykepleier, så vel som mellom sykepleiere og andre helsepersonellgrupper (dette innbefatter også koordinering av alle pasientrettede tiltak). Dokumentasjonen skal være systematiske nedtegnelser over pasientens behov for helsehjelp, av de vurderinger som er lagt til grunn for foreslåtte tiltak, over valg av tiltak og over resultatene av tiltakene.
- Sykepleiedokumentasjon som juridisk dokument: fra myndighetenes side er helsepersonellets plikt til journalføring begrunnet i hensynet til kvalitet og kontinuitet i behandlingen, og den skal inneholde tilstrekkelig informasjon til at både pasienten, sykepleiere, annet helsepersonell og tilsynsmyndigheter kan vurdere og evaluere i ettertid den helsehjelpen som er gitt.
- Sykepleiedokumentasjon som grunnlag for evaluering av kvalitet: dokumentasjonen skal synliggjøre hvilke vurderinger og handlinger som er planlagt, iverksatt og evaluert for å bidra som beslutningsstøtte for andre sykepleiere og som grunnlag for kvalitetsevaluering av utført sykepleie. Dokumentasjonen skal også danne grunnlag for forskning og fagutvikling.

Som det fremgår av det vi har skrevet ovenfor har sykepleiedokumentasjon mange ulike aspekter og hensikter. For å kunne belyse vår problemstilling og forsøke å gi forklaringer der det er mulig å trekke konklusjoner, har vi valgt ut fem aspekter ved sykepleiedokumentasjon. Disse er valgt ut på bakgrunn av at vi opplever dem mest relevante for vår problemstilling.

3.3.1 Mål i forhold til sykepleiedokumentasjon i Sykehuset Østfold

Moen og medarbeidere (2008) sier at mange hevder at sykepleieres journalføring er for tidkrevende, og at det som dokumenteres heller ikke er representativt for den helsehjelp pasienten har fått. Videre sier de at flere uavhengige studier av sykepleieres dokumentasjon av helsehjelp har konkludert med at journalføringen ikke alltid har den nødvendige kvaliteten og derfor ikke holder mål. De henviser til studier som har påpekt at dokumentasjonen fremstår med liten kontinuitet og sammenheng, at den gir liten oversikt fordi informasjonselementene er spredt i ulike dokumenter, at det er mangelfull føring i henhold til

sykepleieprosessens ulike komponenter og at det er lite utviklede krav til innholdet i sykepleieres dokumentasjon av helsehjelp.

Overordnet mål for innføring av EDS i SØ er formulert på følgende måte:

”Elektronisk dokumentasjon av sykepleie i DIPS skal gi pasienten en individuell, målrettet, forutsigbar og kontinuerlig sykepleie/miljøterapi av høy faglig, etisk og juridisk kvalitet”. Det fremheves også at en grunnleggende hensikt med innføring av EDS er at det skal komme pasientene til gode. Målet er vanskelig målbart, og ble derfor nedbrutt i ulike resultatmål. Hovedmålet for innføringen var at: ”Sykehuset Østfold har innført felles elektronisk sykepleiedokumentasjon som en integrert del av den elektroniske pasientjournalen. Dette innebærer bruk av pleieplaner og klassifikasjonssystemer som grunnleggende struktur”. Ved prosjektets slutt var dette målet nådd.

Prosjektdirektivet for EDS-prosjektet ble vedtatt i SLM (Sykehusledermøte) 16.12.2005. I tabell 1 beskrives de vedtatte resultatmålene slik de står i prosjektdirektivet med grad av måloppnåelse i løpet av prosjektperioden. Utvidet målbilde som ble etablert og konkretisert i løpet av prosjektperioden presenteres under tabellen. Det er det utvidete målbildet som ligger til grunn for den oppfølging indikatorer og journalgransking tar utgangspunkt i. For å gjøre målbildet konkret er det utarbeidet en prosedyre for EDS i SØ som ”brekker ned” målene og gjør de konkrete og målbare.

Resultatmål	Grad av måloppnåelse	Kommentar
Alle sengeposter har innført EDS i henhold til utarbeidet struktur for EDS i SØ	Mål nådd, med unntak av akuttmottaket i Fredrikstad	Planlagt innføring i løpet av 2012
Alle i sykepleietjenesten har fått opplæring i henhold til plan	Mål nådd	
Det er utarbeidet veiledende pleieplaner i alle poster	Mål nådd	
Det er opprettet en felles database i SØ for veiledende pleieplaner med godkjennings- og revisjonsordninger	Mål nådd	
Kvalitetsundersøkelser og holdningsundersøkelser vedr. dokumentasjon av sykepleie er utført før og etter innføring av EDS i alle poster	Mål nådd	Gjennomføres kontinuerlige målinger i henhold til vedtak i SLM
Det er gjennomført veiledning til alle seksjonsledere sykepleie og gruppeledere der EDS innføres	Mål nådd	

Det er gjennomført samarbeid og dialog med lege- og fysioterapitjenesten med tanke på at journalen skal utnyttes tverrfaglig på en slik måte at dobbeltføringer unngås. Dette vil det bli vektlagt i opplæringen av EDS	Mål ikke nådd	Dette måler har ikke vært vektlagt. Det er utarbeidet plan for å rette oppmerksomhet mot dette i regi av Klinisk IKT-senter
Det er opprettet forum for oppfølging og utveksling av erfaringer i forhold til videre utvikling av EDS etter at innføringsperioden er avsluttet	Mål nådd	Oppfølging i regi av Klinisk IKT-senter etablert
Det er gitt informasjon i henhold til prosjektets kommunikasjonsplan	Mål nådd	

Tabell nr.1

I løpet av prosjektperioden ble målbildet utvidet. Dette skyldtes blant annet at prosjektet hadde hatt en slik varighet og omfang at det etter hvert også fikk ansvar for driftsoppgaver som support og videre oppfølging og optimalisering. Styringsgruppen la underveis premisser utover resultatmålene som er beskrevet over, slik at prosjektet fikk ansvar for også andre mål enn det som var beskrevet i prosjektdirektivet. Dette ansvaret ble etter prosjektets slutt overført til Klinisk IKT-senter gjennom vedtak i SLM. Det utvidede målbildet hadde følgende hovedmål: ”Økt kvalitet på dokumentasjonen og mer ressurseffektiv dokumentasjon”.

I arbeidet med gevinstrealiseringsplanen som ble utarbeidet i prosjektperioden på bakgrunn av det utvidede målbildet, ble målene om økt kvalitet og mer ressurseffektiv dokumentasjon tydeliggjort. Ved hjelp av HSØs gevinstrealiseringsmodell ble målene brutt ned i delmål og gjort målbare, og de er utgangspunkt for kvalitetsindikatormålingene og den interne kvalitetskontrollen som gjennomføres kontinuerlig. Gevinstrealiseringsplanen impliserer alle nivåene av ansatte (sykepleier, seksjonsleder, avdelingssjef, klinikkdirektør samt Klinisk IKT) og beskriver gevinster og ansvarsfordeling i gevinstrealiseringsprosessen.

3. Sak 85-09, 25.06.2009:Gevinstrealisering elektronisk dokumentasjon sykepleie (EDS)

Adm. direktørs beslutning:

1. Tertialvise rapporter i DIPS vedrørende EDS gjennomføres regelmessig fra 2.tertial 2009. EPJ-senteret får ansvar for å ta ut rapportene. Rapportene distribueres i linjen via kvalitetsrådgivere i de kliniske divisjonene. Resultatene følges opp i LGG.
2. Kvalitetsundersøkelse/intern revisjon av sykepleiedokumentasjon gjennomføres i tråd med anbefalingene i gevinstrealiseringsplan for EDS. Intern revisjonene starter høsten 2009 og utføres av EPJ-senteret i samarbeid med Kvalitets- og forskningsavdelingen.
3. Eventuell kartlegging av tidsbruk i sykepleietjenesten i tråd med anbefalingene i gevinstrealiseringsplan for EDS vil bli forelagt SLM med kostnadsestimat dersom styringsgruppen for EDS prosjektet anser kartleggingen nødvendig når resultat av punkt 1 og 2 foreligger.

Målene som er presentert over dannet utgangspunkt for prosedyren for EDS i SØ ”F/15 10-01” i EK (vedlegg 1). Prosedyren sier blant annet at:

- Dokumentasjonen skal være i samsvar med god yrkesskikk og inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen (jf. Helsepersonelloven § 40)
- Dokumenter skal kun opprettes ved behov for å dokumentere relevante og nødvendige opplysninger
- Dobbeltdokumentasjon skal unngås så langt det er mulig
- Dokumenttyper med benevnelsen SO SPL eller PS SPL skal hovedsakelig benyttes
- Behandlingsplan skal opprettes. Behandlingsplanen skal være hoveddokumentasjon og skal til enhver tid følges og være oppdatert
- Tiltak og forordninger beskrevet i behandlingsplanen er å anse som utført med mindre annet er dokumentert. Det bør fremgå av behandlingsplanen hvor ofte evalueringen av de enkelte tiltak/forordninger skal dokumenteres når dette vurderes som nødvendig
- Klassifikasjonssystemene NANDA og NIC skal benyttes i pasientens behandlingsplan i kombinasjon med fritekst. Unntaksvis kan sykepleiediagnose/tiltak beskrives i fritekst
- Veiledende behandlingsplaner skal fortrinnsvis benyttes ved utarbeidelse av behandlingsplan

3.3.2 Kvalitet på dokumentasjon av sykepleie

Anne Berger Sørli (2007) sier at erfaring viser at det er vanskelig å enes om en entydig definisjon på hva som er god kvalitet, og vi er enig i dette. Å finne en definisjon på hva som er god kvalitet på sykepleiedokumentasjon har ikke latt seg gjøre, men vi støtter oss på ISOs definisjon av kvalitet som sier at kvalitet er ”i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav”. Termen kvalitet kan brukes sammen med adjektiver som dårlig, god eller utmerket. Iboende, i motsetning til tildelt, betyr “det som finnes i noe”, spesielt om en permanent egenskap. Krav er behov eller forventning som er angitt, vanligvis underforstått eller obligatorisk (NS-EN ISO 9000:2005). I forhold til vår oppgave betyr dette at god kvalitet på dokumentasjonen er om den samsvarer med de retningslinjer som gjelder for elektronisk dokumentasjon i Sykehuset Østfold (jamfør punkt 3.3.1) og for hva som er å anse som god dokumentasjon, samt lovkrav som regulerer dokumentasjonspraksis. Om dokumentasjonen oppfyller disse kravene finner man ut ved å utføre journalgransking.

Det er utviklet ulike verktøy for å granske innhold i journaler. I studien til Ehrenberg og medarbeidere (2001) konkluderes det med at de fant et rammeverk som kan bidra til å forstå de ulike dimensjonene i journalgransking. Moen og medarbeidere (2008:201-216) støtter seg også på dette rammeverket, som beskriver fire ulike metoder i journalgranskingsarbeidet.

Avhengig av målet med det kvalitetsforbedrende arbeidet kan journalgranskingen fokusere på en eller flere av disse tilnærmingene.

Nedenfor presenteres Ehrenberg, Ehnfors og Smedbys (2001) fire metoder/tilnærminger for journalgransking. Vi har selv oversatt navnene på de fire tilnærmingene fra engelsk, og den engelske benevnelsen skrives i parentes.

- Gransking av formelle aspekter (Formal structure approach): dette er det mest basale nivået i journalgransking. Her ser man på om viktige informasjonselementer er dokumentert, og om det er kobling mellom lover og forskrifter som regulerer dokumentasjonen. Typiske informasjonselementer det ses etter er pasientidentitet, sykepleiers signatur og dato og klokkeslett for den helsehjelpen som er dokumentert. Innenfor denne tilnærmingen er det også aktuelt å se etter om dokumentasjonen er påbegynt innen definerte tidsrom, om det er mange gjentakelser, om pasientens ressurser er dokumentert, om pasienten har behandlingsplan, om tiltak er gjennomført og om de er evaluert. Dette er en enkel måte å undersøke dokumentert helsehjelp på, og Moen og medarbeidere (2008:201-216) sier at denne metoden kan gi konkrete innspill i diskusjoner om praksisendring. Denne metoden gir bare et fragmentert bilde av innholdet i dokumentasjonen.
- Gransking av prosesskomplettethet (Process comprehensiveness approach): dette nivået i journalgransking undersøker sammenheng og kunnskaper om de ulike fasene i sykepleieprosessen, altså om det er logiske sammenhenger og fullstendighet i dokumentasjonen. Hensikten er å undersøke hvor omfattende dokumentasjonen av komponentene i sykepleieprosessen er. Ehrenberg og medarbeidere (2001) sier at denne tilnærmingen bidrar til å identifisere pasientens problem og behov og identifisere progresjon i pleien som er gitt. Basert på funnene om sykepleieres dokumentasjon av planlagt, iverksatt og evaluert sykepleie, sier de videre at det kan iverksettes kvalitetsforbedrende arbeid. Denne tilnærmingen belyser i hvilke grad sykepleierne har planlagt, iverksatt og evaluert pasientproblemer i journalen. Denne tilnærmingen gir ikke svar på sammenheng mellom dokumentasjon og kvalitet på pleien, men den åpenbarer logiske sammenhenger/flyt og fullstendighet av utført sykepleie.
- Kunnskapsbasert tilnærming (Knowledge-based approach): ved denne tilnærmingen vil journalgransking være konsentrert om å undersøke graden av samsvar mellom dokumentert helsehjelp og anbefalt, kunnskapsbasert praksis (Ehrenberg et.al. 2001).

Moen, Hellesø og Berge (2008:209) sier at man da ser på journalføringen i forhold til forskningsbasert viten, nedfelte retningslinjer eller etablerte kriterier innenfor det som granskes.

- Presisjonsbasert tilnærming (Accuracy approach): ved denne tilnærmingen for journalgranskning ser man på forholdet og samsvaret mellom dokumentert helsehjelp og pasientens reelle behov for helsehjelp, og om dette samsvarer med den helsehjelpen som faktisk er planlagt og utført. Dette er en svært omfattende granskning fordi man undersøker både pasientens reelle behov for helsehjelp og dokumentasjon av helsehjelp (Moen et.al. 2008:209).

Ehrenberg og medarbeidere (2001) sier at journalgranskingsverktøy hovedsakelig har blitt utviklet for å måle kvaliteten på dokumentasjonen og ikke for å måle kvaliteten på den pleie som utøves. De sier videre at noen av studiene som er gjennomført vedrørende journalgranskning har fremsatt antagelser om at det underforstått er en sammenheng mellom det som dokumenteres og den aktuelle pleien som utøves og at god dokumentasjon reflekterer godt planlagt og gjennomført pleie. Det er verdt å merke seg at det imidlertid ikke er så åpenbar sammenheng mellom dårlig dokumentasjon og dårlig utøvd pleie.

Sykepleiedokumentasjon i pasientjournalen skal være nøyaktig, presis, pålitelig og i samsvar med lovverket. Imidlertid er det gjort få undersøkelser som ser på sammenhengen mellom det som dokumenteres og pasientens behov for sykepleie, hvilke tiltak som ble iverksatt og resultatene av pleien (patient outcome). Overensstemmelsene mellom innholdet i journalen, pasientens aktuelle behov og den pleien som faktisk har blitt gitt har blitt trukket i tvil. Det er derfor viktig å diskutere kvaliteten på de data som hentes ut fra journalen før man trekker konklusjoner basert på dem (Ehrenberg et.al.2001).

Anne Berger Sørli skrev i 2007 hovedoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag med tittelen ”Bruk av elektronisk dokumentasjon i sykepleietjenesten. Papir- eller elektronisk dokumentasjon...utgjør det noen forskjell?”. Hun skriver at det er begrenset med forskning på endring av dokumentasjon ved innføring av elektronisk pasientjournal (EPJ) i Norge, og at dette spesielt gjelder ved bruk av standardisert språk og veiledende sykepleieplaner (behandlingsplaner). Hensikten med studien var å beskrive endringer i dokumentasjonen av sykepleie ved overgang fra papirbasert dokumentasjon til EPJ med bruk av kodeverkene NANDA og NIC og veiledende sykepleieplaner. EDS-prosjektet i SØ har også innført bruk av

kodeverkene NANDA og NIC og veiledende behandlingsplaner. Før funnene fra Sørli hovedoppgaven kort presenteres, følger en liten begrepsavklaring i tabellen nr. 2.

Begrep	Forklaring/definisjon
NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)	Et klassifikasjonssystem for sykepleiediagnoser. I følge NANDA består en sykepleiediagnose av to deler: <ol style="list-style-type: none"> 1. En beskrivelse av den menneskelige reaksjon og respons på sykdommen 2. Relaterte faktorer Diagnosene er ganske generelle, og det er nødvendig å individualisere diagnosen i møte med den enkelte pasient i form av fritekst som knyttes til diagnosen. Den individuelle kommentaren bidrar til å spesifisere og gir retning for tiltak (Heggedal (2006, Moen et al. (2008), Sørli (2007))).
NIC (Nursing Interventions Classification)	Et klassifikasjonssystem for sykepleieintervensjoner/-tiltak. NIC er ment å kunne identifisere ord og begreper, et omforent språk, for å beskrive sykepleietiltak (Sørli, 2007).
Sykepleieplan/ behandlingsplan	En sykepleieplan er en plan som beskriver pasientens behov for sykepleie (sykepleiediagnoser), mål, tiltak og evaluering i forhold til dette (Moen et.al.2008).
Veiledende sykepleieplan/ Veiledende behandlingsplan	En veiledende sykepleieplan er et grovutkast til en sykepleieplan. Den veiledende planen kan for eksempel omhandle en spesiell pasientgruppe (hoftebruddpasienter) eller den kan være utformet rundt et spesielt sykepleieproblem (underernæring). Den veiledende planen utvikles av sykepleiere med fagkunnskap om det aktuelle området, og sykepleiere plukker fra denne planen det som er aktuelt og justerer det individuelt for den enkelte pasient (Moen et.al.2008).

Tabell nr.2

Sørli (2007) fant i sin oppgave at innføring av elektronisk dokumentasjon av sykepleie så ut til å øke kvaliteten på noen områder og svekker den på andre. Resultatene av studien kan tredeles. For det første viste funn fra studien at dokumentasjon av sykepleie ikke var i samsvar med myndighetenes krav, hverken i den papirbaserte eller i den elektroniske dokumentasjonen. For det andre fant hun at faglig struktur og faglig sammenheng var endret på noen områder etter innføring av EPJ. For det tredje viste studien at sykepleiere benyttet

NANDA og NIC kombinert med fritekst, og at 46% av pasientjournalene benyttet veiledende sykepleieplaner som støtteverktøy. I analysekapitlet sammenlignes funnene med våre funn.

3.3.3 Kvalitetsindikatorer for måling av kvalitet på dokumentasjonen

Kvalitetsindikatorer er en av flere metoder som benyttes for å overvåke og dokumentere kvalitet i helsetjenesten. De senere årene har interessen for slik monitorering økt betraktelig, ikke minst for hvordan evalueringen av sykehussektoren kan settes i system.

Kvalitetsindikatorer kan defineres som indirekte mål på kvalitet innen et område og er en av flere metoder som benyttes for å overvåke og dokumentere kvaliteten i helsetjenesten. Bruk av kvalitetsindikatorer kan ha flere formål: De kan fungere som støtte til virksomhetsstyring og intern kvalitetsforbedring på enkeltavdelinger eller på sykehuset som helhet, og de kan benyttes for å sammenligne tjenestenes faglige standard og hvilke resultater som er oppnådd (Utvikling og bruk av kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten, Rapport fra Kunnskapssenteret nr 6–2008).

I punkt 2.4 har vi presenterte Idvall og medarbeidere (2009) sin definisjon på hva kvalitetsindikatorer er:

”En kvalitetsindikator beskrives som ett kvantitativt mått som kan användas som vägledning för att registrera och utvärdera kvalitet av viktig patientvård och stödjande aktiviteter, och som mäter struktur, process eller resultat” (Idvall et.al. 2009:8)

Rapporten Rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2010) deler også indikatorene inn i struktur-, prosess- og resultatindikatorer. SSN (Sykepleiernes samarbeid i Norden, 2009) har ikke denne inndelingen, men definerer kvalitetsindikatorer som: konkrete målepunkter som beskriver vesentlige aspekter av kvalitet i helsetjenesten.

Kvalitetsindikatorer innen struktur, prosess og resultat kan benyttes til kvalitetsforbedring i alle ledd av helse- og omsorgstjenesten. Det nordiske kvalitetsmålingsprosjektet har definert de ulike indikatorene på følgende måte (Rammeverk for kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten 2010):

- Strukturindikatorer beskriver helsevesenets rammer og ressurser, herunder helsepersonells kompetanse og tilgjengelighet til utstyr, teknologi og fasiliteter. Indikatorene beskriver med andre ord forutsetningene og rammene for forebygging,

diagnostikk, behandling, pleie og rehabilitering. Slike indikatorer kan ofte besvares med et ja eller nei.

- Prosessindikatorer beskriver konkrete aktiviteter i pasientforløp og måler de handlinger som utføres, for eksempel om fastsatte retningslinjer følges. Indikatoren gir et bilde av i hvilket omfang helsepersonell har utført bestemte prosedyrer, for eksempel forebygging, diagnostikk, behandling, pleie eller dokumentasjon. Prosessindikatorer uttrykker om pasientene har mottatt de ytelser som de bør i følge referanseprogrammer og kliniske retningslinjer.
- Resultatindikatorer belyser pasientens gevinst i form av overlevelse, symptomatologiske og laboratoriemessige karakteristika, pasientens fysiske tilstand eller psykiske reaksjoner på sykdom og tilfredshet med behandling.

Inndelingen av indikatorer i tre bolker gjenfinnes også i Scott og Davis (2007:311-339). De poengterer at det for utenforstående kan virke enkelt for en organisasjon å finne hvilke indikatorer man skal måle på. Å måle prestasjon/effektivitet er å finne ut hvor bra organisasjonen presterer i forhold til en fastsatt standard. Det kan imidlertid være vanskelig å enes om hva det skal måles på da dette gir signaler om hvilke verdier organisasjonen har. Det kan være uenighet om hvilke indikatorer som faktisk viser hvordan organisasjonen presterer. Scott og Davis (2007) sier at prosessindikatorer egentlig handler om å stille spørsmålene ”Hva gjorde du?” og ”Hvor bra gjorde du det?”. De skiller seg fra resultatindikatorer ved at pasientens/kundens opplevelse ikke medregnes og fra strukturindikatorer som måler personellens kapasitet til å utøve handlinger.

De indikatorene som vi har vært med på å utvikle og benytter i vår studie for å samle inn data, er prosessindikatorer. Beskrivelsene av indikatorene er utarbeidet i nettverksgruppe for gevinstrealisering i HSØ (hvor vi begge er deltagere) etter mal fra Helsedirektoratet. De elektroniske rapportene i DIPS er utarbeidet av daværende IT-avdeling og EPJ-senter i SØ. Rapportene ble testet av medlemmene i gevinstrealiseringsgruppen i SØs testmiljø. Flere sykehus i HSØ har også valgt å legge rapportene inn i sin EPJ. Indikatorene tar for seg helt konkrete spørsmål om handlinger er gjort eller ikke og svarene gis i ja og nei og samlet prosentoversikt. Hvilke indikatorer som er utarbeidet og som brukes i SØ vises i tabell nr. 3

Mathisen og Nordbø diskuterer i Tidsskriftet Sykepleien (nr.1, 2011:32-34) om kvalitetsindikatorer vil hjelpe sykepleieres nærmeste leder til å utøve bedre ledelse. De sier at

førstelinjeledere står midt mellom rapporteringskrav oppover i organisasjonen og forventninger fra ansatte, pasienter, pårørende og samarbeidspartnere. Hvis kvalitetsindikatorene letter kommunikasjonen i begge retninger vil dette være en hjelp til lederen. De legger tre forutsetninger til grunn for dette:

1. Det er avhengig av organisasjonens krav til rapportering på faglig og på pasienterfart kvalitet, i tillegg til mengdemål og budsjettbalanse. Rapporteringskravene vil gjenspeile i hvor stor grad virksomhetens uttrykte verdier blir kommunisert i det daglige arbeidet.
2. Kvalitetsindikatorer utfordrer endringsevnen i et team eller en enhet. Kvalitetsindikatorer belyser ofte mer vanskeligheter enn suksess, noe som kan bety at arbeidsprosesser og normer må revurderes. Denne typen utfordringer krever god informasjonsflyt og profesjonalitet innen en enhet for å fokusere på felles mål og felles utviklingsprosesser. Dette er enklest når kvalitetsindikatorene representerer viktige områder fra et sykepleiefaglig perspektiv.
3. Lederen må være god til å forstå, fortolke og kommunisere data om kvalitetsindikatorer. Indikatorer som ikke varierer er lite interessante. Gode indikatorer vil variere i både positiv og negativ retning, og krever derfor ledere som forstår forskjellen på normal variasjon og variasjon som krever handling. Flere steder er det ledere uten sykepleiefaglig kompetanse. Forsvarlig bruk av kvalitetsindikatorer forutsetter at det finnes en som har sykepleiefaglig ansvar for å gi lederen råd om betydningen av indikatordata.

3.3.4 Ledelsesforankring

”Forankring” er blitt et svært vanlig ord i prosjektarbeid og utviklingsarbeid fordi det peker på nødvendigheten av at viktige aktører må ha kunnskap, interesse og opplevelse av forpliktelse knyttet til gjennomføringen av et arbeid og for at endring skal oppnås. Forankring handler med andre ord om flere ting. Helsedirektoratet sier i kunnskapsbasen for rusforebyggende og helsefremmende arbeid (www.forbygging.no) at utgangspunktet gjerne er målformuleringer og intensjonserklæringer i strategiske dokumenter og handlingsplaner. I organisasjoner av en viss størrelse (med inndelinger etter hierarkier, fag eller sektorer) handler forankring også om å definere ansvar for å få intensjoner omsatt i praksis, blant annet ved å sørge for at organisasjonen har tilstrekkelig evne og vilje til å avsette eller bidra til at tilstrekkelige ressurser som personell, tid og økonomi er tilstede for å sikre gjennomføring av arbeidet.

I helsefremmende tenkning er det et mål at arbeidet skal føre til varige endringer i den forstand at brukerne, befolkningen, kommunen eller organisasjonen vil videreføre arbeidet etter eventuell prosjektslutt. For å nå et slikt mål må prosjektene og tiltakene forankres lokalt. Det må påses at det er nok tid og ressurser tilgjengelig for å gjennomføre og følge opp arbeidet, og at de berørte parter (interessenter), blir tilstrekkelig trukket inn i plan- og gjennomføringen av arbeidet. Forankring kan skje gjennom forpliktende vedtak og gjennom strategier for å gjøre arbeidet til en del av den daglige drift. Det er viktig at ledelse og organisering ivaretar og sikrer de ulike interessene i et tiltak eller prosjekt. Det vil si at man forsikrer seg om at det finnes personer eller grupper som betrakter belønningene for det som prosessen frambringer som så verdifullt at de er villig til å yte sitt bidrag for å opprettholde aktiviteten (op.cit.).

Flere forhold påvirker sykepleieres dokumentasjon av helsehjelp. Eksempler på slike forhold er dokumentasjonsverktøyet, organisatoriske forhold, lokale tradisjoner og lokal kultur (Moen et.al.2008). Innføring av ny teknologi må ses i sammenheng med organisasjonsutvikling. Selv om IT er et verktøy som brukes for å oppnå mål, kommer man ikke utenom at teknologien vil påvirke og endre innholdet i arbeidet. Å ta i bruk IT innebærer dermed forandring og omstrukturering, og det kan medføre forandring av yrkesroller og nye krav til kunnskap. Det er derfor naturlig å se lederansvar og endringsprosesser i sammenheng (Krokmyrdal og Larsen, 2003).

Krokmyrdal og Larsen (2003) skriver at de erfarte på sin avdeling at ikke alle ansatte i pleiegruppen hadde tatt i bruk nytt dataverktøy som var innført, til tross for at de hadde deltatt på innføringskurs i de ulike dataprogrammene. I deres studie tok ledelsen initiativ til et prosjekt for å heve kompetansen i forhold til bruk av dataverktøy. De hevder at når avdelingsledelsen tar initiativ så tar de et lederansvar som er påkrevd ved innføring av ny teknologi. Signalene til pleiegruppen blir da at dette er så viktig at det skal prioriteres.

Erfaringer fra flere sykehus viser at det er avgjørende at enhetsledere, som regel seksjonsledere/avdelingssykepleiere, setter fokus på og tilrettelegger for forbedringer av sykepleieres journalføring (Moen et.al.2008). Jacobsen (2006: 213-244) er tydelig på at i endringsprosesser er ledelse spesielt viktig fordi endringer oftest medfører oppbrudd fra det etablerte. Endringsprosesser kjennetegnes ved at stabile rutiner brytes opp, etablerte oppfatninger utfordres og maktforhold endres, og betydningen av ledere som kan fatte

beslutninger og skape orden i tilsynelatende kaos øker. Jacobsen (2006) trekker her frem skillet mellom administrasjon og ledelse, hvor administrasjon dreier seg om å få det eksisterende til å fungere godt, mens ledelse er knyttet til å endre det bestående.

Endringsprosesser må ledes. Planlagt endring, som innføring og oppfølging av EDS er, er en endringsprosess som ledes. Denne ledelsen kan utføres av andre enn den formelle ledelsen, men Jacobsen (2006: 214) poengterer at å drive fram endringer uten at den formelle ledelsen er ”med på laget”, vil skape store problemer. Han begrunner dette med at den formelle ledelsen sitter på den formelle myndigheten og dermed også ofte på de formelle maktbasene i organisasjonen (for eksempel opprykk, lønn og permisjoner). I mange prosesser er dette viktige maktbaser for å skape endringer. Samtidig vil den formelle ledelsen, gjennom sin svært synlige posisjon, ha store muligheter til å utøve symbolsk makt knyttet til det å gå foran med et ”godt eksempel”.

3.3.5 Forvaltning av elektronisk dokumentasjon av sykepleie

Som nevnt tidligere har sykepleiere en lovpålagt dokumentasjonsplikt. I forskrift om pasientjournal (2000) poengteres det at nedtegnelser i journalen skal være relevante og nødvendige. Moen og medarbeidere (2008:11-20) sier at effektiv og faglig forsvarlig journalføring, eller handlingskompetanse i å dokumentere helsehjelp, impliserer oppgaver på to nivåer:

1. Det er et systemansvar ved at virksomheten skal tilrettelegge, etablere rutiner og følge opp systemet for journalføring.
2. Sykepleieren som yter helsehjelp har ansvar for å nedtegne i pasientens journal all den helsehjelp han/hun planlegger, iverksetter og evaluerer.

Som det fremgår av dette har den enkelte sykepleier et selvstendig ansvar for å gjøre seg kjent med faglige prinsipper og juridiske krav som er gjeldende ved dokumentasjon av helsehjelp, men at det også er et systemansvar vedrørende dokumentasjon i form av rutiner og systemer. I tillegg understreker Moen, Hellesø og Berge (2008) at det må være fokus på kvalitetsforbedring og utvikling av internkontrollsystemer for å følge de pågående prosessene. De sier at dette er et viktig lederansvar. Leder har også ansvar for å identifisere områder som bidrar til å heve sykepleieres kompetanse i å føre journal i henhold til god yrkesetikk. Lederansvaret kan inkludere varierte aktiviteter, blant annet å klargjøre hvilke faglige behov journalføringen må imøtekomme, identifisere og sette i gang utviklingsprosesser for å

strukturere journalføringen i EPJ, og avklare hvilke typer pasientdata som skal kunne sammenstilles i faglige og administrative rapporter (op.cit.).

Moen og medarbeidere (2008) har ikke poengtert på hvilket ledernivå de mener at disse tiltakene skal iverksettes og følges opp. I en så stor organisasjon som Sykehuset Østfold er det ikke, slik vi ser det, hensiktsmessig at det ansvaret Moen og medarbeidere beskriver skal tillegges hver enkelt seksjonsleder. Vi tolker det derfor slik at de mener at dette er noe organisasjonen må sette i system slik at det sørges for tilfredsstillende internkontroll, og etablerte rutiner og systemer, men at linjeledelsen også har et ansvar. Vi støtter oss også på det Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst skriver i sin rapport ”Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative systemet og melde- og avvikssystemet”(2011). De sier blant annet:

”Videre anbefales det en enhet i staben får et tydelig ansvar i forhold til ”controlling” innenfor foretakets kjerneoppgaver (pasientbehandling m.v.). I dette ligger oppgaver med å planlegge å iverksette konkrete kontrollaktiviteter basert på risiko og vesentlighet for å fange opp, behandle og sørge for at feil, mangler og styringssvikt i linjen, både meldes og korrigeres”.

Selv om denne anbefalingen primært gjelder det pasientadministrative systemet, er vår oppfatning og erfaring at dette er like viktig knyttet til kontroll av kvalitet på dokumentasjonen i pasientens journal. En slik kontroll-/forvaltningsenhet sørger for å følge opp og koordinere all aktivitet og rapportering knyttet til arbeid med EDS.

4 METODE

Vår studie er i all hovedsak en empirisk undersøkelse, det vil si en undersøkelse om hvordan forholdene faktisk er. Hensikten er å få svar på vår problemstilling, og å få bekreftet eller avkreftet våre antagelser og hypoteser. Metodekapittelet tar for seg hvilke metoder vi har benyttet for å besvare vår problemstilling. Vi støtter oss til Euris Everett og Inger Furseth (2008) som henviser til Auberts definisjon på metode: ”en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Everett og Furseth, 2008:129-130). Vi opplever at denne definisjonen av metode er dekkende for den studien vi har gjennomført ved at vi har benyttet oss av mange ulike tilnærminger for å finne svar på vår problemstilling.

Den første delen i metodekapittelet handler om hva undersøkelse er og hvordan vi har gått frem, altså hvilke metoder vi har brukt, for å besvare vår problemstilling. Deretter skriver vi kort om reliabilitet og validitet, før vi gir en begrunnelse for valget av casestudie som strategi. Dette etterfølges av et kapittel om strategisk utvalg og vår begrunnelse for våre valg, før vi redegjør for hvordan vi har samlet inn data fra pasientjournaler. Deretter skriver vi om intervju som metode for innsamling av data, vår strategi for gjennomføring og bruk av intervjuer, samt betraktninger om intervjuenes kvalitet og nytteverdi. Vi gjør vurderinger av studiens reliabilitet, validitet og muligheter for generalisering underveis. Våre hypoteser og forskningsspørsmål presenteres til slutt i kapittelet for å gi en overgang til analysekapittelet.

4.1 Kort om undersøkelse og vår fremgangsmåte

Jacobsen (2005:13-20) sier at en undersøkelse som gjennomføres i en organisasjon kan bringe fram ny kunnskap om hvordan fenomener ser ut og hvordan ting henger sammen i for eksempel en spesiell situasjon eller på et spesielt tidspunkt. Undersøkelser har et felles grunnlag i å utvikle ny kunnskap, men det er ulike hensikter med tanke på hvilken type kunnskap det siktes mot. Jacobsen (2005) skiller mellom tre hovedtyper hensikter ved undersøkelse:

- Beskrivelse: man ønsker å få mer innsikt i hvordan et fenomen ser ut.
- Forklaring: man ønsker forklaring på hvorfor et fenomen oppstod, hvorfor noe spesielt skjedde.
- Prediksjon: man ønsker å forutsi hva som vil komme til å hende en gang i fremtiden.

Det å skille disse hensiktene kan i mange tilfeller virke kunstig, for i så godt som alle undersøkelser vil man finne elementer av alle tre (op.cit.). Kunnskapen vi søket i vår studie har i hovedsak to typer hensikter: vi ønsket beskrivelse av hvordan kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen er og forklaring på hvorfor den har den kvaliteten den har. Med andre ord søkte vi å forstå hvorfor eventuelt endringer har funnet sted.

Kort oppsummert er studien gjennomført som et casestudie hvor objektive (kvalitetsindikatorer og kvalitetsundersøkelser) og subjektive (intervjuer) målingsverktøy er benyttet for å samle inn data. Vi har innhentet kvantitative data om dokumentasjonen i pasientjournalen i form av kvalitetsindikatormålinger og kvalitetsundersøkelser (journalgransking). I vår oppgave referer vi til dette som ”objektive målingsverktøy” fordi disse dataene er presentert som rene tall. Kvalitetsundersøkelsene er basert på kriterier som er objektive og strukturerte, men selve gjennomgangen og vurderingene av dokumentasjonen vil til en viss grad ha et subjektivt preg fordi de utføres av mennesker. Vi har også benyttet resultater fra kvalitetsvurderinger som gjennomføres kontinuerlig i sykehuset for å supplere og understøtte de andre dataene vi har. De subjektive dataene våre er hentet fra kvalitative intervjuer av ledere og ansatte på ulike nivåer og på ulike enheter i sykehuset. I studien har vi med andre ord benyttet oss av ulike kvalitative og kvantitative tilnærminger/verktøy, såkalt metodetriangulering. Vi opplever at disse ulike metodene har utfylt hverandre og gitt oss et helhetlig bilde av status på EDS i SØ i dag, og de har bidratt til å validere funnene våre. Jacobsen (2005:135-137) støtter oss i dette når han understreker at metodetriangulering kan oppveie for svakhetene ved bare å bruke en metode og at kombinasjon av metoder er et ideal i forskningsarbeid.

4.2 Reliabilitet og validitet

Begrepene validitet og reliabilitet betegner spesielle kriterier som sier noe om hvor godt datamaterialet samsvarer med det man ønsker å undersøke, og om studien er gjennomført på en pålitelig og nøyaktig måte (Grønmo, 2004). Validitet viser til studiens datamateriale, og hvor godt datamaterialet svarer på problemstillingen. Reliabilitet viser til hvordan studien er gjennomført, og om datamaterialet kan regnes som pålitelig. Reliabiliteten kan styrkes ved at uavhengige datainnsamlinger av samme fenomen samsvarer med hverandre, eller at en studie kan gjennomføres flere ganger med samme resultat. Er datainnsamlingen utført på nøyaktig vis og gir et godt svar på problemstillingen i studien, har studien høy validitet. Innsamlede data må også samsvare med innholdet i problemstillingen (op.cit.).

Validiteten i vår studie anser vi til å være god ettersom respondentene er sentrale aktører i prosessen, og dataene som analyseres er enten en del av prosessen, eller beskrivelser av hendelsesforløp i prosessen, samt at dataene er hentet fra ulike kilder. Respondentene og dataene er med andre ord relevante for problemstillingen. Imidlertid ser vi at valget om å ikke intervju avdelingssjefer kan svekke validiteten noe. Vår antagelse var at avdelingssjefer i utgangspunktet hadde minst nærhet til vår undersøkelse, men vi ser at på enkelte områder hadde det også vært relevant å ha intervjuet disse. Ved å beskrive vår fremgangsmåte ved datainnsamling, kan leseren gjøre seg egne betraktninger om studiens reliabilitet. Vi mener at benyttelsen av et bredt datagrunnlag i studien er med på å styrke reliabilitet.

Å skrive oppgave med utgangspunkt i egen organisasjon, hvor man selv er ansatt, har både fordeler og ulemper. Ulemper kan være subjektive feiltolkninger av respondentenes svar som følge av forutinntatte meninger, holdninger og fordommer og/eller et ønske om bestemte ”fasitsvar” på undersøkelsen. Fordeler kan være at man gjennom kunnskap om egen organisasjon har mulighet til å peke ut personer i ”nøkkelposisjoner” til å delta i intervjuer. Det kan også være lettere å få godkjennelse til å gjennomføre undersøkelser ved at man har kontakter som kan legge til rette for dette (Jacobsen, 2005). Ved å arbeide i Klinisk IKT-senter har vi stor nærhet til datamaterialet. Denne nærheten kan gjøre det fristende å vinkle svarene i ønsket retning for å sikre at prosjektet man har hatt ansvar for fremstår som vellykket. Dette har vi forsøkt å unngå ved å diskutere problematikken med veileder som på et tidlig stadium gjorde oss oppmerksomme på utfordringer med å være så nært datamaterialet og tematikken. Vi har også diskutert dette oss imellom jevnlig i prosessen og er enige i at målet for undersøkelsen er å avdekke det reelle bildet av situasjonen.

4.3 Casestudie som strategi

Jacobsen (2005:90) sier at mange påpeker at det er et problem at det ikke finnes en klar forståelse for hva et case egentlig er. Svein S. Andersen forklarer og avgrensner hva case-studier er:

”Betegnelsen ’case’ kommer av det latinske *causus* og understreker betydningen av det enkelte tilfelle. (...) Terminologien vektlegger derfor at det dreier seg om ett eller noen få tilfeller som gjøres til gjenstand for inngående studier. Enten fordi det finnes kun en eller noen få, eller fordi det bare er en eller noen få case som er tilgjengelige for forskeren. (...) Ofte er idealet å gå i dybden på et case og presentere en helhetlig analyse som står på egne bein. Undersøkelsesenheten ses på som et kompleks hele, der mange underenheter og deres forhold til hverandre pensles ut” (Andersen, 1997:8-9).

Et sentralt element her er hva som menes med undersøkelsesenheter, og Jacobsen (2005) trekker frem at det finnes mange forskjellige typer enheter som kan avgrenses i både tid og rom. Thagaard (1998) hevder at et av casestudiens største fortrinn, at den legger til rette for et mangfold av datakilder. Videre sies det at casestudier ofte baserer seg på kvalitative tilnærminger, men kvalitative og kvantitative data kan gjerne kombineres. Andersen (1997) sier at datainnsamlingsprosessen i casestudier fokuserer på detaljer og innlevelse, og at man ofte har stor grad av nærhet til begivenheter og aktører. Casestudier blir derfor ofte beskrevet som velegnet til å kunne beskrive prosesser og endringer, hvor vektlegging av *hvordan* noe skjer ofte er av større betydning enn *hvorfor* det skjer. I vår studie er caset en prosess (bruk og oppfølging av EDS) som skjer innenfor et definert organisatorisk område (Sykehuset Østfold). Studiet vårt samsvarer her med "idealbildet" på hva case er. At vi studerer prosessen inngående med et ønske om å gå i dybden og gi en helhetsanalyse, samt at vi studerer en endringsprosess hvor nærhet til begivenhetene og aktørene er stor og hvor vi i vårt datamateriale har lagt stor vekt på detaljer, samsvarer også med dette. Vi opplever derfor casestudie som en god tilnærming til vår problemstilling.

4.4 Strategisk utvalg

I sykehuset Østfold har totalt 41 poster innført EDS. Av disse er det 24 somatiske poster (58%) og 17 poster i psykisk helsevern (42%). Postene tilhører tre ulike klinikker.

Vi valgte en todelt tilnærming for utvalg av data. Utvikling av rapporter som henter data fra den elektroniske journalen, ga mulighet til å hente data fra hele sykehuset, med andre ord fra alle poster som bruker EDS. Dette i motsetning til de manuelt gjennomførte kvalitetsundersøkelsene av dokumentasjonen og intervjuene, hvor vi ble nødt til å velge ut et representativt antall poster for at ikke datamengden skulle bli for stor. Forholdet mellom utvalg av poster i somatikk og psykisk helsevern er 60/40, og dette er i tråd med det faktiske forhold for sykehuset som helhet. Vi intervjuet totalt 8 seksjonsledere, 5 fra somatikk og 3 fra psykiatri, dette med formål å ivareta representativiteten. Seksjonsledere ble valgt ut som intervjuobjekter i de individuelle intervjuene fordi de representerer en nøkkelrolle i oppfølgingen av EDS. Det er de som har ansvaret for at EDS fungerer tilfredsstillende i posten og som må rapportere på dette i ledelsens gjennomgang (LGG). På grunn av store organisatoriske endringer i samme periode som vi gjennomførte våre intervjuer ble seksjonslederne valgt ut fra kriteriet om at de hadde vært leder i posten i mer enn ett år, og at de hadde tid og mulighet til å delta i intervjuet. Grunnen til at vi satte en nedre grense på ett

år, var for å sikre at de i alle fall hadde vært igjennom en runde med rapportering på kvalitetsindikatormålingene og ledelsesoppfølging. Alle tre klinikkdirektørene ble intervjuet, da postene som ble valgt ut hadde tilhørighet i alle klinikkene. Deltagere i fokusgruppeintervjuet ble valgt ut på bakgrunn av at de hadde vært med å innføre EDS på sine sengeposter og at de fortsatt var opptatt av temaet/arbeidet med det til daglig.

I tillegg til de ovennevnte intervjuene gjennomførte vi også et temamøte med juristen i SØ og pasientombudet på Ahus (tidligere jurist i Helsetilsynet i Østfold), hvor temaet var kvalitet på og juridiske aspekter ved sykepleiedokumentasjon. Vi intervjuet også personell i Klinisk IKT-senter som arbeider med forvaltning av EDS. I tillegg til intervjuer vi har foretatt selv, har vi også valgt å benytte data fra intervjuer foretatt rett i etterkant av EDS-prosjektets slutt, høsten 2010. Her ble sju seksjonsledere og sju ressurspersoner intervjuet. Også her var foredelingen 60/40 mellom somatikk og psykisk helsevern.

Hva vårt datamateriale angår er det særlig ett forhold som kan tenkes å svekke datas troverdighet. Til fokusgruppeintervjuet i 2012 kom bare seks sykepleiere selv om ni hadde bekreftet deltagelse. Av disse var fem fra somatikk og bare en fra psykisk helsevern. Dette kan gi et skjevt bilde av resultatene. Imidlertid opplever vi at dette oppveies noe ved at seksjonslederne i psykisk helsevern hadde stor nærhet til hvordan bruken av EDS var i postene. At vi ikke intervjuet avdelingssjefer kan også føre til mangler i datagrunnlaget, men vi opplever at informasjon fra seksjonsledere og klinikkdirektører reduserer denne mangelen.

De intervjuede seksjonslederne ble valgt ut fra ulike avdelinger i sykehuset, innenfor både somatikk og psykisk helsevern, og vi mener dette bidrar til å gi en god nok indikasjon på helhetsbildet. Vi vurderer det slik at åtte seksjonsledere fra ulike seksjoner i sykehuset utgjør et representativt utvalg. De samme prinsippene ble fulgt ved utvelgelsen av sykepleiere til fokusgruppeintervjuet, og her ble det i tillegg valgt ut personer som var utpekt som ressurspersoner innen EDS. Antallet her var, som tidligere beskrevet, mindre enn forutsatt, og dette kan redusere validiteten noe. Primært ønsket vi å intervju seksjonsledere som hadde vært ledere også under innføringen av EDS. Dette for å få frem om de opplevde forskjell etter innføring av elektroniske rapporter og ledelsesoppfølging. Imidlertid var det vanskelig å finne tilstrekkelig antall seksjonsledere i SØ med den erfaringen. Dette kan til en viss grad svekke dataenes kvalitet, da seksjonslederne ikke hadde tilstrekkelig sammenligningsgrunnlag ved at bare fire av åtte hadde denne erfaringen. Vi mener imidlertid at noe av dette oppveies ved at

vi har intervjuet personell fra Klinisk IKT som har vært med i prosessen helt fra starten i 2006, i tillegg til det faktum at vi intervjuet tidligere jurist i Helsetilsynet som har hatt mange tilsynssaker fra SØ, og har fulgt utviklingen på dokumentasjonen. Alle de tre klinikkdirektørene hadde også erfaring fra innføringen.

4.5 Data hentet fra pasientjournaler

I vår undersøkelse har vi benyttet autentiske journaldata fra pasientjournaler i Sykehuset Østfold. Dataene er ikke knyttet til enkeltpasienter, da pasientenes identitet ikke har vært relevant for problemstillingen. Dataene er hentet ut for å kunne beskrive og måle kvaliteten på dokumentasjonen til ulike tidspunkt, og dermed synliggjøre utvikling og trender.

Vi har hentet data fra pasientjournaler i SØ på tre måter. Den ene er at vi har hentet data ved hjelp av elektroniske rapporter som presenterer kvantitative tall på ulike kvalitetsindikatorer. Den andre er ved å gjennomføre en kvalitetsundersøkelse (journalgransking) på dokumentasjonen, Den tredje er ved å gå gjennom resultater fra den interne kvalitetskontrollen av dokumentasjonen som gjennomføres kontinuerlig i SØ. Det var viktig for oss å samle data fra flere ulike innfallsvinkler for å få et så riktig bilde av kvaliteten som mulig. Vår opplevelse er at de ulike metodene har gitt data fra ulike vinkler og dermed utfyller hverandre: Kvalitetsindikatormålingene gir kvantitative tall på om ulike formalkrav er fulgt, mens kvalitetsundersøkelsen og journalgranskingen gir et tydeligere bilde av selve kvaliteten på dokumentasjonen.

4.5.1 Elektroniske rapporter

Som nevnt tidligere har vi, sammen med flere andre i HSØ, vært med på å utvikle både kvalitetsindikatorer for måling av kvalitet på sykepleiedokumentasjon, og de elektroniske rapporter i DIPS som presenterer disse tallene. I SØ er det vedtatt måltall for disse indikatorene og rapportene tas ut kvartalsvis og distribueres i linjen. I tabellen nr. 3 vises hvilke kvalitetsindikatorer vi har målt på samt hvilke mål SØ har for indikatorene. Indikatorene er typiske prosessindikatorer: De beskriver konkrete aktiviteter som pleiere skal gjennomføre i dokumentasjonsprosessen, og handlingene er nedfelt i prosedyre for EDS.

Hva som måles (beskrivelse av kvalitetsindikatoren)	Kvalitetsindikator - forventede resultater	Hvor ofte det måles	Ansvarlig for gjennomføring av måling	Ansvar for oppfølging av resultater
Andel pasienter med påbegynt kartleggingsnotat innen 24 timer, inn til post Rapport nr:1003223	95%	Hver 4.md.	Klinisk IKT-senter	<ul style="list-style-type: none"> ○ Seksjonsleder tar resultatene inn i LGG ○ Linjeledelsen
Andel pasienter med behandlingsplan opprettet innen 24 timer, inn til post Rapport nr:1003221	95%	Hver 4.md.	Klinisk IKT-senter	<ul style="list-style-type: none"> ○ Seksjonsleder tar resultatene inn i LGG ○ Linjeledelsen
Andel NANDA-diagn. med indiv. komment. Rapport nr:1003361	80 %	Hver 4.md.	Klinisk IKT-senter	<ul style="list-style-type: none"> ○ Seksjonsleder tar resultatene inn i LGG ○ Linjeledelsen
Oppdatering av behandlingsplan (Prosentandel av opprettede notater hvor det er gjort endringer i Behandlingsplan) Rapport nr:1003363	<ul style="list-style-type: none"> * For poster med gj.snitt liggetid mindre enn 6 dager 50% * For poster med gj.snitt liggetid lenger enn 6 dager 25% 	Hver 4.md.	Klinisk IKT-senter	<ul style="list-style-type: none"> ○ Seksjonsleder tar resultatene inn i LGG ○ Linjeledelsen

Tabell nr.3

I vår studie er data fra de elektroniske rapportene hentet ut på samtlige av sykehusets poster som har innført EDS ved tre ulike tidspunkt: Rett før og rett etter innføring av kvalitetsindikatorer og ledelsesoppfølging og i siste tertial 2011.

4.5.2 Kvalitetsundersøkelse

Kvalitetsundersøkelsen av dokumentasjon av sykepleie ble gjennomført i løpet av 2011, og er delt i tre deler. Metodikken og spørsmålene i kvalitetsundersøkelsen er utarbeidet etter modell fra Sykehuset Innlandet. Opprinnelig var planen å involvere en person fra klinikken med gode kunnskaper om EDS, og som ikke hadde jobbet i prosjektet under innføringen, til å gjennomføre kvalitetsmålingen. Sykehuset Innlandet hadde utdannet egne interne revisorer som de benyttet seg av da de gjennomførte sin kvalitetsundersøkelse. Det viste seg imidlertid vanskelig å frigjøre klinikere til dette arbeidet. Etter interne diskusjoner og drøfting med Sykehuset Innlandet om deres erfaringer med gjennomføringen, ble det bestemt at to

representanter fra Klinisk IKT-senter skulle foreta undersøkelsen i Sykehuset Østfold. Vi valgte altså å ikke gjennomføre denne delen av datainnsamling selv. Dette fordi undersøkelsene har et subjektivt preg, noe som gjorde at vi mente at både og reliabilitet og validitet kunne bli svekket om vi gjennomførte den selv. Vi ønsket med andre ord å unngå de problemer som følger av at man har en interesse i å tolke svarene i en bestemt retning. For ikke å skape avstand til dataene fant vi det likevel riktig å være med på å utforme spørsmålene og delta i diskusjoner om hva som var den beste og mest hensiktsmessige måte å presentere resultatene.

Kriterier for inkludering for poster var at de skulle ha relativt lang erfaring med bruk av EDS samt at de skulle ha innført EDS før innføring av kvalitetsindikatorer og etablering av sentralisert forvaltningsfunksjon. Derfor ble utvalget til undersøkelsen poster som hadde oppstart av EDS i perioden fra 01.01.2007 til 30.06.2008. Til sammen utgjorde dette 18 poster, hvor ti var somatiske og åtte var fra psykisk helsevern. Selve kvalitetsundersøkelsen ble gjennomført ved syv poster (fire somatiske og tre psykiatriske), og postene ble plukket ut via tilfeldig utvalg. Totalt 15 journaler per post ble gjennomgått, datert i tre ulike tidsperioder. Ved at syv poster var inkludert, resulterte dette i gjennomgang av 105 journaler. Først ble journaler fra før innføring av EDS undersøkt (papirversjon av dokumentasjonen). Deretter undersøkte man journaler som var datert noen måneder etter innføring av EDS, men før innføring av kvalitetsindikatorer, journalgransking og ledelsesoppfølging. Til sist undersøkte man journaler datert etter 2010 (det vil si etter innføring av ledelsesoppfølging, kvalitetsindikatormålinger og opprettelse av forvaltningsfunksjon).

Før selve undersøkelsen ble gjennomført gikk de to hver for seg gjennom tre ”testpasienter” for så å sammenligne resultatene. Konklusjonen var at man i stor grad var samstemte i vurderingene. Dette gjenspeilet seg også i gjennomgangen av reelle pasienter i selve undersøkelsen, ved at det var stor grad av enighet i vurderingene. De gangene det fantes tilløp til uenighet drøftet man seg frem til enighet. Ved gjennomgang av journalene satt de to alltid sammen og leste høyt gjennom hver journal, og vurderingene ble nedtegnet fortløpende i utarbeidet spørsmålsskjema. Kvalitets- og forskningsavdelingen ved SØ ga bistand til den grafiske fremstillingen av resultatene.

Spørsmålene i undersøkelsen (vedlegg 2) hadde hovedvekt på to av tilnærmingene ved journalgransking (jmf. punkt 3.3.2), og det var gransking av formelle aspekter og gransking av prosesskomplethet. Gjennom ulike spørsmål og undersøkelser søkte man særlig svar på tre

ting/områder: Det første var formelle og juridiske krav, det andre var om pasientene hadde behandlingsplan og om denne ble brukt, og det tredje var om tiltak var iverksatt og evaluert. Man undersøkte prosesskompletthet i forhold til om de ulike fasene i sykepleieprosessen var fulgt, og om det var logiske sammenhenger og fullstendighet i dokumentasjonen.

Journalgranskningen som ble gjennomført sier ingen ting om grad av samsvar mellom dokumentert helsehjelp og anbefalt kunnskapsbasert praksis, eller om det er samsvar mellom dokumentert helsehjelp og pasientens reelle behov for helsehjelp. Vi opplever allikevel at undersøkelsen har vært et godt verktøy for å måle kvaliteten på dokumentasjonen i SØ.

4.5.3 Intern kvalitetskontroll

Sykehusledermøte vedtok i møte 16. november 2010 at det skulle igangsettes systematisk oppfølging av EDS i hver enkelte post i SØ. Oppfølgingen skulle foretas av Klinisk IKT-senter. Som følge av dette innkaller Klinisk IKT-senter seksjonsledere og ressursperson på EDS i hver enkelt post til et møte en gang i året med agenda EDS i posten.

Før møtet gjennomfører personell ved Klinisk IKT en kvalitetskontroll av dokumentasjonen basert på kriterier vist i tabell nr. 4. (tabellen vises på neste side). Det kartlegges også hvilke veiledende planer posten har utarbeidet, og i møtet legges planer for revidering av disse. Kvalitetskontrollen gjennomføres på de tre første pasienter i sengepostlista som har vært inneliggende i mer enn tre døgn. Det måles på de siste tre døgnene. Som det fremgår av tabellen er tilnærmingen til denne journalgranskningen også preget av granskning av formelle aspekter og prosesskompletthet.

Hva som måles (kvalitetsparametre)	Hvordan måle	Mål / Avvik fra forventet resultat	Hensikt
Antall dokumenter av typen Notat/Evaluering per døgn	Tell antall Notat/Evaluering delt på antall døgn	Fra 2–4 notat/per døgn	Registrere om personalet har klart å endre gamle rutiner med å skrive rapport på alle vakter. Dersom man har fulgt behandlingsplanen og det ikke er noe nødvendig og relevant å tilføye, skal det i følge Overordnet prosedyre ikke opprettes nytt notat.
Antall diagnoser/ problemstillinger i dokumenter av typen Notat/Evaluering som ikke står i BP	Tell antall problemstillinger beskrevet i Notat/Eval som ikke er beskrevet i BP	Mål: 0 Få avvik 0 - 1 Mange 2 - 4 Svært mange >4	Måle om BP aktivt benyttes til å dokumentere sykepleieproblem i tråd med overordnet prosedyre eller om dette dokumenteres i Notat/Evaluering, noe som ikke er ønskelig.
Antall tiltak/forordninger i dokumenter av typen Notat/Evaluering som ikke står i BP	Tell antall tiltak og forordninger beskrevet i Notat/Evaluering som ikke er beskrevet i BP	Mål: 0 Få avvik 0 - 1 Mange 2 - 4 Svært mange >4	Måle om BP aktivt benyttes til å dokumentere sykepleietiltak med forordninger, i tråd med overordnet prosedyre eller om dette dokumenteres i de daglige notatene, noe som ikke er ønskelig.
Antall kurve-opplysninger som står unødvendig gjentatt i Notat/Evaluering-dokumenter	Tell antall kurve-opplysninger som står unødvendig gjentatt	Mål: 0 Få avvik 0 - 1 Mange 2 - 4 Svært mange >4	Se om personalet klarer å nå målet med reduksjon av dobbeltføringer, jfr Overordnet prosedyre.
Antall unødvendige opplysninger og gjentakelser, som ikke er definert som problem i BP som står i Notat/Evaluering-dokumenter	Tell antall unødvendige opplysninger og gjentakelser i Notat/Evaluering	Mål: 0 Få avvik 0 - 1 Mange 2 - 4 Svært mange >4	Se om personalet klarer å nå målet med reduksjon av dobbeltføringer, samt å dokumentere kun nødvendig og relevante opplysninger, jfr overordnet prosedyre.
Fritekst sykepleiediagnoser	Rapport D3005	Mål: 0-2 Få avvik 3 - 4 Mange 5 - 6 Svært mange >6	Måle i hvor stor grad pleiepersonalet ikke benytter klassifikasjonssystemene NANDA, jfr. Overordnet prosedyre.
Fritekst sykepleietiltak	Rapport D-3007	Mål: 0-1 Få avvik 2 - 3 Mange 45 Svært mange >5	Måle i hvor stor grad pleiepersonalet ikke benytter klassifikasjonssystemene NIC, jfr. Overordnet prosedyre.

Sammen med kvalitetsindikatormålingene danner denne interne kvalitetskontrollen utgangspunkt for møtet med leder og EDS ressursperson i den aktuelle post. Tallene fra kvalitetsindikatormålingene rapporteres i LGG (ledelsens gjennomgang i SØ). I møtet presenteres resultatene og generelt inntrykk av status på EDS i posten, og leder og EDS ressursperson kommer med sine vurderinger. Klinisk IKT-senter utarbeider forslag til oppfølgingsplan etter møtet, og denne oversendes til seksjonsleder. Leder har ansvar for å ferdigstille planen med datoer for når ting skal være gjennomført og hvem som er ansvarlig for gjennomføringen. Leder har ansvar for at oppfølgingsplanen gjennomføres, og planen er utgangspunkt for videre oppfølging og neste års kvalitetsmåling.

Vi har benyttet data, med tilhørende oppfølgingsplaner, fra disse undersøkelsene i vår studie. Vi opplever at det har vært med på å komplimentere vår forståelse av nivået på kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen. Dette er sekundærdata, noe som innebærer at det er samlet inn av andre enn oss og med andre intensjoner enn vi har hatt (Jacobsen 2005:137). Vi opplever likevel at det er en fordel også å ha med sekundærdata i vår undersøkelse, da disse kan brukes til å kontrollere våre funn og eventuelt styrke de resultatene vi kommer frem til.

4.6 Intervju

Isolert sett sier ikke dataene i kvalitetsundersøkelsene alene noe om hvordan aktørene har involvert seg, og hvilken grad av deltakelse som har funnet sted. Dataene gir heller ikke tilstrekkelig informasjon når det kommer til problemdefinering, løsningsforslag og situasjonsoppfatning. Vi har derfor foretatt dybdeintervju med sentrale personer i prosessen for å få belyst dette. Dette er også positivt med hensyn til reliabilitet og validitet, ettersom den innhentede informasjonen da kommer fra mer enn kun én kilde.

Kvalitativ metode har til hensikt å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Den kvalitative tilnærming går i dybden og har som formål å få frem sammenheng og helhet. Den tar sikte på å formidle hvordan mennesker fortolker og forstår en gitt situasjon (Helseth, 2009, Jacobsen 2005:124-138). De kvalitative metodene kjennetegnes ved at undersøkelsene er basert på en intervjuguide, det vil si en oversikt over de problemområder som skal avdekkes, og ikke et tradisjonelt spørreskjema som benyttes ved de kvantitative metodene. Vi utformet en felles intervjuguide (vedlegg 3) med oversikt over de områdene vi ville undersøke og som vi benyttet ved alle intervjuene våre. Intervjuguiden er basert på de områdene og spørsmålene som ble benyttet til intervjuene ved prosjektslutt, men modifisert

noe slik at de vinkles mer inn mot vår hypoteser, forskningsspørsmål og teoretiske innfallsvinkler. Vi opplever at denne tilnærmingen gjorde at vi fanget opp meninger og opplevelser som vi ikke fikk gjennom kvalitetsindikatorerne og kvalitetsundersøkelsene, ved at intervjuobjektene fikk gå i dybden og beskrive sin opplevelse av situasjonen. Dette understøttes av Helseth (2009) som sier at kvalitative metoder søker kunnskap om menneskers erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, holdninger og livsverden. De er mer opptatt av å forstå menneskers handlinger og adferd enn å forklare dem, og de har stor fleksibilitet. Vanlige metodiske tilnærminger er intervjuer, intervjuguide, observasjoner og observasjon/feltarbeid (op.cit) .

Jacobsen (2005:124-138) sier at kvalitativt intervju er en åpen metode der man forsøker å legge så få føringer som mulig på den informasjonen som skal samles inn. Først etter at informasjonen er samlet inn, blir den strukturert og delt opp i variabler som blir forbundet med hverandre. Metoden er ofte velegnet til å avklare et uavklart tema nærmere og til å få fram en nyansert beskrivelse av temaet. Fordeler med kvalitativ tilnærming kan være at det legger få begrensninger på de svar en respondent kan gi. Kvalitativ metode vektlegger detaljer, nyanserikdom og det unike ved hver enkelt respondent. Åpenhet kan være et sentralt stikkord for denne tilnærmingen (op.cit). Vi valgte som tidligere nevnt åpne spørsmål i våre intervjuer og ønsket en form for samtale med intervjuobjektene fremfor mange direkte og konkrete spørsmål. Dette var et bevisst valg for å ikke legge føringer på svarene til respondentene. Vi opplevde dette som en god tilnærming og at det gjorde intervjuobjektene komfortable i situasjonen. Denne tilnærmingen ga oss nyanser i svarene til respondentene som vi ikke hadde fått ved for eksempel kvantitative spørreskjema.

I vår studie gjennomførte vi semistrukturerte intervju med bruk av intervjuguide. Alle intervjuobjektene hadde fått tilsendt informasjon på forhånd, men vi innledet alltid intervjuene med en liten introduksjon til tema og hvorfor vi ville intervju dem. Den en av oss førte ordet i intervjuet mens den andre stilte oppklarings spørsmål der det var aktuelt. Intervjuene ved prosjektets slutt i 2010 ble foretatt av de samme personene som i dag ivaretar funksjonen for oppfølging av EDS i Klinisk IKT-senter. Disse intervjuene ble gjennomført som individuelle intervjuer med én spørsmålsstiller og en respondent.

Ulempene med denne metoden var for oss at den var ressurskrevende, og dataene som ble samlet inn var relativt ustrukturerte og komplekse, og det krevdes derfor mye bearbeiding for

å sammenstille svarene. Jacobsen (2005:124-138) sier at slik metode også kan medføre problemer med representativiteten til de som spørres og det vil kunne oppstå generaliseringsproblemer. Han sier videre at det kan være en ulempe å komme for ”nært” på de som undersøkes og at forskerne dermed kan bli mindre kritiske. Flexibiliteten kan også være et problem da det stadig dukker opp ny informasjon og det oppstår problemer med å avslutte undersøkelsen (op.cit). Som nevnt innledningsvis i kapitlet opplever vi at representativiteten var bra i forhold til sykehusets struktur, men om vi hadde hatt flere respondenter hadde selvfølgelig svarene hatt enda høyere validitet. Dette med utfordringer rundt nærhet tar vi for oss i punkt 4.2.

Fokusgruppeintervjuet hadde som hensikt å kartlegge erfaringene med oppfølging av EDS hos ressurspersoner i ulike sengesengeposter i sykehuset. En stor fordel med fokusgruppeintervju som metode er at den gir rom for gruppedynamikk. Deltakerne kan spille på hverandre, og dermed utvikles informasjon som normalt ikke ville kommet frem i intervjuer med enkeltpersoner. Fokusgruppeintervjuer er en ressursbesparende metode for å samle data fra flere personer (Tidsskriftet Sykepleien Forskning, nr.03, 2008). Vi valgte at en av oss var møteleder mens den andre stilte oppklarende spørsmål underveis. De fleste av deltagerne i intervjuet var aktive og bidro til å gi oss innsikt og forståelse av virkeligheten. Som nevnt tidligere hadde vi her en utfordring i forhold til representativiteten, ved at det bare var en respondent fra psykisk helsevern. Det fremkom kritikk i intervjuet og vi tolker dette til å styrke påliteligheten til datamaterialet. Spørsmålene i fokusgruppeintervjuet var ikke helt identiske med spørsmålene i de individuelle intervjuene, noe som kan medføre risiko for ikke å kunne sammenligne resultatene på en god måte. Men fokusområdene var identiske, derfor mener vi at reliabiliteten i sammenligningen av svarene likevel er god.

Fokusgruppeintervju ble også vurdert når vi skulle intervju seksjonslederne. Vi konkluderte med at risikoen for at svarene fra de ulike ledere kunne bli farget av en ”konkurranses” over bordet om hvem som har de beste resultatene, eller at man ikke ønsker å synliggjøre manglende oppfølging, var stor. Man kan i en slik type intervju risikere svar som er farget i lys av dette, og særlig mellom ledere som har ansvar for resultatene. Derfor ble metoden med kvalitativt intervju med én og én seksjonsleder vurdert som mest hensiktsmessig.

Det intervjuet som ble gjennomført med de to representantene fra Klinisk IKT-senter ble gjennomført på samme måte som intervjuet med seksjonslederne, bortsett fra at de to satt

sammen og ble intervjuet samtidig da de selv ønsket dette. Dette ga en god dialog i intervjuet, men utfordringen lå i at vi kjente respondentene godt og derfor måtte stille litt flere oppklarings spørsmål for ikke å tolke svarene for mye.

De individuelle intervjuene ble gjennomført av samme person, mens den andre stilte oppklarende spørsmål underveis der det var nødvendig. Det at samme person stilte spørsmålene øker nøyaktigheten, samtidig som det kan bidra til systematiske feil. Vurderingen er at vi hadde såpass god tid i intervjuene, at det ble tid til å nedtegne svarene på en fyldig måte slik at de viktige poengene og sitatene kom med. Undersøkelsen er gjennomført i egen organisasjon, noe som kan føre til subjektive feiltolkninger. Vi forsøkte å være bevisst på dette og søkte å unngå å styre svarene eller tolke de i en bestemt retning

Både ved fokusgruppeintervjuet og de individuelle intervjuene ble det rettet en formell forespørsel i linjen til de aktuelle postene. Til fokusgruppeintervjuet ble sykepleierne innkalt via mail, hvor det var satt opp fast møtested og dato. I de individuelle intervjuene ble tidspunkt avtalt med den enkelte gjennom mail og telefon. Alle ble gjort kjent med hensikten med undersøkelsen og de konkrete spørsmålene på forhånd, slik at de kunne møte forberedt til intervjuet eller stille spørsmål på forhånd om noe framsto som uklart. Ingen benyttet seg av denne muligheten. Alle hadde ryddet tid til intervjuet og det var få avbrytelser underveis. De fikk forklart hensikt og metode og det ble gitt beskjed om at dette var frivillig og anonymt. Intervjuene ble gjennomført med utgangspunkt i spørsmålene de på forhånd hadde mottatt, men ble supplert med tilleggsspørsmål ved behov for utdyping eller nærmere avklaring. Vårt inntrykk er at disse intervjuene i all hovedsak ble gjennomført på en strukturert måte og at svarene samsvarte med hensikten for intervjuene.

4.7 Hypoteser og forsknings spørsmål

Å formulere en hypotese er i følge Jakobsen (2006, s. 68-79) å sette fram en påstand om hva man kommer til å finne - en formening, ren spekulasjon, en slags magefølelse, eventuelt en mer systematisert kunnskap basert på hva som kommer fram i andre undersøkelser. Det er en påstand om hvordan verden ser ut, som kan undersøkes empirisk og som er mulig å falsifisere (motbevise vitenskapelig). Gjennom arbeid med teori og analyse undersøkes det så om påstanden er sann eller ikke, det vil si at påstanden testes. Våre hypoteser og forsknings spørsmål søker å belyse og ”bryte ned” problemstillingen slik at vi kan bli i stand til å svare på problemstillingen.

4.7.1 Hypotese 1

Innføring av EDS har ført til økt kvalitet på dokumentasjonen

En viktig indikator for økt kvalitet på dokumentasjonen er oppfyllelse av formelle lovkrav. Tidligere studier har vist at dette ikke har vært tilfelle ved papirbasert dokumentasjon, noe vi nå antar har endret seg til det bedre i stor grad. Vår antagelse er også at oppfyllelse av en del av lovkravene i mindre grad er avhengig av ledelsesoppfølging, men mer av elektroniske løsninger i den elektroniske pasientjournalen. Slike typer krav vil være relativt enkelt å undersøke. Derimot er kravene om ”relevante og nødvendige” opplysninger i pasientjournalen mer krevende å undersøke, og i tillegg er vår antagelse at oppfyllelse av disse kravene i stor grad er avhengig av rutineendringer og ledelsesoppfølging. Vår antagelse er at dersom man har god kvalitet på journaldokumentasjonen får man bedre pasientbehandling på sikt.

Forskningsspørsmål:

- Videreføres og opprettholdes gamle dokumentasjonsrutiner basert på papirsystem i elektroniske løsninger?
- Følges prosedyren i SØ for EDS:
 - Opprettes kartleggingsnotat inne 24 timer?
 - Opprettes Behandlingsplan inne 24 timer?
 - Benyttes Behandlingsplan som hovedverktøy for dokumentasjon?
 - Inneholder dokumentasjonen mindre fritekst?
 - Inneholder dokumentasjonen i større grad enn tidligere relevante og nødvendige opplysninger?
- Bidrar EDS til en mer effektiv dokumentasjonsprosess?
- Kan økt kvalitet på dokumentasjonen ha betydning for kvaliteten på pleien til den enkelt pasient?

4.7.2 Hypotese 2

Ledelsesoppfølging, kvalitetsindikatormålinger og journalgransking har stor betydning for å nå målet om økt kvalitet på dokumentasjonen.

I begrepet ledelsesoppfølging legger vi at ledere i linjen etterspør resultater vedrørende EDS og at seksjonsledere tilrettelegger/sørger for oppfølging og videreutvikling av EDS i posten.

Hypotesen baserer vi på en magefølelse etter flere års erfaring med innføring og oppfølging av EDS og interne undersøkelser om emnet. Samtidig baserer vi påstanden på det som kommer fram i andre undersøkelser, for eksempel hovedfagoppgaven *Kvalitetssikring av sykepleiedokumentasjonen* (Børmark, 2002). Hun viser til at bruken av indikatorer i et internkontrollsystem avdekker svakheter og styrker ved dokumentasjonen. På denne måten er dette et godt ledelsesverktøy for å kvalitetssikre sykepleiedokumentasjon og å avdekke områder for oppfølging og utvikling, hevder hun.

Hypotesen er en påstand om at det ikke er nok å kun innføre et nytt IKT-system for å høyne kvaliteten på dokumentasjonen, til tross for at selve innføringen framstår som vellykket. Utvikling av ledelsesverktøy og rapportering på resultater over tid er nødvendige, komplementære virkemidler for å sikre ledelsesoppfølging.

I ”Riksrevisjonens undersøkelse om IKT i sykehus og elektronisk samhandling i helsetjenesten” (2007-2008) poengteres viktigheten av å være oppmerksom på at gevinster av IKT ofte kommer lenge etter investeringene, og at arbeidet med gevinstrealisering derfor må følges opp over tid. SØ må med andre være innforstått med, og innstilt på, at det må utvises tålmodighet og jobbes systematisk over tid for at det forventede gevinstuttaket etter innføring av EDS skal realiseres.

Vår antagelse er at det er viktig med kvalitetsindikatorer og journalgransking som måleparametre på kvalitet, da disse presenterer tall som i utgangspunktet er enkle å forstå for ledere og andre. Disse tallene forblir dog bare tall om ledere ikke følger opp resultatene med konkrete tiltak og er tydelige ovenfor de ansatte om hvordan ting skal gjøres. Vi tror kvalitet på dokumentasjonen sikres i større grad ved at ledere etterspør ledere og at resultatene må forsvares kontinuerlig i lederdialogen på lik linje med for eksempel økonomi og sykefravær.

Forskningsspørsmål:

- I hvilken grad har lederinvolvering og relevante verktøy betydning for resultatene?
- Er krav til rapportering på indikatorer viktigere for å nå mål om kvalitetsheving enn selve indikatorene?
- I hvilken grad prioriterer ledere i SØ oppfølging av EDS?
- Hva mener ledere og brukere av systemet i SØ må til for å nå mål om økt kvalitet på dokumentasjonen?

4.7.3 Hypotese 3

En sentralisert forvaltningsfunksjon har stor betydning for målet om økt kvalitet på dokumentasjonen.

Med begrepet forvaltningsfunksjon mener vi en enhet i stab som bidrar til å understøtte klinikken i optimalisering av EDS, slik at mål om økt kvalitet på sykepleiedokumentasjonen nås.

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst skriver i sin rapport ”Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative systemet og melde- og avvikssystemet”(2011):

”Videre anbefales det en enhet i staben får et tydelig ansvar i forhold til ”controlling” innenfor foretakets kjerneoppgaver (pasientbehandling m.v.). I dette ligger oppgaver med å planlegge å iverksette konkrete kontrollaktiviteter basert på risiko og vesentlighet for å fange opp, behandle og sørge for at feil, mangler og styringssvikt i linjen, både meldes og korrigeres”.

Selv om denne anbefalingen, som tidligere nevnt, primært gjelder det pasientadministrative systemet, er vår oppfatning og erfaring at det er like viktig knyttet til kontroll av kvalitet på dokumentasjonen i pasientens journal. En slik kontroll-/forvaltningsenhet sørger for å følge opp og koordinere all aktivitet (herunder optimalisering av bruk) og rapportering knyttet til arbeid med EDS. Enheten vil drive det kontinuerlige kvalitetsarbeidet med dokumentasjonen.

Forskningsspørsmål:

- I hvilken grad sørger en forvaltningsenhet for kontinuitet i kvalitetsarbeidet med dokumentasjon?
- Opplevs en slik enhet som nyttig for ledere og brukere av systemet, og i så fall hvorfor?

5 ANALYSE

I dette analysekapittelet analyserer vi data opp mot teori beskrevet tidligere i oppgaven. Kapittelet er inndelt etter de fem aspektene ved sykepleiedokumentasjon som vi beskrev i punkt 3.3. Analysen er baseres på empiri hentet fra intervjuer foretatt av ulike personellgrupper i sykehuset, og resultatene fra kvalitetsindikatormålingene og kvalitetsundersøkelsene (jamfør kapittel 4). I drøftingen trekker vi også veksler på egne og andres erfaringer og bringer inn teoretiske preg fra annen litteratur der dette er naturlig. Enkelte steder trekker vi også inn vedtak som er gjort i SØ vedrørende oppfølging av EDS og den risikovurdering som ble gjennomført i prosjektperioden.

I arbeidet med analysen har vi særlig forsøkt å gjøre tre ting. Det ene har vært å finne utsagn som representerer intervjupersonenes oppfatninger om oppfølging og bruk av EDS i Sykehuset Østfold. Det andre har vært å finne utsagn som sier noe om kvalitetsøkning av sykepleiedokumentasjonen. Utsagnene betraktes som viktige funn og tolkes i lys av oppgavens teori og empiri. Det tredje var å tolke og drøfte resultatene fra journalgranskingen og kvalitetsindikatormålingene. Vi forsøker med andre ord å finne holdepunkter for å kunne trekke slutninger i forhold til oppgavens sentrale problemstilling. Analysekapittelet avsluttes med at vi oppsummerer våre funn i et instrumentelt og et kulturelt perspektiv.

5.1 Mål for dokumentasjon av sykepleie ved Sykehuset Østfold

Som beskrevet i punkt 3.3.1 hadde sykehuset flere konkrete mål med innføringen av EDS. Den ønskede tilstanden består av sykepleiedokumentasjon utført med god kvalitet, i tillegg til krav om ressurseffektivisering knyttet til tid og stillinger (ressursaspektet ble som tidligere beskrevet gjennom prosjektperioden tonet noe ned). I sum skal dette komme pasienten til gode. Vi starter med å drøfte funnene vedrørende selve målsettingen, deretter analyserer vi det vi har funnet om ressurseffektivisering. Funnene vedrørende ressurseffektivisering er delt i to deler hvor den første delen tar for seg tidsbruk i selve dokumentasjonsprosessen, mens den andre delen tar for seg tidsbruk relatert til rapportering. Funnene vedrørende kvalitet, som er hovedmålet, drøftes i punkt 5.2.

5.1.1 Funn vedrørende målsetting

Både før og under innføring var det en rekke vedtak i ulike sykehusledermøter (SLM) som omhandlet formelle forhold ved bruk og oppfølgingen av EDS. Som beskrevet i punkt 3.3.1

ble det i 2008 vedtatt en sykehusovergripende prosedyre som omhandler hvordan dokumentasjon av sykepleie skal utføres, og i juni 2010 ble gevinstrealiseringsplanen for oppfølging av EDS vedtatt. Ut fra et instrumentelt perspektiv skal man kunne forutsette at de ansatte var kjent med kvalitetsmålene for innføring, og at sykepleietjenesten dokumenterer etter de føringer og krav som er definert av sykehuset og beskrevet i lovverk.

Et av temaene i våre intervjuer var derfor hvilke mål sykehuset hadde for innføring av EDS. Intervjupersonene ble bedt om å beskrive mål med EDS og hvilket forhold de hadde til disse. I tillegg spurte vi om de hadde kjennskap til prosedyren for EDS og innholdet i denne. Det instrumentelle perspektivet forutsetter at alle involverte er inneforstått med mål og virkemidler når dette er kommunisert til de det gjelder.

Samtlige respondenter fremhevet kvalitetsøkning på dokumentasjonen som det viktigste målet med innføringen av EDS. *"Et av målene med EDS er at det skal gi en sikrere og tryggere dokumentasjon"* og lignende utsagn, gikk igjen i intervjuene. Klinikkdirktørene var tydelige på at EDS skal være et system som er mer presist og har en bedre struktur enn tidligere dokumentasjon. De påpekte også *"gratisgevinster"* som mer tilgjengelig og forståelig informasjon. Tre av seksjonslederne trakk også frem dette. I elektroniske systemer kan alle som skal ha det få tilgang til relevant og nødvendig informasjon, samtidig som man slipper problematikk med uleselig håndskrift. Dette ble støttet av sykepleierne i fokusgruppeintervjuet som poengterte at tilgjengeligheten til journalen i seg selv er med på å øke pasientsikkerheten. De framholdt at *"det er bra at papiret er vekk"*. En av seksjonslederne sa følgende: *"Jeg tror at EDS er et verktøy som bidrar til å effektivisere sykepleien, man får rask oversikt og vet hva man skal. Fortsatt er det slik at mange bruker tiden på "for mye rundt", EDS kan hjelpe til å spisse målrettethet i sykepleie"*. Flere av seksjonslederne påpekte at god dokumentasjon er viktig for riktig og god pasientbehandling, og som en av dem sa: *"EDS skal kvalitetssikre og gjøre behandlingen bedre ved å være tydeligere på problemer og tiltak"*.

Det ble gjennomgående referert til lovverket og Helsepersonelloven som sier at journalen skal inneholde nødvendig og relevant informasjon, og at det er et mål å fylle de krav lovverket stiller. En av klinikkdirktørene poengterte at et viktig mål var å *"redusere prosa som det både var og er for mye av"*. Et annet mål som ble nevnt var at *"EDS skal gi bedre dokumentasjon i juridisk forstand, også i forhold til klagesaker"*. Vi ser i ettertid at vi kunne

spurt mer utdypende om hva som oppfattes som ”nødvendig og relevant” og hvordan pleierne blir veiledet i forhold til dette. Vår erfaring tilsier nemlig at dette er noe av det vanskeligste for mange når de skal dokumentere, og redselen for å dokumentere for lite gjør at man tar med informasjon som kanskje ikke er i kategorien ”nødvendig og relevant”. Jostein Vist, jurist i SØ trakk frem at det hver gang må være en vurdering av hva som anses som vesentlig i forhold til dokumentasjonen. Dette må veies opp mot alvorlighetsgrad og forsvarlighetsvurderinger gjort av den enkelte.

I møtet med juristen i SØ og pasientombudet på Ahus ble det også trukket frem at et av de viktigste målene med EDS er at alle ansatte er kjent med rutiner og prosedyrer og er i stand til å benytte EDS etter gjeldende retningslinjer. Dette ble sett på som svært vesentlig for å oppfylle lovkravene til dokumentasjonen. Det ble i denne samtalen også poengtert at det er et mål at alle ansatte må ”kjenne” journalen fordi den primært er et dokumentasjonsverktøy og ikke et kontroll og analyseverktøy for tilsynsmyndighetene.

Et annet viktig mål som ble fremhevet, spesielt av seksjonsledere og sykepleiere, er bruk av behandlingsplan som bærende element i dokumentasjonen. Det ble fremholdt at et avgjørende mål for å lykkes er en oppdatert og ”levende” behandlingsplan for pasienten, hvor fritekst reduseres og dobbeltføringer unngås. En av klinikkdirektørene var tydelig på at det er viktig å definere mål, problem og tiltak for hver pasient og mente at bruk av behandlingsplan legger til rette for dette.

Alle målene som er omtalt over er nedfelt i sykehusets prosedyre for EDS. På spørsmål om i hvilken grad respondentene kjente til prosedyren, var det kun to av seksjonslederne som sa de brukte den aktivt, mens fire sa at de var klar over at det fantes en prosedyre, men at de ikke kjente innholdet i denne. En av seksjonslederne uttrykte at hun ikke hadde tenkt tanken i det hele tatt på at det skulle finnes prosedyre for dette. Klinikkdirektørene var kjent med at det var en prosedyre, men de var ikke helt kjent med innholdet i den. De fleste deltagerne i fokusgruppeintervjuet var imidlertid ganske godt kjent med prosedyren. Dette kan til dels forklares med at flere av dem hadde vært med i arbeidsgruppene i postene når de innførte EDS, så dette funnet sier ikke nok i forhold til hvor stor kjennskap personalet på postene har til prosedyren. Imidlertid mener vi at selv om ikke prosedyren var så veldig godt kjent ”som formelt dokument”, så er det tydelig at mye av innholdet i den allikevel har ”spredt seg” i

organisasjonen, siden målene som ble fremhevet av intervjuobjektene er ganske samsvarende med målene i prosedyren.

5.1.2 Funn vedrørende ressurseffektivisering

Et mål, eller snarere en forventning, som spesielt klinikkdirektørene påpekte, er at EDS skal effektivisere tidsbruken. To av seksjonslederne var også tydelige på reduksjon av tidsbruk som mål. Samtlige respondenter kom inn på tidsbruk og effektivisering når det gjaldt erfaringer og forutsetninger, men ikke nødvendigvis som et eksplisitt mål i seg selv.

Tidsbruk i forhold til dokumentering

I løpet av prosjektperioden gjennomførte prosjektet mange tidsmålinger for å måle tid brukt til dokumentasjon. Til tross for at det ble samlet inn en betydelig mengde data, er vår vurdering at validiteten på disse tallene ikke er gode nok til å trekke konklusjoner i den ene eller andre retningen. Spørsmålene ble oppfattet ulikt hos de som besvarte ”førmålingene”, noe som kom fram da ettermålingene ble foretatt og man skulle analysere tallene. Det var ikke i stor nok grad konsistens i hva som ble målt og besvart i de ulike postene i før- og ettermålingene. I tillegg hadde pasientgrunnet og arbeidsoppgaver endret seg i en del av postene i perioden mellom de to målingene, noe som gjorde det ytterligere vanskelig å få sammenlignbare tall. Av denne årsak velger vi kun å forholde oss til dataene fra intervjuene når vi vurderer resultater knyttet til tidsbruk.

I intervjuene fra 2010 ble det stilt spørsmål om hvordan de opplevde bruk av tid til pasientdokumentasjon sammenlignet med da man dokumenterte på papir. Det ble presisert at kurvføring, meldeskjemaer og lignende ikke skulle telles med, kun skriftlig pasientdokumentasjon. Bildet som ble tegnet var noe varierende. Seks personer mente man brukte mye eller litt mer tid enn tidligere, fem mente det var uforandret mens to mente de brukte mye mindre eller mindre tid på dokumentasjon på det tidspunktet. Det som er litt interessant, er at de som opplyste at de brukte mer tid (med et unntak) ikke brukte pleieplaner på papir. De som opplyste at de brukte like lang tid framhevet at kvaliteten på dokumentasjonen var vesentlig bedre.

I intervjuene foretatt i 2012 er erfaringene vedrørende bruk av tid til dokumentasjon også noe sprikende, men noen fellestrekk fremkom. De fleste poengterte at tiden man nå bruker ”foran dataen” er til dels betydelig, og i mange tilfeller brukes det mer tid enn tidligere. En av

årsakene til dette ble oppgitt til å være at svært mange oppgaver nå ivaretas gjennom bruk av teknologi og PC. Et eksempel som ble nevnt er pleie- og omsorgsmeldinger til kommunene (PLO-meldinger), og et treffende utsagn fra fokusgruppeintervjuet var *"Mye tid er i dag bundet til PC, vi er mer kontorarbeidere!"*. En seksjonsleder sa at det at man sitter mer foran PCen i dag har sammenheng med at man tidligere ikke gjorde det man skulle i forhold til dokumentasjon. Man oppfylte ikke lovkrav, noe seksjonslederen hevdet blir gjort i dag. En sa også at det fortsatt brukes for lang tid på selve dokumentasjonen, og at noe av årsaken til dette er fortsatt for mange og lange rapporter. En annen seksjonsleder i somatikken mente at man ikke bruker mer tid på dokumentasjon enn tidligere, men at dette er vanskelig å vite eksakt da det nå (i forhold til før innføringen) er mer krevende pasienter hvor mer skal dokumenteres. Det ble vist til at pasientene nå har kortere liggetid og mer intensiv behandling. Personene i fokusgruppeintervjuet hadde også varierende oppfatning av om EDS er tidsbesparende eller ikke, men en av dem uttrykte det slik: *"Vi må tenke tid på en annen måte fordi ting nå er lettere tilgjengelig i hverdagen så dermed er det tidsbesparende, men selve dokumentasjonsprosessen tar ikke mindre tid"*.

Flere seksjonsledere meldte at overtid som følge av dokumentasjon nå er helt fraværende, til forskjell fra tidligere. Det ble poengtert at i den grad det forekommer overtid i etterkant av en vakt har dette andre årsaker enn at dokumentasjonen ikke er utført. Et poeng som en seksjonsleder trakk frem, er at det er individuelt i hvilken grad man har mer effektive dokumentasjonsrutiner. De som dokumenterer fortløpende gjennom vekten bruker gjennomgående mindre tid, mente denne seksjonslederen.

Det samtlige intervjupersoner var enige om, er at hvis systemet anvendes etter prosedyre, med behandlingsplan som det fremtredende elementet, er dette tidssparende for selve dokumentasjonsprosessen. Dette ble også poengtert av personene fra Klinisk IKT-senter, som hevdet at det er poster som ser denne tidsgevinsten som følge av god dokumentasjonspraksis.

En av klinikkdirektørene mente at det er ønskelig å kunne vise til at tidsbruken har blitt noe redusert, og at dette enten kan føre til reduksjon av stillinger, eller at tid frigis til pleie av pasienter. En annen klinikkdirektør hevdet at *"I en større sammenheng er det 'artig' å se at det ene systemet etter det andre innføres uten at det gir ressursmessige effekter"*.

Klinikkdirektøren poengterte at man uansett må ha et system for dokumentasjon og sa videre at: *"I prinsippet mener jeg at det er muligheter til å dokumentere mer effektivt i dette*

systemet, men det er for sammensatt til å kunne "måle ut" stillinger. Det er andre områder som det er mer sannsynlig med besparelser, for eksempel rapport situasjonen. Skal man kunne ta ut effekter må dette være helt tydelig i utgangspunktet". Det ble ikke utarbeidet konkrete krav knyttet til effektivisering eller reduksjon av stillinger i forkant av prosjektet, annet enn at det ble nevnt som en "generell målsetting" i flere styringsgruppemøter. Blant annet av denne grunn har det ikke vært mulig å "ta ut effekter" i form av stillinger. Vi er også enig med klinikkdirektøren i at innføring av EDS er for sammensatt til å kunne redusere stillinger på den ene eller andre enheten. Forhold som omorganiseringer, endring i bemanning og ansvarsområder, bruk av mer og ny teknologi, samt andre krav av ulike slag har gjort det nesten umulig å få sikre målinger som gjør uttak av stillinger mulig. I den grad man har oppnådd tidsbesparelser overføres disse antageligvis til andre pasientrettede aktiviteter.

Tidsbruk i forhold til rapport situasjon

Rapport situasjonen ble av flere trukket fram som et nøkkelement, knyttet både til tidsbruk i dokumentasjonsprosessen og som et middel for økt kvalitet på dokumentasjonen. Rapporten er tiden der informasjon fra en vakt til en annen blir overlevert mellom pleiepersonalet. Tradisjonelt har rapporten blitt overlevert muntlig. De siste årene har flere poster innført, eller forsøkt å innføre, det som kalles "stille rapport". "Stille rapport" fungerer ved at de som kommer på vakt primært leser den skriftlige dokumentasjonen om pasientene de skal ha ansvar for. Noen kombinerer dette med noen få minutters muntlige avklaringer. De aller fleste poster, etter initiativ fra ledelsen i sykehuset, praktiserer nå stille rapport i en eller annen form. I forbindelse med innføringen av EDS har vi sett klare tendenser til at den nytteverdi brukere opplever, henger sammen med om posten endrer sine dokumentasjonsrutiner. Dette handler i stor grad om også å gå over til stille rapport. Elektronisk journal med EDS er mer egnet til dette enn det papirjournalen var, blant annet fordi pasienten nå har en behandlingsplan og dokumentasjonen ellers er mer strukturert. Rutineendringer handler også om å bli bedre til å dokumentere underveis i vekten istedenfor rett før vakt skiftet. Dette kan også redusere bruk av overtid.

Undersøkelsen fra 2010 viste at 9 av 14 mente tid brukt til rapportering var uforandret sammenlignet med før innføring av EDS. Utsagn som *"Det brukes mer tid til dokumentasjon enn ved papirdokumentasjon, noe som skyldes at vi ikke skrev planer på pasientene før"* og *"Om man ikke ser redusert tidsbruk, så kan dette forsvares ut fra hevet kvalitet"* beskriver

årsaker til dette. 4 av 14 mente de brukte mindre tid, noe som blant annet ble begrunnet med at *"I vår post bruker vi 1/2 time mindre ved hvert vaktskift, mindre overtid i etterkant av vakt"*.

I intervjuene i 2012 framhevet fem av seksjonslederne stille rapport som virkemiddel med konsekvenser innenfor flere områder. To mente at stille rapport både er et virkemiddel for å effektivisere tidsbruk og et viktig tiltak for å *"tvinge fram bedre kvalitet på dokumentasjonen"*. En uttrykte at *"EDS er et godt egnet verktøy for bruk av stille rapport ved at det "spisser" arbeidsdagens gjøremål"*. Det ble påpekt at det har vært en del problemer med gjennomføringen av stille rapport, særlig mellom ettermiddagsvakt og nattvakt. Flere sa at de har en kombinasjon av stille rapport og en kort, muntlig orientering. Sykepleierne mente at stille rapport tvinger seg fram, og at dette igjen *"tvinger"* fram bedre dokumentasjon. De opplyste at organisasjonsendringene som nå gjennomføres i SØ med enda mindre bruk av *"overlappende vakter"* vil sette krav til god og presis dokumentasjon. I dette ligger at pleierne kommer på vakt til ulike klokkeslett, og at den eneste måten de kan innhente informasjon på er gjennom å lese dokumentasjonen om pasientene. De påpekte også at det med en slik praksis vil kunne medføre at man mangler anledninger til å diskutere pasientsituasjoner, og at dette er en uheldig utvikling. En av klinikkdirektørene nevnte også dette med at andre forhold har innvirkning på krav til god dokumentasjon. Både Samhandlingsreformen, omleggingen av akuttberedskapen i sykehuset og mindre overlappende vakter, kan brukes som *"brekkstang"* til mer effektiv og bedret dokumentasjonsprosess. Direktøren poengterte at sykehuset er avhengig av en kortfattet og målrettet dokumentasjon med utsagnet *"Vi er i en situasjon hvor ytre faktorer forutsetter bedre og mer effektiv bruk av elektronisk dokumentasjon"*.

5.2 Kvalitet på dokumentasjon av sykepleie

Prosedyre for EDS i SØ (vedlegg 1) beskriver i detalj hvilke krav som stilles til dokumentasjonen for at den skal være av god kvalitet. I begynnelsen av dette punktet beskriver og drøfter vi funnene vedrørende kvalitet på sykepleiedokumentasjonen ut fra intervjuene som er gjennomført. Deretter tar vi for oss funnene vedrørende endring av dokumentasjonsrutiner da disse er av betydning for kvaliteten på dokumentasjonen. Til slutt presenteres resultatene fra kvalitetsindikatormålingene, journalgranskingen og de interne kvalitetskontrollene, da disse gir en status på kvaliteten av sykepleiedokumentasjonen.

5.2.1 Kvalitet på sykepleiedokumentasjonen ut fra intervjuene

De aller fleste tilbakemeldingene i intervjuene tyder på at respondentene opplever en markant kvalitetsøkning i dokumentasjonen. Dette gjelder uavhengig av intervjupersonenes plassering i organisasjonsstrukturen, og gjelder både for intervjuene i 2010 og 2012. Vi har delt funnene våre i fem deler. Først analyserer vi beskrivelser om selve kvaliteten på dokumentasjonen, før vi tar for oss bruk av behandlingsplaner. Deretter diskuteres bruk av kodeverk, etterfulgt av bruk av veiledende behandlingsplaner. Til slutt analyseres utsagn om tverrfaglig bruk av EDS.

Generelle funn om kvalitet på dokumentasjonen

I 2010 svarte elleve av fjorten respondenter at EDS har stor nytteverdi sammenlignet med papirdokumentasjon, to mente det hadde middels nytteverdi mens en ikke svarte på dette spørsmålet. På spørsmål om EDS er et bedre egnet redskap for beskrivelse og oppfølging av sykepleie til pasienten enn papir, svarte tretten av fjorten at det er et bedre redskap. Også på dette spørsmålet var det en som ikke svarte. Utsagn som *”Kvaliteten på dokumentasjonen har blitt bedre”*, *”Personalet har blitt mer ansvarliggjort og er bedre i språket”* og *”Det er mer sykepleiefaglig fokus nå enn tidligere”*, er utsagn som understøtter de positive svarene.

Lignende utsagn fikk vi i intervjuene fra 2012. Seksjonsledere som sa at *”Det er mye bedre kvalitet nå enn tidligere”*, *”Kvaliteten har blitt bedre fordi det er tydeligere dokumentasjon/bedre språk og mer struktur”*, og *”Det funker så bra at man ikke har panikk”* er beskrivende for disse intervjuene. En sa også at *”Det dokumenteres i dag viktigere ting for pasienten, ikke så mye snikksnakk”*. Tendensen ble bekreftet av sykepleierne i fokusgruppeintervjuet som også sa at kvaliteten er mye bedre, og at elektronisk dokumentasjon er veldig nyttig for å få god oversikt over pasientene og deres problemer.

Klinikkdirektørene var samstemte i at det har skjedd en positiv utvikling både knyttet til tilgjengelighet og i forhold til at kvaliteten på dokumentasjonen har blitt bedre. Det ble trukket frem at man har oppnådd mye knyttet til struktur, og at systematiseringen med bruk av behandlingsplaner gir en kvalitetsøkning. En av direktørene uttrykte dette på følgende måte: *”Erfaringen er at EDS er et bedre system enn tradisjonell legedokumentasjon”* og *”Dette er et system som sikrer pasientsikkerhet”*.

Samtlige respondenter var med andre ord enige i at kvaliteten på dokumentasjonen har blitt bedre enn den var før. Imidlertid var det også kongruens om at SØ ikke er helt i mål med

kvalitetsøkningen da det fortsatt finnes forbedringspotensial. For eksempel var det enighet om at det har blitt reduksjon av fritekst i sykepleiedokumentasjonen, men det ble likevel hevdet at: *”Prosateksten er fortsatt for omfattende og må gjøres noe med”* og *”Masse prosa er farlig for pasienten”*. Seksjonslederne fremhevet at det har blitt færre lange tekster slik det var på papir, men at det fortsatt må jobbes med dette. Enkelte fortalte at det fortsatt opprettes notater *”for å vise at de har vært på jobb”*, mens andre sa at har de kommet bort fra dette. På den annen side fremholdt en av seksjonslederne at det *”har blitt mindre pjatt”* i dokumentasjonen. En annen sa at det nå er mindre grad av uviktige opplysninger, så bildet er sammensatt. Sykepleierne uttrykte at det fortsatt er mye *”unødvendig tull”* i notatene, og at det er mange diskusjoner ute i klinikken knyttet til juridiske aspekter om hva som er *”godt nok”*. En av klinikkdirektørene var særdeles tydelig på dette og sa at *”Det er en overdreven tro på at loven krever norsk stil!”* En annen foreslo at det må gå i retning av programmer hvor pasienten i større grad kan dokumentere selv, og dvelte litt rundt tanken på å sette en begrensning på antall ord på tekstnotatene i nåværende dokumentasjonssystem.

Bruk av behandlingsplan

Fem av åtte seksjonsledere trakk frem oppdatering av behandlingsplanen som et forbedringsområde, ved at man også i praksis ser at det *”kritiske punktet”* i forhold til å lykkes med EDS er hvordan behandlingsplanen benyttes. Blant seksjonslederne var det enighet om at personalet var flinke til å opprette behandlingsplaner, men at de i varierende grad ble oppdatert. Dermed mister de sin funksjon ved at mange ikke stoler på det som står der. Samtlige deltagere i fokusgruppeintervjuet støttet denne oppfatningen, og som en av dem formulerte så treffende: *”Å bruke behandlingsplanen som det riktige arbeidsredskapet er det som mangler. Fra å lese til å handle. Det er der skoen trykker – det å oppdatere planen”*.

En av klinikkdirektørene bekreftet dette gjennom følgende kommentar: *”Mitt inntrykk er at det er stor variasjon mellom postene i hvilken grad de bruker planer. De fleste er gode på innkomstnotat, men det er generelt for mye tekst i dokumentasjonen”*. Dette ligger i veien for å nå målet om at behandlingsplanen til enhver tid skal være hovedelementet i dokumentasjonen og man faller tilbake til gamle rutiner med skriftlige rapporter som bærer av informasjon. En seksjonsleder sa det så tydelig som at *”Er ikke behandlingsplanen oppdatert er den meningsløs!”*. En annen mente at *”Jobben er ikke ferdig før du har levert en god behandlingsplan videre til den neste som kommer på jobb, du er juridisk ansvarlig for innholdet”*.

Tre seksjonsledere viste imidlertid til at de var komfortable med bruk av behandlingsplan på sin post. De hevdet at EDS helt opplagt øker kvaliteten på dokumentasjonen ved at EDS reduserer dobbeltføringer, gir raskere oversikt over pasienten, og også ofte fører til mer effektiv dokumentasjon i form av redusert tidsbruk. *”Gode behandlingsplaner er lærende og legger til rette for mer riktig pleie av pasienten”* hevdet en av seksjonslederne. Men videre sa denne seksjonslederen at også gode behandlingsplaner kan ”glippe” på ting som kanskje hadde blitt fanget opp i tradisjonelle tekstnotater. I psykisk helsevern er det tverrfaglige møter i en del poster hvor behandlingsplanen blir gjennomgått i felleskap og presentert på veggen for gjennomgang ved hjelp av projektor. En av seksjonslederne som har en slik praksis uttrykte at *”Det å ta opp og diskutere behandlingsplanen i fellesskap har en egenverdi ved at personalet vet at det blir tatt opp i plenum”*.

Svarene fra intervjuene i 2010 sammenfaller i stor grad med det som er beskrevet over. Hvilken nytteverdi brukerne skal ha av EDS, avhenger med andre ord i stor grad av hvor konkret det dokumenteres i behandlingsplanen. Fem respondenter sa i 2010 at de opplevde svært stor nytteverdi i bruk av behandlingsplaner, mens åtte svarte at de opplevde middels nytteverdi.

Bruk av kodeverk

I intervjuene spurte vi også om hvordan bruk av kodeverk oppleves, om det benyttes og om det er hensiktsmessig, siden dette er et fremtredende mål i prosedyren for EDS. I intervjuene fra 2010 mente syv respondenter at kodeverk har stor nytteverdi, tre mente det har middels nytteverdi, en mente det ikke har noen verdi. Tre var usikre. Av positive utsagn om EDS ble fordelene med felles begreper og felles språk framhevet, muligheter for statistikk og rapporter, samt å slippe ”Fredrikstad-dialekt på trykk”. Av ulemper ble det framhevet at enkelte begreper er kunstige og rare, at de ble opplevd som vanskelig tilgjengelige og at en del definisjoner er svært vide.

I intervjuet i 2012 hevdet en av klinikkdirektørene at bevisstheten om bruk av diagnoser og prosedyrer har vært for lav i sykepleietjenesten. Direktøren etterlyste rapporter om bruken av diagnoser i sykepleietjenesten og sa at det er viktig at det har noen gevinster i seg ved å ta det i bruk. Tre seksjonsledere i somatiske poster sa at de aktivt benytter kodeverk i dokumentasjonen på sine poster og har gode erfaringer med dette. To av dem påpekte at det tar tid å lære seg begreper og bli kjent med en ny måte å uttrykke pasientproblemer på. De

viste til at man kommer ”inn i det” og at det brukes greit i det daglige. De mente språkbruken i journalen har blitt bedre etter innføring av kodeverk i den elektroniske dokumentasjonen. En annen seksjonsleder i somatikken pekte på at det er en ”amerikanisert” språkbruk og at det i mange tilfeller er bedre å benytte fritekst for å formulere pasientens problemer. I psykisk helsevern uttrykte en av seksjonslederne at kodeverket er ”keitete”, det kan være vanskelig å forstå, og det er lite tilpasset behovene innen psykisk helsevern. En av personene i fokusgruppeintervjuet sa at *”språket, systematiseringen og standardene er noe av det viktigste. Kodeverket har en verdi selv om det er utfordringer, og det fungerer helt greit ved at man har mulighet for å gjøre tilpasninger og å skrive fritekst”*, og de andre deltagerne sa seg enig i dette.

Personene i Klinisk IKT-senter ble også intervjuet om bruk av kodeverk. De bekreftet mange av utsagnene til de andre respondentene. De trakk frem at kodeverket ikke er godt nok ved at det mangler begreper, og at mange sykepleiere ikke kjenner seg igjen i språket fordi det kan være tungvinst og vanskelig å forstå, og gir lite mening i daglig tale. Imidlertid sa de også at de fikk tilbakemeldinger om at *”bruk av kodeverk og standardtekst har verdi og er en viktig faktor de ser nytteverdien av”*. De poengterte også at det, særlig i psykisk helsevern, er en utfordring at kodeverket som brukes er sykepleiefaglig forankret da man der arbeider mer tverrfaglig.

Bruk av veiledende behandlingsplaner

Beslutningsstøtte gjennom bruk av veiledende behandlingsplaner (VBP) er som tidligere omtalt i oppgaven også en del av EDS, og Sykehuset Østfold har vedtatt at denne funksjonaliteten skal benyttes. I følge sykepleierne benyttes VBPer i varierende grad. Noen poster hevdet at de bruker det aktivt, mens andre bruker det i mindre grad. De som brukte det i liten grad begrunnet dette med at det lett kan bli mye ”bevisstløs kryssing” fra de veiledende planene, og at behandlingsplanen da ikke blir individualisert. De mente at det blir mer individuell dokumentasjon ved samtidig bruk av fritekst. Personene i fokusgruppeintervjuet nevnte også dette med at det lett kan bli mye plukking fra de veiledende planene fordi man er redd for å utelate noe, og at dette særlig gjelder for pleiere med kort erfaring. I fokusgruppeintervjuet kom det også frem at de opplever at det tar for lang tid å få revidert planene sine ved at de må vente på tilbakemeldinger fra Klinisk IKT-senter. En seksjonsleder fra psykisk helsevern mener at det er en veldig god ting å ha en ”bank” med veiledende

planer. Samtidig kan dette ligge i veien for god språkbruk, noe som settes i sammenheng med tidligere uttalelser om dårlig tilpasset kodeverk innenfor psykiatrien.

I intervjuene fra 2010 var det en mer tydelig positiv holdning til veiledende behandlingsplaner. Syv av respondentene oppga nytteverdien av VBPer til å være svært stor, seks oppga nytteverdien som stor, mens en opplyste at nytteverdien var liten eller ingen. Flere opplyste at det ble benyttet til en hver tid på alle pasienter, at man sparte tid ved å bruke dem og at det lettet hverdagen. På spørsmål om eventuelle ulemper svarte ti av respondentene at de ikke så noen i det hele tatt, mens to mente det kunne være en ulempe at *"man tenker kanskje litt mindre selv"*. Det siste utsagnet samsvarer med det enkelte også nevnte i intervjuet i 2012, hvor man var redd for ukritisk avkryssing fra de veiledende planene.

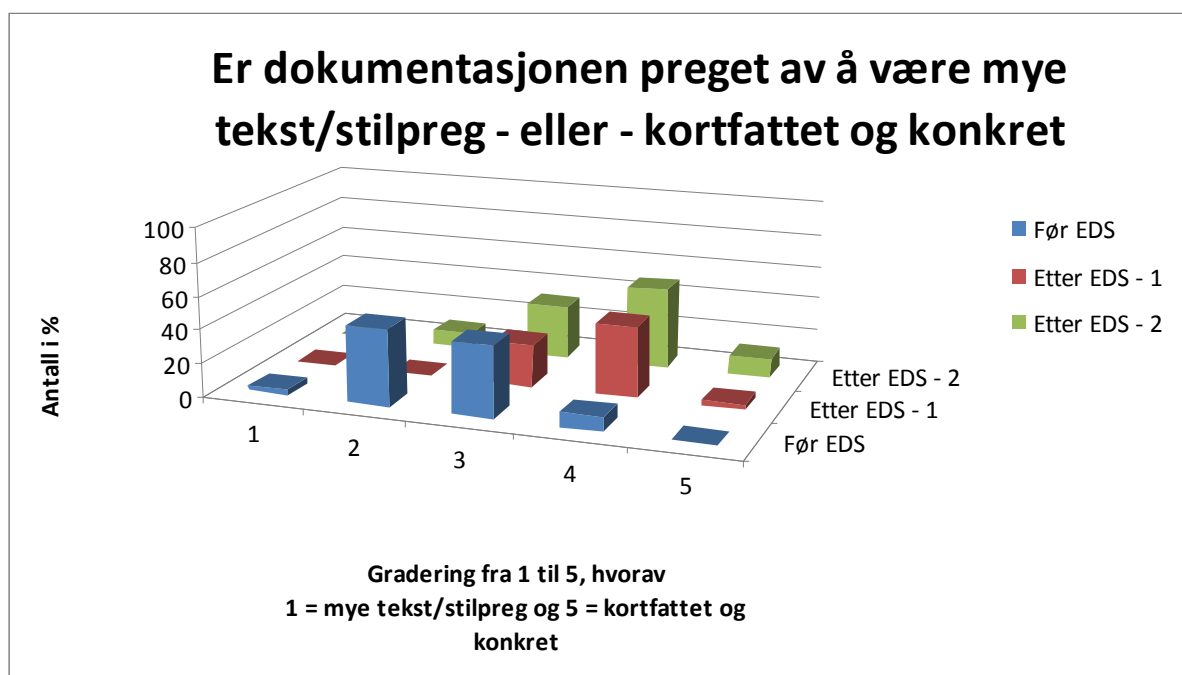
Tverrfaglig bruk av EDS

En ting som ble hevdet i noen av intervjuene, og som stemmer overens med vår erfaring, er at et stort flertall av somatiske leger velger bort EDS (i form av at de krysser av i journalen for at de ikke vil se disse dokumentene) grunnet for mye tekst. Dette gir en klar risiko for å overse viktige ting i pasientbehandlingen. I psykisk helsevern ble det motsatte hevdet, nemlig at legene/behandlerne i stor grad er aktivt inne i EDS og bruker denne bevisst, så her går det helt tydelige skillelinjer. Det ble hevdet at psykisk helsevern har et langt mer tverrfaglig fokus enn hva som er tilfelle i somatiske poster og at det på en del poster er slik at EDS og behandlingsplanen tas opp i tverrfaglige møter.

Standardisering av dokumentasjonen på tvers i sykehuset er et område som ble trukket fram på klinikkdirektørnivå. I dette ble to aspekter vektlagt. Det ene var standardisering i form av likt dokumentasjonssystem, gjennom maler og kodeverk for hele sykepleietjenesten. Det andre var at utvikling bør gå i retning av bedre integrasjon og samordning av journaldokumentasjonen mellom yrkesgruppene, og hvor pasientene selv i større grad kan få mulighet og ansvar for å dokumentere i egen journal. To av direktørene mente at dette i større grad vil kvalitetssikre opplysningene i journalen, og at dette vil være mer ressurseffektivt for. Behovet for tekst vil da reduseres, og de mente at det i seg selv er en gevinst. To av seksjonslederne i psykiatrien påpekte at dagens system legger til rette for tverrfaglig bruk av dokumentasjonen, og at dette i utstrakt grad ble praktisert med gode resultater i deres poster.

Flere trakk også frem programmets funksjonalitet som et viktig område for å understøtte kvalitetsøkning på dokumentasjonen. En av klinikkdirektørene mente at funksjonaliteten i dag i alt for stor grad er ”en elektronisk versjon av blyanten”, og at systemet i større grad må legge til rette for å ”forebygge” volumet og antall ord. Den samme direktøren foreslo muligheten for at systemet kan legge inn begrensninger på antall ord som skrives, noe som må sies å være en utradisjonell, men spennende tanke. Verken seksjonsledere eller sykepleiere framhevet behovet for bedret funksjonalitet i programmet i like stor grad som denne direktøren. Imidlertid påpekte flere at en funksjonalitet som i større grad fremhever behandlingsplanen, ville vært et viktig virkemiddel for bedre kvalitet på dokumentasjonen. Personene i Klinisk IKT-senter trakk også frem dette med funksjonalitet og om denne er god nok. De var imidlertid usikre på om dette var hele forklaringen fordi man strevde med bruk av pleieplaner også på papir. De uttrykte at noe av det viktigste er at pleierne kan faget sitt, men mente også at ”bedre funksjonalitet vil kunne understøtte riktigere bruk”.

Mathisen og Nordbø (2011) sier at dersom den sykepleiefaglige profilen er tydelig nok vil det være mulig å uttrykke dette med tre–fire setninger i konkrete pleieplaner. Vår oppfatning er at disse synspunktene understøtter det klinikkdirektøren framhevet som vesentlig for å nå sykehusets mål. Gode dokumentasjonsrutiner, blant annet som følge av krav som stilles av utenforstående faktorer, trigger nødvendigheten av en kortfattet, presis dokumentasjon som sikrer god pasientbehandling. Kvalitetsundersøkelsen utført i forbindelse med denne oppgaven viste at dokumentasjonen har blitt mer kortfattet og konkret, jamfør figur nr.1



Figur nr.1

Søylene i figuren er et uttrykk for hvordan omfanget og språket i den fortløpende dokumentasjonen, altså i notatene, har utviklet seg. Både lovverk og forskning understreker at informasjonen om pasientene skal være nødvendig og relevant, i denne sammenheng vil det si kortfattet og konkret. Det er en tydelig trend at den fortløpende dokumentasjonen beveger seg i ”riktig retning”. Dokumentasjonen fra 2011 er i mye større grad preget av kortfattet og konkret innhold i notatene enn spesielt før innføring av EDS, men også i forhold til dokumentasjonen fra rett etter innføring.

5.2.2 Endring av dokumentasjonsrutiner

Underveis i prosjektet ble det gjennomført en risikovurdering for å kartlegge hvilke områder som var mest kritiske for å oppnå målene med EDS. Et av de mest kritiske områdene (se tabell nr.5) omhandlet dette med at gamle rutiner og holdninger ble videreført. Dette ble tidlig beskrevet som en stor risiko, fordi sykehuset ved flere tilfeller tidligere har mislykkes med endringsforsøk fordi man ikke har greid å innføre de nye rutinene.

Risiko nr.6	Konsekvens	S	K	R	Tiltak/beredskapsplan
Forventede kvalitets- og ressursgevinster som følge av innføring av EDS nås ikke - fordi gamle rutiner og holdninger videreføres	<ul style="list-style-type: none"> • Får ikke den forventede økte kvaliteten på dokumentasjon • Forventet effektivitetsgevinst uteblir • Dokumentasjon blir voluminøs og uoversiktlig • Bærer preg av muntlig fortellertradisjon med mange ord og lite innhold 	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeidet plan for opplæring – både sykepleiefaglig og datateknisk. 3 dagers obligatorisk opplæring som er igangsatt • Utarbeidet plan for opplæring og oppfølging av arbeidsgruppen i posten. Arbeidsgruppen skal være en ressursgruppe i posten og følge opp de andre. • Prosjektet er involvert i posten også etter oppstart av EDS • Har faste nettverksmøter med arbeidsgruppeledere med fokus på holdninger til dokumentasjon • Etablere kurs i dokumentasjon i regi av kompetansesenteret • Etablere overordnet rutine for EDS • Etablere internrevisjon av dokumentasjon • Utarbeide oversikt over hva som man ikke skal gjøre lenger, og hva man skal begynne med. • Utarbeide oversikt over hva som er ”what’s in it for me” • Prosjektet jobber som vanlig sykepleier i post for å se på rutinene og avdekke ”hvor skoen trykker”

Tabell nr.5

En av klinikkdirektørene var alene om å påpeke at et av målene med EDS har et rent teknisk aspekt, ved at det ble innført et elektronisk system i en tid hvor dette ikke var utbredt. Videre påpekte denne direktøren at *”Det enkleste er å få til elektronikken. Utfordringen er å løfte faget inn mot dokumentasjonen og det skal mer enn ny teknologi til for å lykkes”*.

Funnene angående endring av dokumentasjonsrutiner er delt i tre deler. Først belyses behovet for og opplevelsen av rutineendringer i postene. Deretter tar vi for oss håndtering av motstand mot rutineendring. Til slutt drøfter vi høgskolens rolle i endring av dokumentasjonsrutiner.

Funn vedrørende behov for og opplevelse av rutineendringer

I forbindelse med innføring og oppfølging av EDS har vi sett klare tendenser til at den nytteverdi klinikerne opplever, henger sammen med endring av dokumentasjonsrutiner. Dette handler blant annet om å gå over til stille rapport. En slik praksis trigger behovet for en oversiktlig og presis dokumentasjon. Elektronisk journal med EDS er mer egnet til dette, blant annet fordi pasienten nå har en behandlingsplan og dokumentasjonen gjennomgående er mer strukturert. Rutineendringer handler også om å bli bedre til å dokumentere underveis i vekten istedenfor rett før eller etter vaktskiftet.

I intervjuene som ble foretatt i 2010 sa åtte av fjorten at de opplevde store endringer i dokumentasjonsrutinene, tre svarte at det i liten grad hadde skjedd endringer, mens to svarte at det ikke hadde skjedd noen endringer i det hele tatt. Dette viser at mange enheter hadde klart å endre sine dokumentasjonsrutiner i forbindelse med innføring av EDS. Flere enheter hadde imidlertid fremdeles en jobb å gjøre i forhold til dette. Det må også tas høyde for at stille rapport ikke er like hensiktsmessig i alle typer poster. Utsagn som *” Det er krevende å endre dokumentasjonsrutinene, men vi er på rett vei”* og *”Det er vanskelig å endre rapportsituasjonen i en sengepost, men vi har det som mål”* sier noe om at flere poster var oppatt av å få etablert nye rutiner, men at dette krever tålmodighet og utholdenhet.

I intervjuene i 2012 påpekte to klinikkdirektører at det å vende tradisjonen med prosadokumentasjon er helt avgjørende for å lykkes. Den ene sa rett ut at *”Det er en kombinasjon av gamle rutiner og for dårlig funksjonalitet som hindrer en god utvikling. Rutiner og holdninger sitter dypt, og forventede endringer har gått senere enn forventet”*. Det ble understreket at man må komme bort fra dårlige vaner, og at det bør være en kultur pleiere

imellom for å påpeke mangelfull eller feil utførelse av dokumentasjonen. En klinikkdirektør hevdet at *”Man må på individnivå for å få resultater og påpeke feil”*.

Sykepleierne var tydelige på viktigheten av kunne faget sitt for å dokumentere skikkelig, og at dette er langt viktigere enn teknologikunnskap. De sa videre at det varierer i hvilken grad de ansatte har endret rutinene for dokumentasjon, men at man helt klart ser en tendens til dette. I fokusgruppeintervjuet kom det også frem en del momenter rundt dette med holdninger og kultur. Fokusgruppen var enig med de av seksjonslederne som mente at det er tidsbesparende og gir bedre kvalitet når alle oppdaterer behandlingsplanen og ikke trenger skrive notater. Fokusgruppen var imidlertid mye tydeligere enn seksjonslederne og klinikkdirektørene på at ikke alle følger retningslinjene for EDS, men at de viderefører gamle dokumentasjonsrutiner med fortløpende notater og lite/ingen bruk av behandlingsplan. Videre var gruppen enig om at dokumentasjonen er bedre etter oppfrisking, men at det fort sklir ut igjen fordi de ikke får ”lov” til å ha fokus på det. En av deltagerne hadde et lite hjertesukk: *”De individualiserer ikke behandlingsplanene nok. Kan de ikke bare komme og spørre om hjelp? Vet ikke hvordan jeg skal få til holdningsendringen, for noen irriterer seg fortsatt”*. En annen fulgte opp med å si at *”Noen har endret rutiner i forhold til å dokumentere, men ikke alle. Forskjell på folk i forhold til interessen. Det er en gammel vane å dokumentere på slutten av vakta”*.

Motstand mot rutineendring

I intervjuene spurte vi også om hva som ble gjort i forhold til de som ikke ønsket å endre sine dokumentasjonsrutiner, det vil si de som holdt fast på kulturen med å dokumentere slik de alltid har gjort. De fleste seksjonslederne sa innledningsvis at dette ikke lenger utgjorde noe problem hos dem, men ved hjelp av kontrollspørsmål viste det seg at syv av seksjonslederne hadde personell i sin post som i en eller annen form ”boikottet” bruk av EDS i henhold til prosedyren. En av seksjonslederne i somatikken sa det på følgende måte: *”Kulturen med å vise, med hjelp av dokumentasjonen, hva man har gjort på jobben sitter veldig, veldig sterkt”*. Personene i fokusgruppeintervjuet var mye tydeligere på dette enn mange av seksjonslederne. Dette kom frem i utsagn som *”folk må forstå at de har et ansvar og at det blir sett på hva de gjør”*, *”noen må fortsatt skrive alt de har gjort i løpet av vakten. Det er vanskelig å snu denne holdningen, vanskelig å trygge dem på at den nye måten og dokumentere på er riktig”* og *”(...)at det å klikke avsluttet (på for eksempel et tiltak i behandlingsplanen: red) er tegn på at du har gjort en god jobb og en god dokumentasjon. Vanskelig å få dem til å tro på dette”*. En annen av respondentene i fokusgruppeintervjuet sa at *”hver enkelt må bli mer ansvarliggjort i*

jobben sin. Må jo stadig ha oppdatering på andre ting, og det må de jo med dokumentasjon også". Ut fra disse utsagnene tolker vi at det fortsatt finnes en kultur i enkelte avdelinger med å ikke følge gjeldende rutiner, og at dette oppleves frustrerende for de som bruker systemet slik det er bestemt at det skal brukes.

I Dagens Næringsliv (12.04.2012) intervjuer Sandvik "hodejeger" Per Erik Henriksen i IMS Talentor, som beskriver et fenomen han kaller "Det konsekvensløse samfunn". Han sier dette innebærer at nesten samme hva du gjør, så får det ingen konsekvenser. Får man kritikk, er det bare å late som ingenting, så går det fort over. Han mener man oftere ser tendenser til dette i det offentlige, og tror en av årsakene er det sterke oppsigelsesvernet man har kontra det private næringsliv. Jo større system man er en del av, og jo mindre konsekvenser arbeidet får, jo lettere vil det være å stikke seg unna. Mindre gjennomsiktighet i organisasjonen gjør det også lettere å "gjemme seg unna". På mange måter er dette et beskrivende bilde av det vi selv oppfatter har vært et dilemma i mange år knyttet til endringsprosesser i sykehus generelt, og til endring av dokumentasjonspraksis spesielt. Leder har verken hatt "ork", gode nok verktøy eller mulighet til å følge opp dokumentasjonspraksis over tid, selv om man ved ulike anledninger har satt temaet på agendaen og forsøkt å endre praksis. Oppfølging og tilbakemeldinger direkte til den enkelte har i praksis vært helt fraværende. Dette gir en følelse av å ikke bli fulgt opp, og at det får få konsekvenser å ikke følge vedtatte retningslinjer og prosedyrer for dokumentasjon. Det skal i denne sammenheng sies at det nok ikke overalt har vært tydelige og "levende" prosedyrer som beskriver dokumentasjonspraksis. Lovverket ligger dog alltid til grunn, men kan nok oppleves som for generelt.. Alt dette bygger opp under det som vi mange steder mener har vært en slags etablert kultur knyttet til dokumentasjonspraksis. Så lenge man "bøyer nakken når det blåser", vil det alltid være slik at man rir stormen av og kan fortsette med den praksisen man alltid har hatt. Vi mener dette forholdet kanskje er en av de viktigste årsakene til at man de siste tiårene ikke har greid å øke kvaliteten på dokumentasjonen i den grad man har ønsket.

Alle som ble intervjuet ble spurt om hvordan de håndterer de som "ikke vil" dokumentere på vedtatte måte. De fleste seksjonslederne sa at de hadde ressurspersoner som hadde ansvar for å følge opp personalet i forhold til dokumentasjonsrutiner, men her var det signifikante forskjeller mellom somatikk og psykisk helsevern. Seksjonslederne i somatikken sa gjennomgående at ressurspersonene hadde lite tid til dette og at de ofte måtte prioritere andre oppgaver enn EDS og at EDS ofte var det som ble nedprioritert, mens i psykisk helsevern var

tiden avsatt til oppfølging av EDS i en helt annen størrelsesorden. Det var enighet om at ressurspersonene kunne få hjelp av seksjonslederne i forhold til oppfølging av ansatte som ”ikke ville”. De fleste respondentene trakk frem 1:1-oppfølging som den beste tilnærmingen for å sikre enhetlig bruk av EDS. Dette ble i varierende grad gjort, men det var mest utbredt i psykisk helsevern.

Høgskolens rolle i endring av dokumentasjonsrutiner

To av klinikkdirektørene var tydelige på høgskolens ansvar i forhold til å utdanne studenter til den dokumentasjonspraksis og rutiner som gjelder i sykehusene i dag. De mener at skoleutdanningen må gjøres annerledes og at man må komme bort fra å undervise i ”gammel” praksis. Den ene direktøren sa at *”Det er nødvendig å begynne i skolevesenet, men tror ikke vi er der før de gamle sirkushestene er ute av manesjen”*. I denne sammenhengen ble viktigheten av at skolene har et relevant verktøy for opplæring i dokumentasjon også nevnt.

Knut Fredrik Thorne, pasientombud ved Ahus og tidligere jurist ved Helsetilsynet i Østfold sier at *”Sykepleiefortellingstradisjonen lever i beste velgående i Høgskolesystemet!”*.

Benner og medarbeidere (2010) hevder at det er behov for omfattende endringer i sykepleierutdanningen. De beskriver et betydelig gap mellom utdanningens innhold og de krav som stilles til dagens sykepleiere. På spørsmålet om sykepleiere i dag er rustet med de kunnskaper og ferdigheter som yrket krever, svarer de kort og godt *nei*. Raske endringer i vitenskap, teknologi og klinisk praksis krever et høyere akademisk nivå og en mer klinisk orientering på alle områder i sykepleierutdanningen. Selv om undersøkelsene i denne boken er fra amerikanske forhold og ikke tar for seg dokumentasjon spesielt, mener vi funnene bekrefter både det klinikkdirektørene og Thorne beskriver over.

I intervjuene påpekte sykepleierne høgskolens ansvar for *”å være på nett”*. Samtidig mente de å se en bedring ved Høgskolen i Østfold i løpet av de siste årene. Høgskolen i Østfold og Sykehuset Østfold gjennomførte i perioden 2006-2010 to prosjekter som omfattet sykepleier- og vernepleierutdanningen. Hensikten var å utarbeide et teori- og praksisprogram for EDS, vurdere og anbefale relevante verktøy for læring samt å skolere lærere til å bedre kunne undervise i dokumentasjon av sykepleie. Prosjektet i samarbeid med vernepleierutdanningen munnet ut i et abstract med tittelen: *“Implementation of electronic patient records (EPR) in the curriculum for health and social worker students: OLD HABITS DIE HARD”*. Prosjektet ble presentert ved konferansen *”Scandinavian Conference on health Informatics”* i

København 23.- 24.august 2010. Tittelen på framlegget er egentlig treffende på resultatene av begge prosjektene som ble gjennomført. Til tross for omfattende opplæring av lærere og hospitering i praksisfeltet, har ikke prosjektene fullt ut gitt forventede resultater. Vårt inntrykk er at det da ikke var etablert en forståelse og kultur på at dette emnet var viktig nok for høgsolen. Til tross for at alle var positive og synes prosjektet var nyttig, viste det seg at det var enkeltpersoner som avgjorde om temaet ble ”dratt framover” internt i høgscolesystemet. Det faktum at det heller ikke lot seg gjøre å etablere autentiske læringsmiljøer i form av elektroniske dokumentasjonsløsninger, bidro ikke til å gjøre dette enklere. Det ble riktig nok etablert en e-læringsløsning, men denne har læringsmessig store begrensninger. Imidlertid var det positivt at temaet elektronisk dokumentasjon ble tatt inn i skolens studieplaner.

Erfaringene fra prosjektene viser at det vil ta tid å etablere gode læringsmiljøer for dokumentasjon av sykepleie ved Høgsolen i Østfold, til tross for omfattende opplæring og tilrettelegging. Dette er også vårt inntrykk ved mange høgskoler andre steder i Norge. Styret i Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for IKT og dokumentasjon mener at det trengs et intensivt kunnskapsløft på området dokumentasjon. ”Dokumentasjon av sykepleie eller helsehjelp er så vidt jeg vet i alle rammeplanene ved grunnutdanningen, men hvordan denne undervisningen vektlegges, er forskjellig”, sier styremedlem i faggruppen, Sidsel Børmark (Sykepleien nr.1, 2011:21). Hennes inntrykk er at grunnleggende kunnskap om bruk av EPJ er overlatt til praksis. Det er et helt vesentlig poeng å sørge for at studenter som kommer ut i praksis er godt skolert i dokumentasjon av sykepleie. I dette bildet er det gledelig å registrere at sykepleierne i intervjuene mener de nå ser en bedring hos nyutdannede studenter. Muligens kan dette ha sammenheng med at studentene som nå uteksamineres i det store og hele er så ”teknologivant” at det i seg selv vil gjøre dem bedre i stand til å anvende faget i elektroniske systemer.

5.2.3 Presentasjon og analyse av resultater fra kvalitetsindikatorer og journalgransking

I dette punktet presenteres resultater fra kvalitetsindikatormålinger og journalgransking som er gjennomført for å avdekke kvaliteten på EDS og en eventuell utvikling vedrørende dette. Hvordan de ulike undersøkelsene er gjennomført er beskrevet i punkt 4.5. De beskrives ikke nærmere her, annet enn at vi vil poengtere at undersøkelsene tar utgangspunkt i to tilnærminger av journalgransking (jamfør punkt 3.5.2):

1. Gransking av formelle aspekter
2. Gransking av prosesskompletthet.

Vi har altså ikke tatt for oss kunnskapsbasert tilnærming og presisjonsbasert tilnærming i journalgranskingen. Resultatene presenteres både i form av prosenttall, i diagrammer og med tekstbeskrivelser avhengig av hva vi mener er hensiktsmessig. I motsetning til intervjuene, hvor det er de subjektive opplevelsene knyttet til utviklingen av kvalitet på EDS som fremkommer, beskriver disse i større grad objektivt status på kvaliteten. Resultatene kan understøtte, korrigere og forklare inntrykket fra intervjuene, og de representerer en god mulighet til å drøfte og diskutere sammenhenger knyttet til vår problemstilling og hypoteser. Vi analyserer først resultatene fra kvalitetsindikatormålingene. Deretter har vi en todelt analyse av resultatene fra journalgranskingen, hvor funnene fra kvalitetsundersøkelsen presenteres først og funnene fra de interne kvalitetskontrollene presenteres til slutt.

Kvalitetsindikatormålinger

I tabell nr.6 vises resultatene fra de kvalitetsindikatorerne det rapporteres på i SØ. Rapportene er kjørt for alle poster i SØ som bruker EDS og er hentet fra samme firemånedersperiode i alle fire målingene. Unntaket er tallene i kolonnen for 2005. Der er tallene hentet fra en manuell gjennomgang av til sammen 148 journaler i 10 ulike poster.

Rapport	År 2005 (før innføring av EDS)	År 2010 (siste tertial 2009)	År 2011 (siste tertial 2010)	År 2012 (siste tertial 2011)	Måltall
Andel pasienter med påbegynt kartleggingsnotat innen 24 timer, inn til post. Rapport nr:1003223	49 % Ikke direkte sammenlignbare tall, se forklaring under.	67 %	84 %	88 %	95 %
Andel pasienter med behandlingsplan opprettet innen 24 timer, inn til post. Rapport nr:1003221	38 % Ikke direkte sammenlignbare tall, se forklaring under.	73,4 %	84,2 %	90,1 %	95 %
Andel NANDA-diagn. med indiv. komment. (Prosentandel av brukte Nanda - diagnoser som har individuell kommentar knyttet til seg) Rapport nr:1003361	Ingen data	63,9 %	70,5 %	73 %	80 %
Oppdatering av behandlingsplan. (Prosentandel av opprettede notater hvor det er gjort endringer i Behandlingsplan) Rapport nr:1003363	Ingen data	27,4 %	30,5 %	34 %	Gjennomsnitt liggetid mindre enn 6 dager 50% Gjennomsnitt liggetid lenger enn 6 dager 25%

Tabell nr.6 Underlagstallene for tabellen finnes i vedlegg 4

Ut fra tallene i tabellen ser vi klare tendenser. Kartleggingsnotat ble opprettet innen 24 timer hos 67 % av pasientene i slutten av 2009, mens i slutten av 2011 fikk 88 % av pasientene opprettet kartleggingsnotat innen 24 timer etter innleggelse. Det finnes ingen eksakt sammenlignbare tall fra 2005, da det på det tidspunktet ikke var mulighet for å registrere når i forløpet kartleggingsnotatet ble påbegynt. Resultatene vi har er basert på en undersøkelse fra 2005 som tok for seg 148 journaler fordelt på åtte sengeposter. Der fant man at 49 % av pasientene hadde utfylt kartleggingsnotat ved utskrivelse, men det ble ikke sagt noe om når i forløpet notatet var påbegynt.

For andel pasienter med opprettet behandlingsplan i løpet av 24 timer er tallene 73,4 % i 2009 og 90,1 % i 2011. Dette er en markant økning fra undersøkelsen i 2005 da kun 38 % av pasientene hadde fått opprettet en behandlingsplan (på papir) i løpet av oppholdet på sykehuset. Heller ikke her var det foretatt målinger i forhold til når i forløpet planen ble opprettet. Måltallene for opprettelse av kartleggingsnotat og behandlingsplan er 95 %. Dette sammenfaller bra med utsagnene fra intervjuene om at man ikke er helt i mål med kvalitetsøkningen ennå.

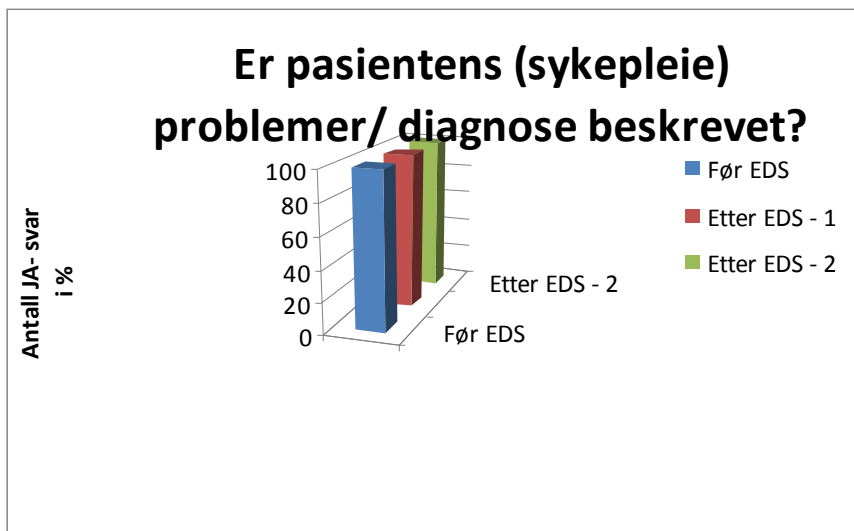
Rapportene som omhandler NANDA-diagnoser og oppdatering av behandlingsplan har ingen sammenlignbare tall fra 2005. NANDA-diagnoser var ikke innført på det tidspunkt og det var ikke mulig å registrere antall oppdateringer i papirbaserte pleieplaner som da ble brukt. Den samme tendensen som er beskrevet i forhold til påbegynt kartleggingsnotat og påbegynt behandlingsplan innen 24 timer, ses både i forhold til bruk av NANDA med individuell kommentar og i forhold til hyppighet av oppdatering av behandlingsplan, dog ikke med like signifikant økning. For NANDA med individuell kommentar er det en økning fra 64 % i 2009 til 73 % i 2011. Måltallet er 80 %. For oppdatering av behandlingsplan ses en økning fra 27,4 % i 2009 til 34 % i 2011. Måltallet ligger mellom 25% og 50% alt etter hva slags pasientgrunnlag som er på posten.

Trendene beskrevet over ses i større og mindre grad innefor hver enkelt klinikk om man ser nærmere på bakgrunnstallene (vedlegg 4). Resultatene viser at SØ ikke er helt i mål i forhold til måloppnåelse, men at tendensen er positiv. Tallene fra rapportene gir et bilde av status på de områder sykehuset har definert måltall for, men målingene egner seg i mindre grad til å gi et fullt ut troverdig bilde av kvaliteten på dokumentasjonen. For å kunne si noe om dette er det nødvendig og undersøke dokumentasjonen mer grundig gjennom journalgransking.

Journalgransking

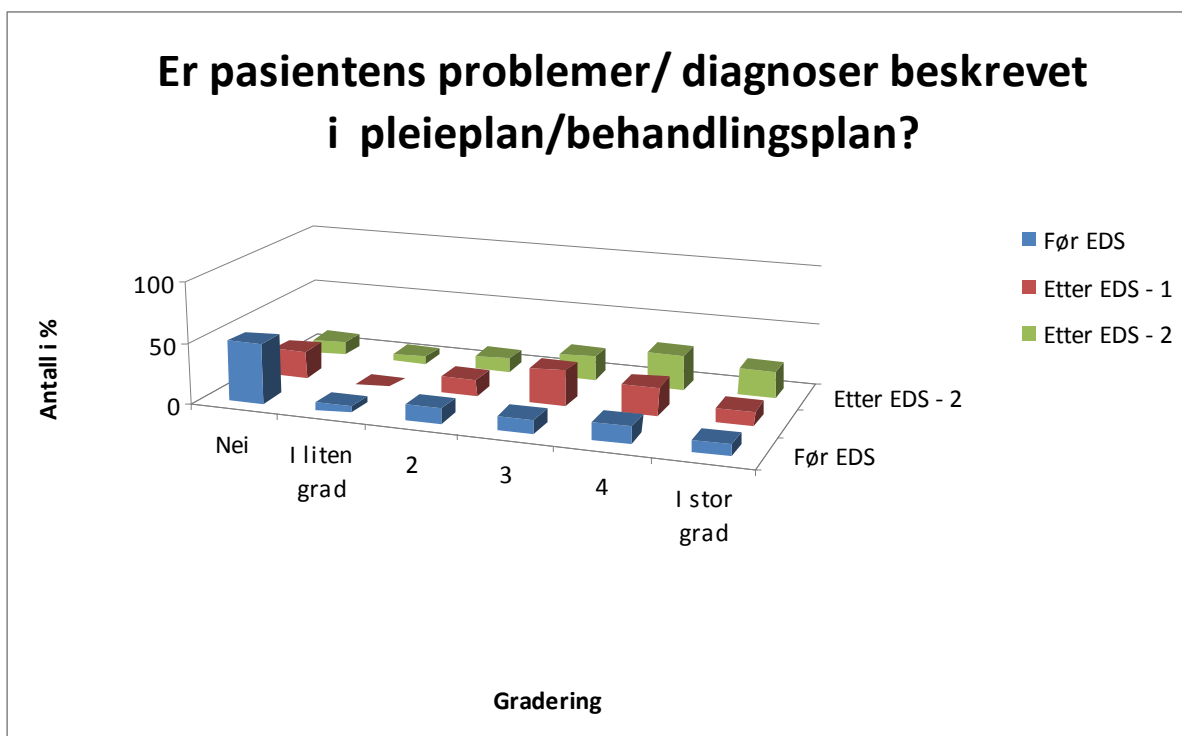
Vi tar først for oss journalgranskingen som ble utført i forbindelse med kvalitetsundersøkelsen. Deretter beskrives funnene fra de interne kvalitetskontrollene.

Vi presenterer ikke alle funnene fra kvalitetsundersøkelsen, men trekker frem de vi mener er mest sentrale for vår problemstilling. Hvordan kvalitetsundersøkelsen er gjennomført beskrives i punkt 4.5.2



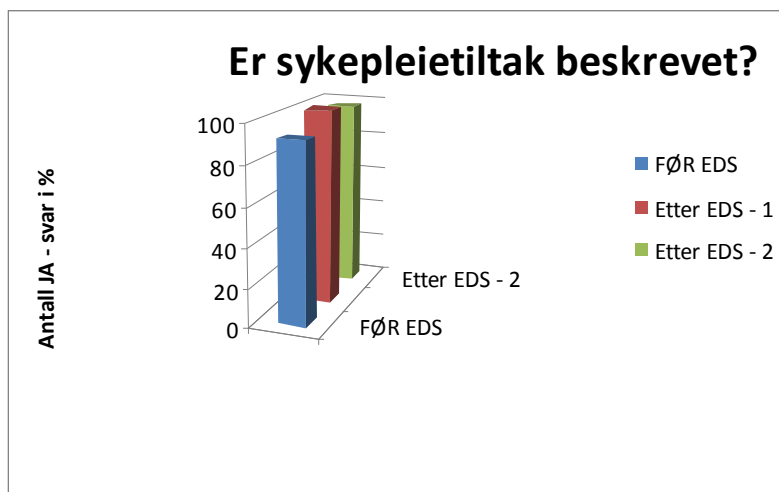
Figur nr.2

Den første fasen i sykepleieprosessen er problemformulering. Studien vår viser at det var dokumentert sykepleieproblemer/diagnoser i 100 % av journalene både før og etter innføring. Journalgranskingen tok ikke for seg hvor mange problemer/diagnoser som var beskrevet pr. journal.



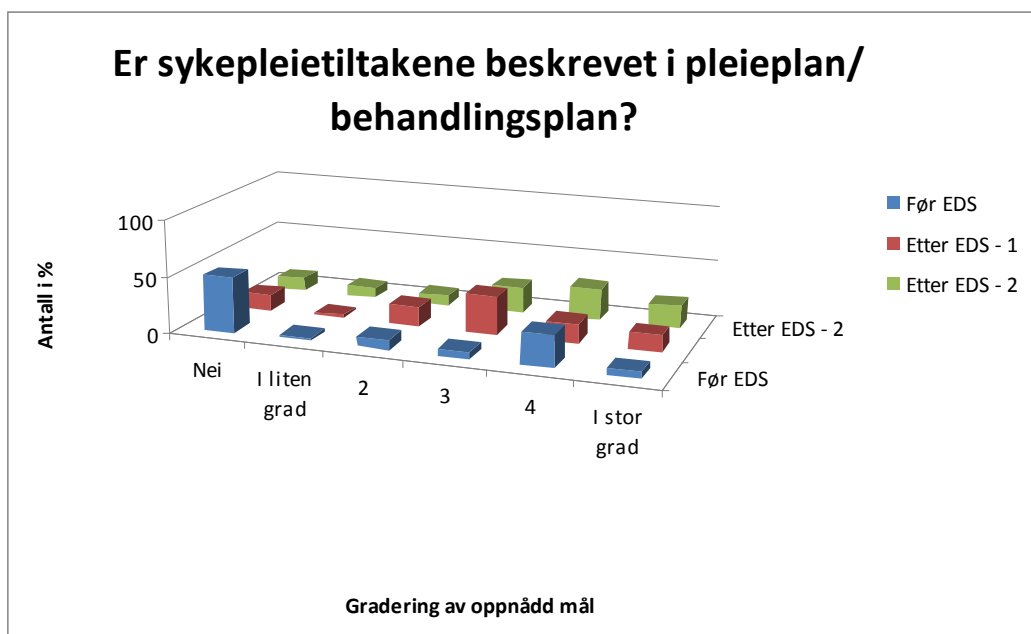
Figur nr.3

Figur nr.3 viser en trend i retning av at sykepleiediagnosene i større og større grad dokumenteres i pasientens behandlingsplan. Før innføring av EDS var tallet for middels til stor grad av registrerte sykepleiediagnoser i pasientens behandlingsplan 34 %, i 2011 var tallet 71,5 %.



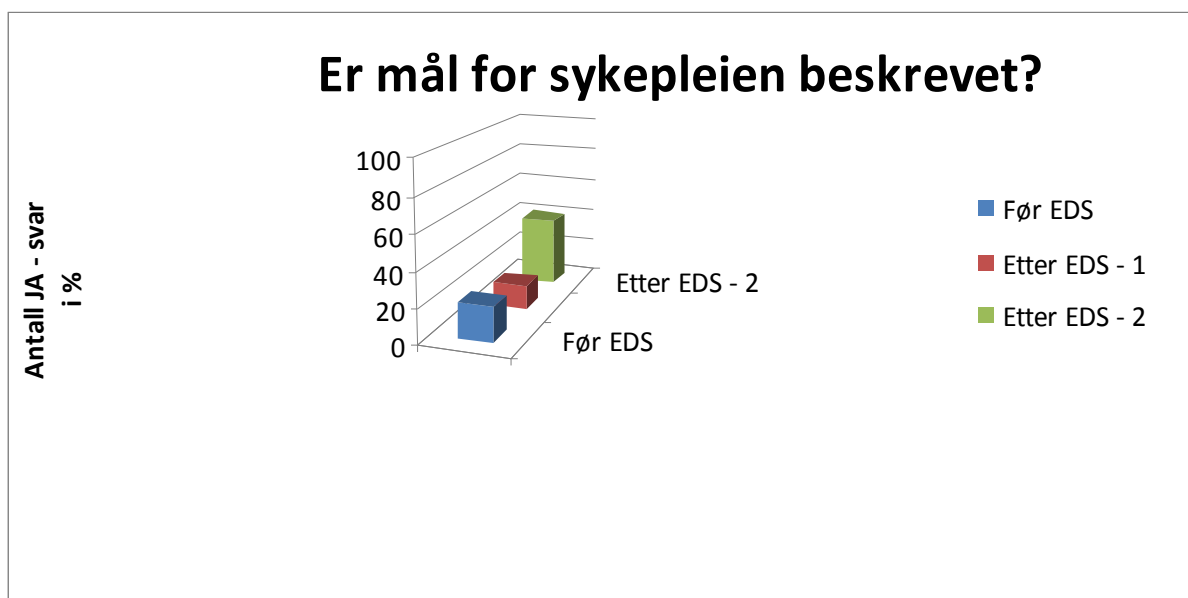
Figur nr.4

Figur nr.4 viser at dokumentasjon av sykepleietiltak ble dokumentert i 91,5 % av journalene før innføring av EDS. Tallet rett etter innføring var 100 % og i 2011 97 %. Studien tar ikke for seg hvor mange tiltak som er beskrevet pr. journal, bare om det var beskrevet tiltak i journalen.



Figur nr.5

I figur nr.5 ser vi en trend i retning av at sykepleietiltakene i større og større grad dokumenteres i pasientens behandlingsplan. Før innføring av EDS var tallet for middels til stor grad av registrerte sykepleietiltak i pasientens behandlingsplan 40 %, i 2011 var tallet 71,5 %. Utviklingen er nærmest identisk med utviklingen for beskrivelse av sykepleiediagnoser, se figur nr.3



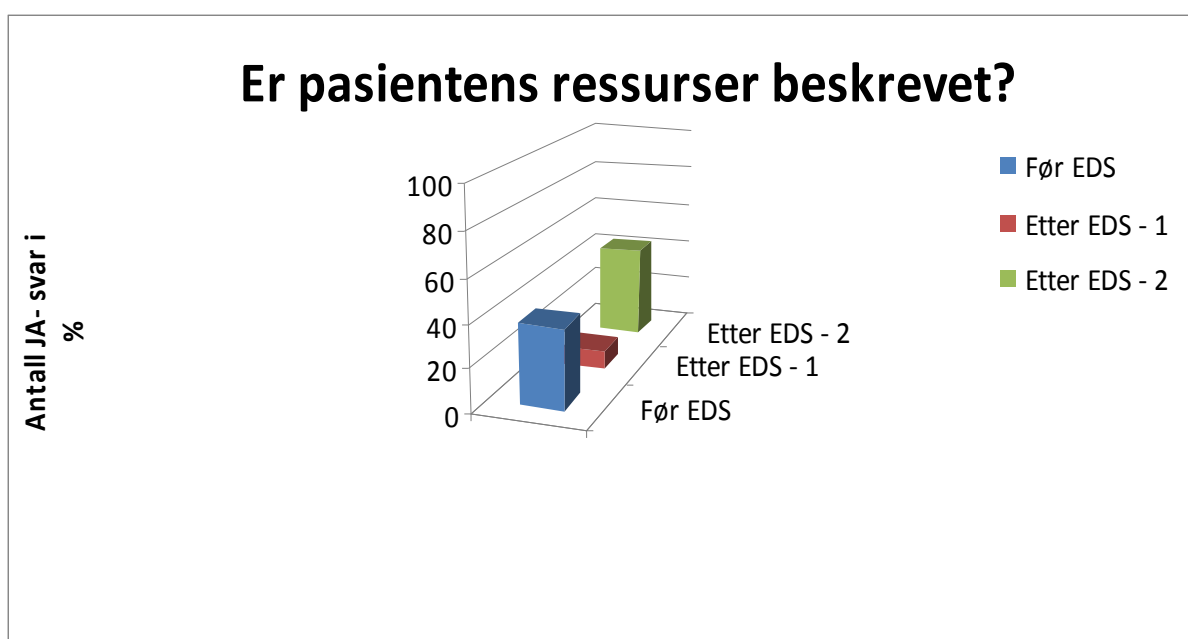
Figur nr.6

Mål beskrevet i sykepleiedokumentasjonen skal gi retning for hva som ønskes oppnådd med de sykepleietiltak som iverksettes. Mål skal blant annet gi retning for den sykepleie som planlegges og beskrive og reflektere hva man vil oppnå med sykepleietiltakene. Målene skal gjenspeile pasientens ønske for egen helsesituasjon (Carnevalli, 1992).

Søylene i figur nr. 6 viser at det før innføring var beskrevet mål i 20 % av journalene, mens rett etter innføring var dette tilfelle i bare 14 % av journalene. I den siste målingen er andelen journaler med målbeskrivelse oppe i 40 %. Dette er tall som opplagt bør og må bli bedre, men positivt er det at tendensen nå er stigende, og at dette resultatet er vesentlig høyere enn ved andre studier. Sørli (2007) finner i sin studie at det overhodet ikke var beskrevet mål i sykepleiedokumentasjonen etter innføring av EPJ, mens det i større grad var beskrevet på papir før innføring av EPJ. Hun peker på at en årsak kan være at systemet det dokumenteres i ikke bygger opp under målbeskrivelser og setter begrensninger for svært viktig informasjon. Hun mener dette henger sammen med at mål for sykepleie ikke er definert i plan for sykepleie etter innføring av EPJ. Sørli (2007) viser videre til at andre studier og forskning (Moen et.al.,

2008, Carnevalli, 1992 og Lyngstad, 2002) som også viser at mål ofte mangler i sykepleieplaner.

I DIPS er det støtte for beskrivelse av mål i pasientens behandlingsplan, og det er således støtte for dette i den EPJ Sykehuset Østfold benytter. Denne funksjonaliteten var dog ikke i systemet ved innføring og kan derfor delvis forklare Sørlis funn fra 2007. Ved en dypere gjennomgang av tallene fra våre undersøkelser ser vi at det er målbeskrivelser i behandlingsplaner fra psykisk helsevern som utgjør den største andelen. Dette støtter også et generelt inntrykk vi har knyttet til det å definere mål i behandlingsplaner, da vår erfaring er at somatikken ikke benytter målbeskrivelser i like stor grad som psykisk helsevern.

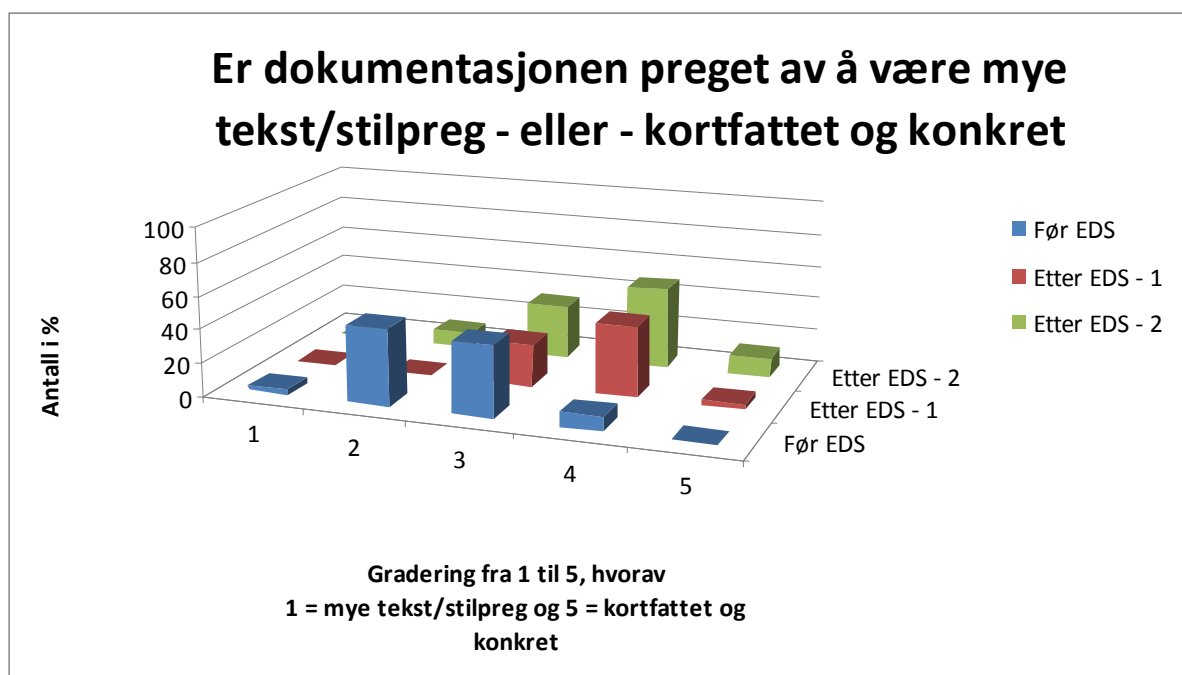


Figur nr.7

Flere studier beskriver viktigheten av at sykepleiere kjenner pasientens situasjon og hva pasientene ønsker å oppnå for sin egen helse (Ross et.al., 2004 og Suhonen et.al., 2006). Konsekvensene ved mangel på kunnskap om pasientens normalstatus kan blant annet bidra til at pasientens ressurser ikke blir identifisert godt nok. Dette kan medføre at pasientens mulighet til å avhjelpe egen helsesituasjon svekkes, og/eller at tiltak som blir iverksatt kan underminere pasientens ivaretagelse av egen helsesituasjon.

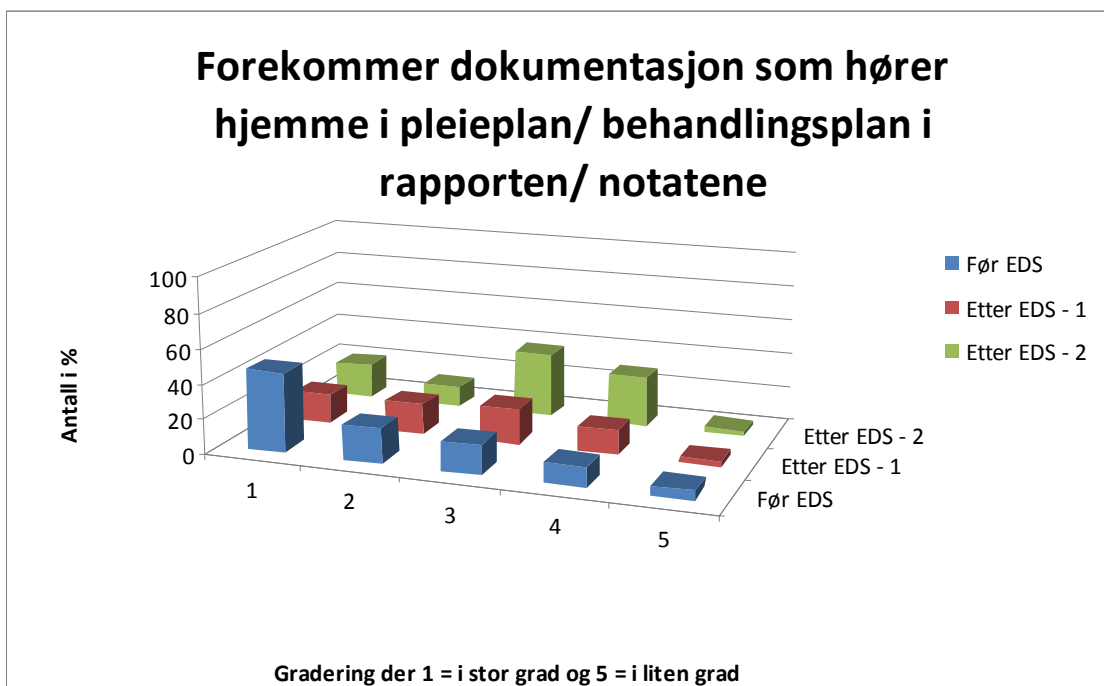
Søylene i figur nr.7 viser at pasientens ressurser var beskrevet i 37 % av journalene før innføring av EDS, mens det ved den siste målingen var beskrevet ressurser i 43 % av

journalene. I målingen rett etter innføring var det en særdeles dårlig score på 8,5 %. Om vi ser nærmere på detaljene knytte til dette finner vi at omtrent alle ressurser som er beskrevet i pasientens journal er nedtegnet i fortløpende notater og ikke i pasientens behandlingsplan. Dette kan skyldes at det i behandlingsplanfunksjonaliteten i DIPS ikke er tilrettelagt for å dokumentere pasientens ressurser på samme måte som mål, sykepleieproblemer og tiltak.



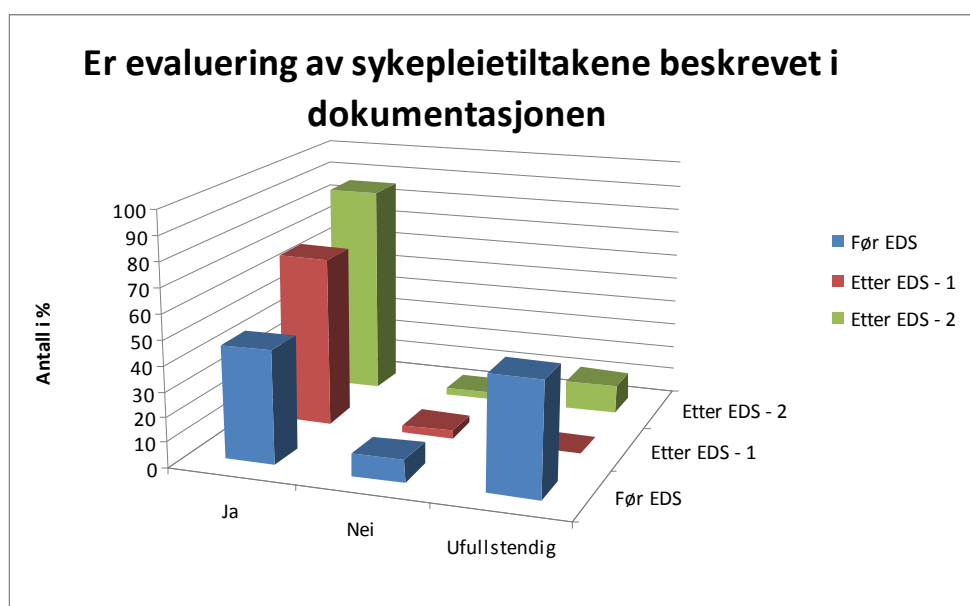
Figur nr.8

Søylene i figur nr. 8 viser hvordan omfanget og språket i den fortløpende dokumentasjonen, altså i notatene, har utviklet seg. Både lovverk og forskning understreker at informasjonen om pasientene skal være nødvendig og relevant, i denne sammenheng vil det si kortfattet og konkret. Ut fra figuren vises en tydelig trend mot at den fortløpende dokumentasjonen beveger seg i ”riktig retning”. Dokumentasjonen fra 2011 er i mye større grad preget av kortfattet og konkret innhold i notatene enn spesielt før innføring av EDS, men også i forhold til dokumentasjonen fra rett etter innføring. Imidlertid er det fortsatt ”mer å hente” knyttet til enda større grad av konkretisert og kortfattet dokumentasjon.



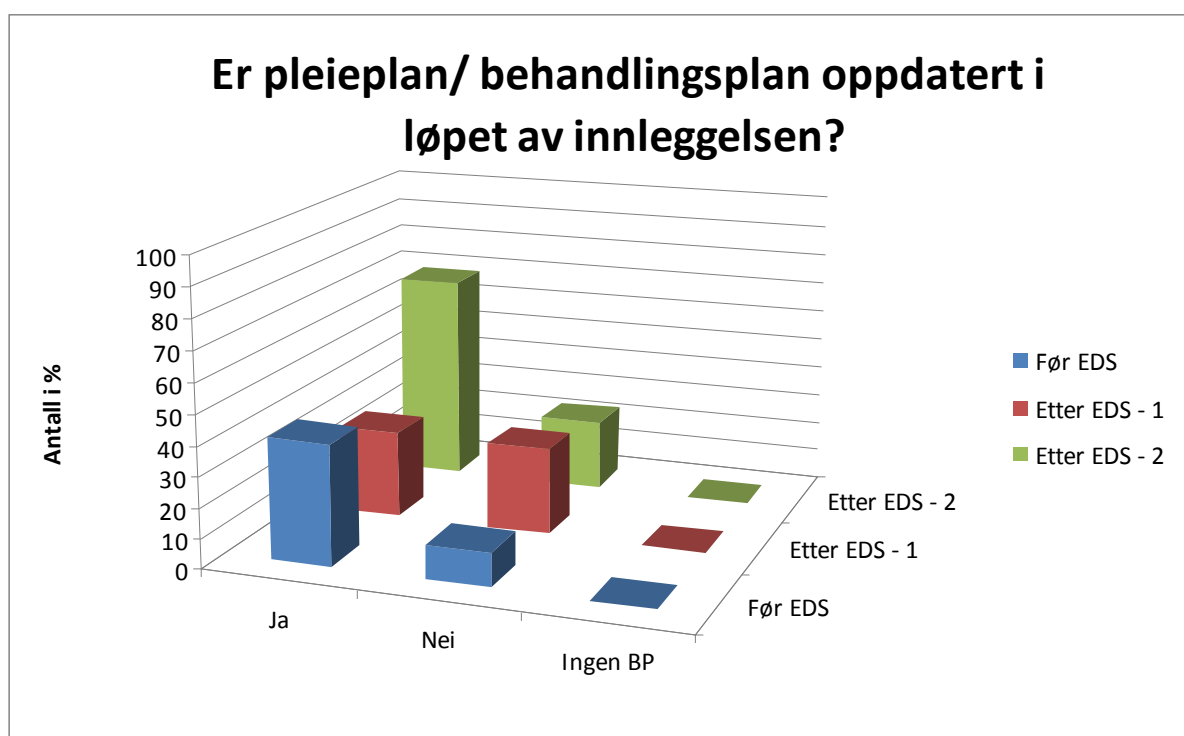
Figur nr.9

Resultatene i figur nr.9 bidrar til å gi et bilde av i hvor stor grad behandlingsplanen er hoveddokument for dokumentasjonen. Jo mer dokumentasjon som står i notatene, men som hører hjemme i behandlingsplanen, jo dårligere følges kravene i prosedyren om at behandlingsplanen er hoveddokumentasjon og planen blir ikke til å stole på. Av søylene ser vi at trenden tydelig viser at mer og mer av dokumentasjon som skal stå i behandlingsplanen, faktisk står der og ikke i notatene. Fortsatt er det imidlertid slik at i ca. tre av ti journaler dokumenteres det informasjon i rapportene som skal stå i behandlingsplanen.



Figur nr.10

Iverksatte sykepleietiltak skal evalueres i sykepleiedokumentasjonen, og søylene i figur nr 10 er et uttrykk for i hvilken grad dette gjøres. Evalueringen uttrykkes i tekst i notatene og status på tiltakene oppdateres i pasientens behandlingsplan. Før innføringen av EDS ble 45 % av tiltakene som var beskrevet evaluert i dokumentasjonen, 45 % ble ufullstendig evaluert, og 10 % av tiltakene var ikke evaluert i det hele tatt. Rett etter innføring ble 69 % av de beskrevne tiltakene evaluert, mens ved siste måling ble hele 86 % evaluert. Dette er en signifikant økning som skiller seg fra mye annen forskning på området hvor det avdekkes lav grad av evaluering i dokumentasjonen, både før og etter innføring av EPJ. Sørli (2007) fant i sin studie markant lavere tall enn oss og viser til flere studier med tilsvarende resultater som hennes studie (Suhonen et.al., 2006, Ross et. al., 2004 og Voutilainen et.al., 2004).



Figur nr.11

Søylene i figur nr.11 viser om behandlingsplanen oppdateres minimum en gang med relevant innhold, i løpet av pasientens opphold i sykehuset. Resultatene kan gi et bilde på om behandlingsplanen er ”levende” og oppdatert, eller om den kun blir opprettet men deretter ikke brukes aktivt videre. Resultatene her bør ses i sammenheng med figur nr.9 som beskriver om tekstdokumentasjonen er kortfattet og konkret, da det ofte er en sammenheng mellom dette og en oppdatert behandlingsplan. Den bør også ses i sammenheng med rapporten som viser oppdatering av behandlingsplan. Resultatene i figuren over viser at behandlingsplanen ble oppdatert minimum en gang i 69 % av innleggelsene ved siste måling. I den første

målingen var dette tilfelle i bare 40 % av journalene som hadde pleieplan, mens rett etter innføring var det en "dupp" til 28 %."Duppen" rett etter innføring skyldes muligens manglende kunnskap om funksjonalitet om oppdatering av behandlingsplan. Det var også mye fokus på at alle pasienter skulle ha en behandlingsplan, og dette ble kanskje viktigere enn å ha "levende" behandlingsplaner.

2. Intern kvalitetskontroll

Hvordan den interne kvalitetskontrollen gjennomføres er beskrevet i punkt 4.5.3. Det er pr. 20.04. 2012 gjennomført interne kvalitetskontroller i 21 poster i sykehuset, det vil si i snaut halvparten av alle poster som har innført EDS. Resultatene fra kvalitetskontrollen graderes i tre nivåer basert på fargekoder, der rød er kritisk, oransje er poster som må følges tettere og grønn representerer godkjente resultater. Graderingen foretas av Klinisk IKT-senter på grunnlag av resultatene fra kvalitetsindikatormålingene og journalgransking, samt samtaler med seksjonsleder i den aktuelle posten hvor seksjonslederens oppmerksomhet mot EDS kartlegges.

18 av postene har fått gradering "grønn". Med det menes at kvaliteten på dokumentasjonen er tilfredsstillende i henhold til de retningslinjene og prosedyrene SØ har vedrørende EDS. Uansett gradering utarbeides det alltid en handlingsplan for videre utvikling av EDS basert på de resultatene som er framlagt, da det alltid er et eller flere områder som kan forbedres. En post har fått gradering "oransje", mens tre enheter har fått graderingen "rød". I alle postene har det vært enighet om graderingen mellom seksjonsleder og Klinisk IKT-senter. I postene som har fått graderingen "rød", har det gjennomgående bildet vært at behandlingsplanen ikke brukes som det er bestemt i tillegg til at notatene er svært mangelfulle. Postene følges opp med tett kontakt fra Klinisk IKT-senter i etterkant, samt påfølgende undervisning og andre relevante tiltak. I en av postene med gradering "rød", har det i etterkant av iverksatte tiltak blitt gjennomført en ny undersøkelse, denne gangen med svært godt resultat og gradering "grønn". Dette gir gode indikasjoner på at bruk av måleparameter og tett oppfølging fra forvaltningsenhet gir resultater i form av kvalitetsøkning på dokumentasjonen. De interne kvalitetskontrollene indikerer, slik vi vurderer det, i veldig stor grad at kvaliteten på dokumentasjonen er i henhold til de krav som er fastsatt av sykehuset, og at det dokumenteres i henhold til lovverk og prosedyre for EDS i SØ.

5.3 Kvalitetsindikatorer for måling av kvalitet på dokumentasjonen

Kvalitetsindikatorer og systematisert måling av kvalitet har ikke lange tradisjoner verken i Sykehuset Østfold eller andre sykehus og kommuner for den saks skyld. Det er gjennomført spredte forsøk i ulike innpakninger, men ingen har, etter det vi kjenner til, klart å synliggjøre dette på en tilfredsstillende måte gjennom systematiserte målinger og rapportering i linjen på resultater.

I prosjektperioden ble det, som beskrevet i punkt 3.3.1 utarbeidet en gevinstrealiseringsplan for EDS. Et av hovedpunktene i denne planen var at lederne i sykehuset trengte verktøy for måling av kvalitet på EDS, slik at de raskt kunne danne seg et bilde av status på dokumentasjonen. Dette ble regnet som helt vesentlig for å lykkes med å nå målene for innføringen. Som nevnt tidligere ble det i Sykehuset Østfold, i samarbeid mellom flere sykehus i HSØ, utarbeidet indikatorer i form av elektroniske rapporter i DIPS. Implementering av indikatorene, oppfølging av disse i linjen samt gjennomføring av kvalitetsundersøkelse/intern revisjon, ble vedtatt i SLM juni 2009.

5.3.1 Funn vedrørende kvalitetsindikatormålinger

Rapportering på indikatorene i ledelsens gjennomgang (LGG) hvert tertial, ble regnet som en avgjørende forutsetning for å sikre videre oppfølging av og fokus på EDS (jamf.pkt 3.3.1). Ut fra det instrumentelle perspektivet forutsettes det at rapporteringen er satt i system, at kvalitetsundersøkelser gjennomføres, at Klinisk IKT-senter følger opp utviklingen i postene og at dette sikrer måloppnåelse for EDS i Sykehuset Østfold. Ved at indikatorene er utarbeidet i samarbeid mellom sykepleiefaglige miljøer i mange sykehus i Helse Sør-Øst, forutsetter vi at de representerer viktige områder sett fra et sykepleiefaglig perspektiv. Tilbakemeldingen gjennom dialog med de kliniske miljøene i eget sykehus støtter også dette.

Vedtaket om at kvalitetsindikatorer og verktøy for måling av kvalitet skal benyttes og rapporteres i linjen, ivaretar etter vår mening det Mathisen og Nordbø (2011) beskriver som en av forutsetningene til at kvalitetsindikatorer skal være en hjelp for lederne. Det stilles krav fra organisasjonen, noe som gjenspeiler at sykehuset anser dette som et viktig område. Videre krever rapporteringen gjennomgang av rutiner og arbeidsprosesser knyttet til dokumentasjon i de aller fleste enheter. Resultatene fra målingene følges opp i samarbeid med Klinisk IKT-senter. Respondentene i Klinisk IKT-senter hevdet at denne oppfølgingen fungerer tilfredsstillende i mange av postene, men at det i enkelte poster er vanskeligere å få leder "på

banen”. Dette stemmer overens med seksjonsledernes egen kommentarer om at det i en hektisk hverdag kan være vanskelig å prioritere oppfølging av EDS.

Mathisen og Nordbø (2011) påpeker at leder må være god til å forstå, tolke og kommunisere data om kvalitetsindikatorer, og at leder i mange tilfeller trenger råd til dette for å sikre forsvarlig bruk. Vi mener dette også er godt ivaretatt i sykehuset. Mange seksjonsledere informerte om at de har egne fagutviklingsrådgivere eller fagutviklingssykepleiere som har fått delegert denne oppgaven, og som de bruker som støtte i dette. Enkelte seksjonsledere viste til at de selv er så trygge på denne oppgaven og prioriterer den såpass høyt at de selv ønsket å være den som fortolker og formidler resultatene til de ansatte. I tillegg får samtlige poster tilbud om støtte fra Klinisk IKT-senter som også er aktive gjennom å samordne og presentere tallene fra indikatorene på en forståelig måte. I lys av dette mener vi at kvalitetsindikatorer som måler ulike områder knyttet til EDS hjelper ledere til å utøve bedre ledelse. Dette oppfyller også krav og forventninger i lys av det instrumentelle perspektivet, som forutsetter at verktøy som er vedtatt innført, benyttes etter intensjonen og understøtter de mål som virksomheten har satt.

Blant klinikkdirektørene var det noe ulike tilbakemeldinger knyttet til bruk og erfaring med kvalitetsindikatormålingene. To av dem påpekte at bruk av indikatorer øker bevisstheten knyttet til dokumentasjon, særlig hos ledelsen, både på avdelings- og seksjonsnivå. En direktør uttrykte at *”Indikatorer er viktige og nødvendige da tallene kan følges over tid på de enkelte enheter”*. To av direktørene bekreftet at de mottar rapporter i LGG hvert tertial og etterspør resultater. De oppga rapportene til å være et godt verktøy for å følge opp postene, og til å avdekke hvor det er bra og hvor det er mindre bra resultater. Den tredje direktøren var mer usikker i forhold til om indikatorene hadde noen større betydning isolert sett. Direktøren mente det er viktigere at de blir satt i et system for oppfølging, mer enn å vite hva indikatoren uttrykker.

En av direktørene var tydelig på at vedkommende så sammenheng mellom dårlige resultater og ledelsesmessige årsaker. Alle tre pekte dog på at det ikke er nok med rapportene i seg selv for å få et reelt bilde av kvaliteten på dokumentasjonen. En av dem sa at *”Det er vanskelig å definere de gode, presise indikatorene. Jeg ønsker en mer inngående rapportering om kvaliteten på systemet/dokumentasjonen, rapportene gir ikke en reel oversikt over virkelig bruk av systemet”*. Dette var en overraskende uttalelse for oss, da en slik oppfølging er satt i

system av Klinisk IKT-senter. Dette viser at oppfølgingen som utføres ikke rapporteres oppover i linjen, og at resultatene ikke etterspørres av ledelsen.

En av direktørene fortalte at de i sin divisjon nå vurderer å gå mer over til oppfølging av dokumentasjonen ved å innlemme EDS i internrevisjonen på lik linje med andre områder. Da ville muligens behovet for rapporter i LGG bli mindre. Slik vi ser det, er det i denne klinikken slik at noe av hensikten er oppnådd, ved at det da etableres en systematisk oppfølging i linjen. Verktøyene som benyttes er da ikke de viktigste, selv om målingene fortsatt vil kunne være et godt hjelpemiddel. Videre mente direktøren at man også gjennom Helsetilsynskontroller får en ”avsjekk” på kvaliteten på dokumentasjonen. *”Tilbakemeldingene fra Helsetilsynet har gått helt klart i retning av at dokumentasjonen er blitt bedre”*, fortalte direktøren.

Også fra seksjonslederne kom det noe ulike signaler. Det store bildet er at rapportene eller resultater ikke etterspørres spesielt fra nivåene over. Tallene rapporteres som vedtatt i LGG, men seksjonslederne opplyste at de mer ble benyttet til intern bruk i posten og til å sammenligne seg med andre poster. Det ble påpekt at dette i seg selv har en egenverdi og at det er viktig med fokus på tall. Det ble bekreftet at rapportene gir et bilde av status for EDS på postene, men at det er nødvendig med andre verktøy for å avdekke den reelle kvaliteten. En seksjonsleder sa at *”Rapportene er bra. Det er bra med konkrete krav og tall som er lette å forstå”*. Det ble poengtert at indikatorene gir mening, men at det er nødvendig å komplettere med en ”dypere” gjennomgang. Den samme seksjonslederen opplyste at det ikke i noen særlig grad har vært etterspurt fra linjen, men at avdelingssjef i vår kom med et initiativ om å sette dokumentasjon på agendaen.

Flere av seksjonsledere uttrykte at de var opptatt av å ha gode resultater, og at det er et mål for leder å nå de måltall som er definert. En opplyste at kvalitetsindikatormålingene ikke ble benyttet, men at dette var helt bevisst fordi de *”har god kontroll på dokumentasjonen”*. Dette blir også meldt tilbake i linjen og derigjennom mente seksjonslederen at etterspørsel av indikatorene var unødvendig. Den samme seksjonslederen mente at tilbakemeldingene fra Klinisk IKT-senter var mye viktigere og vesentligere enn indikatorene.

Ressurspersonene bekreftet bildet av at seksjonsledere er opptatt av rapportene og at dette er et tema i postene. De hadde flere utsagn som underbygget det de mente bruk av kvalitetsindikatorer og rapporter bidrar til: *”Rapportene framstår som kontroll i positiv*

forstand” og ”det er en kvalitetssikring på hvordan dokumentasjonen er”. Andre utsagn som underbygger dette er ”Det er lettere å få leder til å jobbe med dokumentasjonen” og ”rapporter er et viktig middel for å nå målet om høyere kvalitet på dokumentasjonen”. Et så tydelig bilde av synet og erfaring med bruk av rapporter forteller at dette er et meget viktig virkemiddel sett fra sykepleiernes ståsted. De påpekte også at det er nødvendig med oppfølging over tid og at bruk av rapporter må fortsette som en del av oppfølgingen av EDS. En av personene i fokusgruppeintervjuet sa imidlertid at hun aldri hadde sett rapportene/indikatorene fordi leder ikke videresendte, og uttrykte at dette var et savn når hun hørte hvordan andre ressurspersoner brukte resultatene.

Personene i Klinisk IKT-senter sa at hovedfunksjonen til kvalitetsindikatorene er at lederne får tall som er lette å lese og forstå i forhold til om de er bra eller ikke bra. Indikatorene gir et grovt måltall på om systemet brukes som det skal, og lederne må forholde seg til disse og sette inn tiltak. Dette understøttes av utsagnet om at ”det blir fokus på det det måles på og sykepleiedokumentasjon blir viktig, noe man ønsker å være gode på. Samtidig gjør målingene at de sammenligner seg med andre poster og dette trigger også”. I forhold til om bruk av indikatorene oppleves som positiv eller negativ kontroll svarte personene i Klinisk IKT-senter at dette er sammensatt: ”for mange er dette positivt ved at det utfordrer lederne på en positiv måte, mens andre synes dette er pesete og ennå en ting de må forholde seg til i hverdagen”.

Mathisen og Nordbø (2011) stiller spørsmål om innføring av kvalitetsindikatorer vil gjøre sykepleieres arbeid lettere. De svarer selv både ja og nei på dette. De hevder kvalitetsindikatorer bidrar til å fokusere på hva sykepleiere arbeider for, spesielt hvis det er resultatmål det dreier seg om, og hva som trengs for å gjøre jobben skikkelig. De sier at innføring av kvalitetsindikatorer tar tid, og at det må være noe som kan flettes inn i daglig virksomhet lenge etter at et oppstartsprosjekt er over, og det må finnes pålitelig og fullstendig dokumentasjon bak data (op.cit.). Vi mener det i et kulturelt perspektiv er viktig at sykepleierne opplever innføringen av indikatorer som nyttig og at det ikke oppleves som merarbeid, i hvert fall ikke lenger enn i en liten innføringsperiode. Dette er viktig for at indikatorene skal oppfylle sin hensikt med å være et viktig bidrag til kvalitetsøkning på dokumentasjonen. Som nevnt tidligere i oppgaven oppleves rapporteringen og målingene på EDS som noe positivt. Som en seksjonsleder sa det: ”De ansatte er ikke negative til disse tallene, slik de kan være for eksempel med økonomiske tall”. En annen seksjonsleder sa at

indikatorerne skaper en ”konkurranse” i positiv forstand, og at de ansatte har blitt mer motivert og opptatt av å ha gode resultater.

I lys av dette mener vi at kriteriene Mathisen og Nordbø (2011) setter for at innføring av kvalitetsindikatorer skal gjøre sykepleieres arbeid lettere, oppfylles i Sykehuset Østfold. I hvert fall i den forstand at det medfører at prosessene rundt dokumentasjon av sykepleie blir enklere, og som en følge av dette også sykepleiernes arbeid. Graden av dette vil helt sikkert variere mellom enhetene, men det store bildet tilsier at svaret på spørsmålet er ja.

5.4 Ledelsesforankring

Ledelsesforankring handler som beskrevet i punkt 3.3.4 om at viktige aktører må ha kunnskap, interesse og opplevelse av forpliktelse knyttet til gjennomføringen av et arbeid og for at endring skal oppnås. Nedenfor analyseres først risiko forbundet med mangel på ledelsesforankring. Deretter drøftes utsagnene om ledelsesforankring. Til slutt beskrives omfanget av opplæring i innføringen av EDS.

5.4.1 Risiko forbundet med mangel på ledelsesoppfølging

Gjennom hele prosjektperioden ble risiko knyttet til videre oppfølging av EDS etter endt prosjekt flagget som en av de to mest framtrepende risikoene (se tabell nr.7). Ledelse og ledelsesoppfølging ble nevnt som det viktigste tiltaket. Som det fremgår vedtok styringsgruppen allerede i januar 2007 at det stilles krav til oppfølging og tilrettelegging fra linjeledere og at gjennomgang av kvalitet på EDS skulle innlemmes i sykehusets revisjonssystem. Prosjektet ønsket et vedtak på at det skulle opprettes egne fagstillinger med ansvar for EDS, men av flere ulike årsaker ble ikke dette vedtatt. Styringsgruppen vurderte at oppfølging av EDS måtte tilpasses lokale forhold på hver enkelt post, og at det var et uttalt ansvar for seksjonslederne å gjøre nettopp dette. Fagsykepleiere kunne ha EDS som et av flere ansvarsområder, men det ble ikke vedtatt at det skulle være egne stillinger til dette.

Risiko nr. 5	Konsekvens	S	K	R	Tiltak/beredskapsplan
For liten grad av tilrettelegging av videre oppfølging etter oppstart	<ul style="list-style-type: none"> Motivasjon i posten blir redusert Får ikke den forventede kvaliteten på dokumentasjon Forventet effektivitetsgevinst uteblir Verktøyet ikke brukes som ønsket 	3	3	9	<ul style="list-style-type: none"> Vedtak fra styringsgruppa 090107 om krav til tilrettelegging og oppfølging fra leder i linjen. Prosjektet skal støtte opp om dette arbeidet. Styringsgruppa ønsker at EDS skal innlemmes i SØ's revisjonssystem Skal etablere faste møter med ledere enkeltvis for oppfølging Utvikler et system for oppfølging av kvaliteten på dokumentasjon som er tiltenkt tatt i bruk av ledere Utvikle et forslag til organisering av oppfølging av dokumentasjon for den enkelte post (fagsykepleier dok. arbeidsgruppe etc)

Tabell nr.7

I SLM i november 2010 ble sluttrapporten til EDS-prosjektet vedtatt med beskrivelse av videre plan for oppfølging. Seksjonslederens ansvar for oppfølging ble igjen understreket. I tillegg ble det pålagt at arbeidet med å optimalisere EDS skulle ses i sammenheng med prosessene inn mot nytt sykehus i 2015.

Sak 174-10, 16.11.2010: Sluttrapport for prosjekt "Elektronisk dokumentasjon av sykepleie"

Adm. direktørs beslutning:

- 1. Sluttrapport for prosjekt "Elektronisk dokumentasjon av sykepleie" tas til orientering.*
- 2. SLM gir deltakerne i prosjektet honnør for solid innsats.*
- 3. Plan for forvaltning av EDS vedtas.*
- 4. Prosedyre for kvalitetskontroll av EDS vedtas.*
- 5. Seksjonsleder har et overordnet ansvar for EDS i sin enhet. Dette innebærer at personalet er kjent med prosedyren "Elektronisk dokumentasjon av sykepleie (EDS)" F/15 10-01 i EK.*
- 6. Videreutvikling skal skje i samarbeid med OU-prosjektet og i samsvar med overordnede mål for SØ 2015.*

5.4.2 Funn vedrørende opplevelse av ledelsesforankring

To av klinikkdirektørene var meget tydelige på leders ansvar for oppfølging av EDS og påpekte at den viktigste forutsetningen for å lykkes var nettopp dette. En av direktørene i somatikken sa at inntrykket er at det varierer mellom postene i hvilken grad ansvaret for EDS er satt i system. Noen poster har ressurs-/fagpersoner med ansvar for EDS innenfor sitt ansvarsområde, men ikke alle. Samtidig ble det understreket at avtaleverk ligger i veien for å definere egne fagstillinger på EDS slik styringsgruppen i prosjektet også refererte til. En annen direktør mente at *”Man må ha ledere som banker de ansatte på skuldra, dette er et av områdene som til enhver tid må ha oppmerksomhet. EDS er en alt for viktig ting til ikke å ha blikket på!”*.

Blant seksjonslederne var tilbakemeldingene på hvordan de har organisert oppfølgingen av EDS noe ulik. Som skrevet tidligere var det dog et merkbart skille mellom somatikken og psykisk helsevern. I psykisk helsevern ble det fortalt om egne ”fagutviklingsrådgivere” på hver enkelt post som er fritatt for arbeid i klinikken. De jobber 100 % med fagutviklingsområder, hvorav EDS er et av områdene som er tillagt samtlige. I somatikken ble det fortalt at et slikt system ikke er etablert. Man har sykepleiere med ansvar for fagutvikling innenfor ulike områder, men disse personene er i det store og hele ikke frigitt i full stilling. Det ble også sagt at disse oftere ble dratt inn i driften ved mangel på personell, i tillegg til at EDS var et av områdene som lett ble nedprioritert i jungelen av omorganiseringer og prosjekter. Dette var i mye mindre grad vanlig innenfor psykisk helsevern. Det må påpekes at dette selvsagt varierer også innenfor somatikken, men forskjellene er såpass uttalt at de er verdt å nevne da dette opplagt kan ha konsekvenser for oppfølgingen av EDS.

Seksjonslederne i psykisk helsevern viste til at de nevnte fagutviklingsrådgiverne har delegert ansvaret for oppfølging av EDS i sine poster. I en av postene var det to personer som hadde dette ansvaret. Alle seksjonslederne i psykisk helsevern sa at et av de viktigste områdene til disse var å følge opp EDS i det daglige. De viste til at et av virkemidlene som blir benyttet, og som man har god erfaring med, er individuell oppfølging ute på posten. Dokumentasjonen blir gjennomgått med den enkelte pleier, hvor bruk av behandlingsplan er helt sentralt. Det ble sagt at det alltid ligger et tilbud om oppfølging, men at mange må aktivt oppsøkes. Det ble understreket at dette blir godt mottatt av personalet. Det ble fortalt om et høyt antall timer som medgår til slik individuell oppfølging i løpet av et år, og seksjonslederne sa at de var meget komfortable med at oppfølgingen av EDS var godt ivaretatt med denne praksisen. Det

ble dog poengtert av en seksjonsleder at det er personavhengig hvem som kan bekle en slik rolle. Utsagnet *”Jeg hadde ikke turt å overlate et slikt ansvar til hvem som helst”* underbygger dette. For ytterligere å understreke viktigheten av god oppfølging og dokumentasjon sa seksjonslederen at *”Ingen slipper inn i EDS uten at fagutviklingsrådgiveren har fått kloa i dem og gjennomført opplæring”*.

To seksjonsledere i somatikken var ærlige på at de ikke prioriterte oppfølging av EDS ved at ressurspersoner ikke fikk anledning til å jobbe med dette. En av dem sa at *”Når man startet med EDS var det legitimt å bruke ressurser. Nå er det ingen som holder i det, mye annet spiser tid”*. Seksjonslederen påpekte videre at det ikke er øremerket ressurser fra *”nivået over”*. To andre seksjonsledere i somatikken tegnet et helt annet bilde av situasjonen i sine poster. De opplyste at de i høyeste grad har satt oppfølging av EDS i system og at egne ressurspersoner har dette ansvaret. De beskrev en praksis som ligner mye på den som ble beskrevet i psykisk helsevern, med individuell oppfølging av de ansatte i hverdagen. En av dem opplyste at de har et system hvor ressurspersonene hvert kvartal eller halvår går gjennom hvordan den enkelte ansatte dokumenterer og gir direkte tilbakemeldinger. *”EDS krever kontinuerlig lederoppfølging”*, påpekte en av seksjonslederne. Det ble videre sagt at avdelingssjef ikke var opptatt av å etterspørre kvaliteten på EDS, mens klinikkdirektøren var det i større grad.

Sykepleierne beskrev mye av det samme som seksjonslederne, nemlig at det er variasjoner i hvilken grad og på hvilken måte oppfølging av EDS er satt i system. Seksjonslederne og sykepleierne var derimot helt samstemte på hvilke forutsetninger som må være til stede for en vellykket oppfølging og for at målene med EDS skal nås. Vi har nedenfor sammenstilt de forutsetningene som ble beskrevet:

1. Leder må være tydelig på hvordan dokumentasjonen skal være i sin post
2. Det må avsettes ressurser til individuell oppfølging og direkte veiledning
3. Oppfølgingsansvaret må ikke ”henge” på en person, viktig at flere involveres
4. Den enkelte ansatte må ansvarliggjøres på individnivå
5. Dokumentasjon må være et naturlig tema i posten slik at de ansatte blir opptatt av hva og hvordan de dokumenterer

5.4.3 Omfang av opplæring

Selv om ikke innføringsprosjektet av EDS er hovedtilnærmingen i vår oppgave, er det verdt å nevne omfanget av opplæringen hver enkelt ansatt fikk i forbindelse med innføring av EDS. Opplæringen var såpass omfattende at det ut fra det instrumentelle perspektivet kan forventes at det nesten ikke burde være behov for videre oppfølging i det hele tatt. Det faktum at det allikevel viser seg å være et sterkt behov for dette kan ha flere årsakssammenhenger, blant annet knyttet til kulturelle forhold som vi drøfter i punkt 5.6.2. Dessuten krever stadig utskifting av personell opplæring av nyansatte. I tabell nr.8 vises oversikt over undervisning av ressurspersoner i løpet av innføringsperioden. Tabellen er hentet fra sluttrapporten for EDS-prosjektet. Ressurspersonene utgjorde arbeidsgruppa som hadde ansvaret for innføringen i sin post og bestod i gjennomsnitt av 4-6 personer.

Tema	Type undervisning	Undervist av	Antall timer per ressursperson
Juridiske og etiske retningslinjer for dokumentasjon, kartleggingsundersøkelser, EDS-demo, IT-sikkerhet	Teori	Divisjonskoordinator	4 timer (på temadag i turnus)
Om prosjektet, bærende strukturer i DIPS EDS, demo, handlingsplan, målsetting m.m.	Teori	Divisjonskoordinator	6 timer
Generell DIPS-bruk for sykepleietjenesten	Praktisk	Divisjonskoordinator	6 timer
Veiledende behandlingsplaner, praktisk bruk	Praktisk	Divisjonskoordinator	6 timer
Veiledende behandlingsplaner, hvordan utarbeide + opplæring i litteratursøk	Teori	Divisjonskoordinator Bibliotekar	6 timer
Verktøyopplæring	Praktisk	Divisjonskoordinator	12 timer
Totalt antall timer opplæring ressurspersoner (pr. ressursperson)			40 timer
Kommentar: Ressurspersonene har i tillegg hatt fortløpende oppfølging av divisjonskoordinator ut fra behov. Dette har i stor grad funnet sted på arbeidsgruppemøter.			

Tabell nr.8

Tabell nr. 9 presenterer oversikt over undervisning av sluttbrukere gjennomført i innføringsperioden. Tabellen er hentet fra Sluttrapporten for EDS-prosjektet.

Tema	Type undervisning	Undervist av	Antall timer per sluttbruker
Juridiske og etiske retningslinjer for dokumentasjon, kartleggingsundersøkelser, EDS-demo, IT-sikkerhet	Teori	Divisjonskoordinator	4 timer
Rutineendringer, veiledende behandlingsplaner, NANDA og NIC, dokumentasjonsmaler i DIPS etc.	Teori	Arbeidsgruppen	4 timer (noe variasjon)
Verktøyopplæring	Praktisk	Arbeidsgruppen	6 timer
Totalt antall timer opplæring sluttbruker (pr. ansatt)			14 timer
<p>Kommentar: Sluttbruker skal etter denne opplæringen kunne dokumentere i EDS. Det har imidlertid vært behov for trening og oppfølging for at brukerne skal være i stand til å benytte verktøyet hensiktsmessig. Med hensiktsmessig bruk menes da i tråd med overordnet prosedyre. Hensiktsmessig bruk er nødvendig for å oppnå ønskede gevinster.</p>			

Tabell nr.9

I følge det instrumentelle perspektivet skal opplæring føre til at systemet benyttes som det er tenkt. Omfanget av undervisningen som er gjennomført trekkes frem for å synliggjøre at det mest sannsynlig ikke er mangel på undervisning som gjør at det fortsatt er behov for oppfølging, da denne har vært omfattende. Trekk ved undervisningen kan også spille inn, men vår erfaring er at behov for oppfølging vil være til stede fordi man via opprinnelig opplæring bare greier å komme opp på et visst kunnskapsnivå.

5.5 Forvaltning av elektronisk dokumentasjon av sykepleie

I SLM november 2009 ble det vedtatt å opprette Klinisk IKT-senter med ansvar for optimalisering og videreutvikling av PAS/EPJ, herunder EDS:

Sak 150-09, 05.11.2009:Etablering av klinisk IKT-senter

Adm. direktørs beslutning:

- 1. Det etableres et klinisk IKT-senter som overtar EPJ-senterets funksjon og ansvarsområde, under IKT-avdelingen.*
- 2. Klinisk IKT-senter har i tillegg til opprinnelig ansvarsområde for EPJ-senteret ansvar for optimalisering og videreutvikling av EDS, samt koordinerende funksjon mellom alle kliniske IKT-systemer.*

3. *IKT-avdelingen, seksjon klinisk IKT-senter tilføres 4 fulltidsstillinger f.o.m. 1.7.2010 i tillegg til de eksisterende fulltidsstillingene i EPJ-senteret.*
4. *Stillingene utlyses internt i SØ.*
5. *Budsjettmidler overføres fra de involverte divisjonene til IKT-avdelingen.*
6. *Saken legges frem for drøfting med hovedtillitsvalgte før gjennomføring.*

I vedtaket i SLM ble Klinisk IKT-senter tillagt et ansvar for å støtte og følge opp klinikken i forhold til bruk av EDS. To stillinger, fordelt på to personer, er dedikert til dette området i senteret. En viktig del av ansvarsområdet innebærer presentasjon av kvalitetsindikatormålingene for ledere hvert tertial, gjennomføring av interne kvalitetskontroller i postene, samt møter med seksjonsleder og ressursperson i hver enkelt post for å gjennomgå resultatene (jamf.pkt.4.5.3). Som nevnt i punkt 4.7.3 anbefaler Konsernrevisjonen at det etableres tilfredsstillende intern styring og kontroll for det pasientadministrative arbeidet. I så måte møter sykehuset Konsernrevisjonens anbefalinger bra når det gjelder oppfølging og styring av EDS, ved at dette er etablert.

Det instrumentelle perspektivet legger vekt på kontroll av de ansattes handlinger og prestasjoner, i mer eller mindre tydelige varianter av rapportering og overvåking. Som tidligere nevnt sier Jacobsen (2008:61-108) at kontroll skal sikre at de ansatte handler i henhold til mål og retningslinjer for virksomheten. En kontrollfunksjon for EDS i Klinisk IKT-senter har både en tydelig form gjennom direkte tilbakemelding og møte med de ulike ledere i sykehuset, samt en mer tildekket form ved at man gjennomgår dokumentasjonen til postene regelmessig uten at de vet når eller er involvert i dette. I praksis henger dette sammen ved at de resultater og innhold som avdekkes ved gjennomgang av dokumentasjonen, danner grunnlag for tilbakemelding og møter med postene. I fellesskap blir man enige om virkemidler og en handlingsplan for veien videre slik at EDS utføres i tråd med sykehusets mål.

5.5.1 Funn vedrørende forvaltning

I artikkelen ”Det vanstyrte sykehus” i Aftenposten 30.09.2011 beskriver professor i geriatri ved OUS, Torgeir Bruun Wyller, en klinisk hverdag med stadig mer (og unødvendig) kontroll. Han sier blant annet at vi har fått en uhemmet vekst i antall personer som ikke yter noe for pasientene, men som utvikler kontrollordninger, driver internfakturering, krever inn rapporter, flytter rundt på helsepersonellet og planlegger stadig nye endringer. Han hevder at

kjernen i dette er en grov mistro fra lederne overfor dem som utfører den daglige pasientbehandlingen. Wyller sier videre at til tross for at iveren etter å detaljstyre er stor, finnes en paradoksal mangel på kontroll med det som faktisk skjer på grunnplanet. Når ledelsen forspiller sin legitimitet, blir det den sterkeste rett som gjelder i daglige avgjørelser. Han hevder også at stadig færre behandlingsopplegg får tid til å utvikles fram mot en fullverdig standard før rammebetingelsene igjen blir endret. Mens kvalitet i behandlingen tidligere var et ansvar for hver enkelt helsearbeider og hvert enkelt fagmiljø, har vi nå fått kvalitetsrådgivere som peper helsepersonellet med rundskriv og meningsløse rapportkrav i den grad at kvaliteten på pasientbehandlingen åpenbart må bli skadelidende, mener han.

I lys av disse beskrivelsene er det nærliggende å tro at kontrollfunksjonen som blant annet Konsernrevisjonen etterlyser for det pasientadministrative arbeidet, og som sykehuset har vedtatt for EDS, kan virke mot sin hensikt. I følge Wyller oppfattes dette som unødvendig detaljstyring med utgangspunkt i mistro overfor de ansatte, og med det resultat at pasientbehandlingen kan bli lidende. Dette står i motsetning til hva det instrumentelle perspektivet legger til grunn for nødvendig styring og kontroll, gjennom nettopp etablering av slike funksjoner og kontrollrutiner. Av mange kan også ordet ”kontroll” bli oppfattet negativt ved at man føler seg overvåket eller mistrodd, mens intensjonen fra virksomheten heller kan være at dette skal være en støtte eller hjelpemiddel til å nå de mål som er definert.

I intervjuene ble det avdekket ulike holdninger og forhold til funksjonen/personene som har ansvar for oppfølging. Dette gjelder uavhengig av respondentenes plassering i organisasjonsstrukturen. En av klinikkdirektørene mente en slik type ”kontrollenhet” er viktig, i hvert fall i en periode etter oppstart av systemet. Det ble imidlertid uttrykt skepsis til behovet for to stillinger over tid, og vedkommende håpet at postene etter hvert skal være ”selvgående”. Det ble antydnet at systemet kan være tungt og vanskelig å bruke om behovet for oppfølging vedvarer over lang tid. En annen klinikkdirektør sa også at det i utgangspunktet er personell i linjen som må håndtere systemet. Når ting ”ikke er på track” er det fornuftig med støtte fra Klinisk IKT-senter, mente denne direktøren. Videre sa denne at ”det er viktig med et dypdykk på hver enkelt post for å komme på et høyere trappetrinn/nivå”. Den tredje direktør uttrykte at ”Jeg ikke har noe forhold til kontrollenheten”.

Sykepleierne opplevde det som positivt at andre enn dem selv undersøkte dokumentasjonen i egen post, og at de kunne støtte seg på dette når de i kraft av sin rolle selv hadde ansvar i

posten for EDS. Flere mente at dette ga mer *"trøkk"* og at oppfølging fra Klinisk IKT-senter, opplevdes å ha stor verdi. Det påpekte at det til tider har vært vanskelig å få raske tilbakemeldinger på henvendelser. Flere mente at det var nødvendig med oppfølging fra Klinisk IKT-senter over tid. En sykepleier satte ord på dette ved å si at *"Man kan ikke stoppe eller trappe ned oppfølgingen plums selv om det har gått en tid"*. En annen av sykepleierne sa: *"Vi har jo ikke hatt oppfølging og det ser vi jo på hvor dårlig det brukes hos oss"*. På spørsmål om denne typen oppfølging føles som kontroll, svarte de at det i så fall var kontroll i positiv forstand.

Seksjonslederne hadde litt ulik erfaring og ulikt forhold til forvaltningsenheten og dens funksjon. Samtlige bekreftet at de ved en eller flere anledninger hadde vært i kontakt med personene fra Klinisk IKT-senter, men at kontakten ofte var direkte med ressurspersoner og/eller *"vanlig"* personell. Flere sa at funksjonen opplevdes som nyttig, men enkelte uttrykte at det problematisk å få tid til å prioritere å selv ta kontakt eller respondere på henvendelser fra Klinisk IKT-senter. Det ble også fortalt at det kunne være vanskelig å prioritere tiltakene man ble enige om etter utarbeidelse av handlingsplan for EDS i posten. En seksjonsleder fra somatikken mente at *"en slik type oppfølging kan utgjøre en forskjell"*. Flere mente at det er nødvendig med kontinuerlig oppfølging, og at det stadig er behov for gode tips. De mente at det har en egenverdi å bli godt kjent med de som er ute i postene og gi støtte til deres arbeid med EDS, og at dette legger til rette for gode prosesser. En seksjonsleder sa at: *"Vi opplever ikke denne oppfølgingen som kontrollerende. Vi opplever det som veldig all right, det er en hjelp til å sette viktige ting på dagsorden"*. To av seksjonslederne fra psykisk helsevern var tydelige på at man har kommet dit at man tar kontakt selv og etter behov, da de mente at de hadde god kontroll på dokumentasjonen i sine poster. De fremhevet at det er viktig å ha denne muligheten, og en av dem fremholdt det som *"et must"*. En tredje seksjonsleder fra psykisk helsevern sa at *"Den største gevinsten av en slik funksjon er å være støtte for ledelsen og motivere i forhold til de tall som presenteres for de ansatte"*.

Personene i Klinisk IKT som har forvaltning av EDS som arbeidsområde ble også spurt om verdien av forvaltningsenheten. De mente at funksjonen var viktig, og uttrykte at *"noen må holde i at det ikke løper løpsk og følge med på hva som skjer ute i HSØ"*. De opplevde at de var en støtte for postene og at de bidro til å gjøre verktøyet mer brukervennlig ved å delta i utarbeidelse av de veiledende behandlingsplanene. Nettverksmøtene ble også trukket frem som nyttige ved at *"her kommer det ofte mange spørsmål som de trenger svar på, og*

ressurspersonene sier de opplever Klinisk IKT-senter som en faglig arena og god diskusjonspartner". Personene i forvaltningsenheten sa også at "noen må forvalte dette og støtte sykepleierne og bidra til å videreutvikle sykepleiedokumentasjonen". De mente at det er en suksess for et prosjekt at noe fungerer og er implementert, men at vi fortsatt ikke er helt der at bruk og oppfølging glir inn i de daglige rutinene. Det er imidlertid viktig å merke seg at personene i Klinisk IKT-senter kan ha en egeninteresse i å fremheve viktigheten av eget arbeid for å begrunne og rettferdiggjøre egne arbeidsoppgaver. Imidlertid opplever vi at de utsagnene de kom med er overensstemmende med våre egne erfaringer, og tilbakemeldingene fra mange av de andre intervjupersonene understøtter også det de uttrykte.

5.6 Oppsummering av empiri i instrumentelt og kulturelt perspektiv

I dette kapittelet oppsummeres vår empiri i lys av de to teoretiske perspektivene og de fem aspektene ved sykepleiedokumentasjon som vi har presentert i oppgaven. Makronivået på vår teori er de to perspektivene på organisasjonsendring, det instrumentelle og det kulturelle perspektivet (Christensen, et.al,2009). Mikronivået er de fem ulike aspektene av kvalitet på dokumentasjon av sykepleie. Både perspektivene og aspektene er så langt brukt til å strukturere funnene våre i analysekapittelet. Teoretiske perspektiver er utviklet for å bidra til å øke forståelsen av hvordan organisasjoner er organisert og fungerer i praksis (op.cit.). I denne oppsummeringen bruker vi perspektivene til å belyse og til dels forklare de funn som er gjort i vår studie. Perspektivene kan benyttes både i fellesskap og hver for seg, men vi har i denne oppgaven valgt å dele dem, ved at vi først tar for oss det instrumentelle perspektivet, deretter det kulturelle.

5.6.1 Oppsummering av empiri i et instrumentelt perspektiv

Som beskrevet i punkt 3.2.1 er det i et instrumentelt perspektiv rasjonalitet og struktur i organisasjonen som er avgjørende for grad av måloppnåelse. Med rasjonalitet menes handlinger som er organisert på en slik måte at de fører til oppnåelse av forhåndsbestemte mål med maksimal effektivitet, og i dette perspektivet er organisasjonsmedlemmenes handlinger ikke påvirket av egeninteresse. I et instrumentelt perspektiv vil styring skje ved utforming av struktur og ved formålsrasjonelle handlinger innenfor rammene.

Ved å legge et instrumentelt syn til grunn for å forklare og forstå endringer vedrørende måloppnåelse med EDS i SØ, vil svarene ligge i ledelsens kommunisering av målene, andre formålsrasjonelle handlinger og utformingen av organisasjonsstrukturen. I dette perspektivet

vil optimal bruk av EDS oppnås ved at ledelsen definerer dette som et tydelig mål og at organisasjonen har en hensiktsmessig struktur, med klart definerte rammer, roller og ansvarsområder, som understøtter dette målet. Da vil organisasjonsmedlemmene handle formålsrasjonelt og EDS vil benyttes etter intensjonene. Det instrumentelle perspektivet legger altså vekt på mål og måloppnåelse, enten i form av den hierarkiske varianten eller forhandlingsvarianten (jamfør punkt 3.2.1). Det tas for gitt at organisasjoner har mål, og problemet defineres som den oppfattede avstanden mellom den ønskede og den virkelige tilstand.

Det instrumentelle perspektivet legger også vekt på kontroll av organisasjonsmedlemmenes handlinger/prestasjoner, enten i en mer beskjeden/tildekket form eller i en mer åpenbar/tydelig variant i form av rapportering og overvåkning. Kontroll blir sett på som et middel for å kanalisere og koordinere adferd for å oppnå de fastsatte målene. Jacobsen (2008:61-108) sier at kontroll skal sikre at ansatte handler i henhold til de mål og retningslinjer som er gitt for arbeidet eller være i samsvar med normene.

Innføringen av EDS er et prosjekt som bærer preg av solid forankring og tydelige rammer for gjennomføring. Gjennom flere sykehusledervedtak er det tatt beslutninger som har lagt til rette for en omfattende innføring og oppfølging for å nå fastsatte mål knyttet både til tid og ressurser. Mål, prosedyrer, verktøy for målinger, forankring av rapportering og støttefunksjon er etablert internt i sykehuset. Samtidig forutsettes det at alle er inneforstått med de krav lovverket stiller til dokumentasjonen, noe som er bredt formidlet i innføringsperioden.

Gjennom intervjuene kom det frem at de fleste av målene for EDS er oppfattet og forankret på alle nivåer. Ikke overraskende var målet om økt kvalitet det alle trakk frem i intervjuene, i tillegg til det å oppfylle krav nedfelt i lover og forskrifter. Før innføringen var det en etablert forståelse i organisasjonen om at kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen var for lav, og at det var nødvendig å gjøre noe med dette. Ved innføringen av EPJ i sykehuset åpnet det seg mulighet for å ta i bruk den delen av systemet som omfatter EDS. Høy grad av omforent målforståelse på alle nivå i SØ kan forklares ut fra solid forankring og kommunisering av tydelige og forståelige mål i hele organisasjonen. Dessuten er målene knyttet til kvalitet operasjonalisert gjennom konkrete krav i form av overordnet prosedyre for EDS i sykehuset. Prosedyren var de fleste respondentene kjent med, selv om de færreste brukte den aktivt.

Tilbakemeldinger i intervjuene og målinger som har blitt gjennomført viser at kvaliteten på dokumentasjon av sykepleie har økt i Sykehuset Østfold. I tillegg til tydelige mål kan strukturelle forhold og ulike rasjonelle virkemidler forklare dette. Det er tatt i bruk et system for dokumentasjon som understøtter nye og mer prosessstøttende måter å dokumentere på:

- Opprettelse av behandlingsplaner sikrer raskere oversikt i dokumentasjonen til den enkelte pasient og reduserer voluminøs fortløpende dokumentasjon.
- Innføring av beslutningsstøtte gjennom veiledende behandlingsplaner og standardisert språk i form av kodeverk sikrer større grad av faglig bevissthet knyttet til pasientbehandlingen.
- Systemet muliggjør systematisk rapportering på indikatorer i form av rapporter.

Tydelige rammer med likt omfang og innhold knyttet til innføring og oppfølging av EDS i alle poster i sykehuset, er også et virkemiddel som kan løftes fram som en viktig årsak til stor grad av måloppnåelse. Dette har banet vei for nødvendige rutineendringer som i større eller mindre grad nå har befestet seg i postene i sykehuset. Særlig har overgang til ”stille rapport” hatt betydning for de poster som ser gode resultater. Innføring av stille rapport er et virkemiddel for å effektivisere rapporteringsrutinene, og som sekundært gir den effekt at det krever mer oversiktlig og presis dokumentasjon. Krav om effektivitetsgevinster knyttet til tidsbruk ble i intervjuene tydeligst kommunisert av klinikkdirektørene, men denne tidsgevinsten har vist seg vanskelig å ”måle ut” i reduksjon av stillinger. Blant seksjonsledere og sykepleiere ble det i en del poster vist til nedgang i bruk av overtid knyttet til rapportering som følge av mer effektiv dokumentasjonsprosess. En forutsetning for dette var at behandlingsplanen ble brukt etter intensjonen. Det ble også påpekt at som følge av flere og flere elektroniske løsninger, har den totale tiden pleiere bruker foran PC i løpet av en vakt økt. Krav knyttet til sykehusinterne omorganiseringer og eksterne reformer som Samhandlingsreformen, er begge strukturelle endringer som forutsetter endrede rutiner knyttet til dokumentasjonspraksis med særlig vekt på mer effektive løsninger.

For å sikre videre fokus og oppfølging av EDS etter prosjektslutt, har kravet om rapportering på dokumentasjonen knyttet til kvalitetsindikatorer og journalgransking vært et viktig tiltak. Det instrumentelle perspektivet vektlegger kontroll av organisasjonsmedlemmenes handlinger og prestasjoner. Rapportering i linjen hvert tertial, på resultater knyttet til EDS, sikrer systematisk oppfølging av dokumentasjonen på lik linje med økonomi, sykefravær og lignende. Scott og Davis (2007:35-58) sier at kontroll blir sett på som et middel for å

kanalisere og koordinere adferd for å nå de fastsatte målene. Kontroll kan i mange tilfeller bli oppfattet som noe negativt, at man blir ”overvåket”. Svarene fra intervjuene viser derimot at det er en tydelig oppfatning om at rapportering på EDS er et positivt virkemiddel som understøtter arbeidet med kvalitetsøkning på dokumentasjonen. Gjennom presentasjon av data som er enkelt framstilt, sammenlignbart med andre poster og som følges over tid, sikres det at ledere har verktøy som er enkle å forstå og som skaper ”konkurransse” i positiv forstand.

Seksjonslederens ansvar for oppfølging av EDS i egen enhet er eksplisitt vedtatt av sykehusledelsen, med en presisering om at de skal sørge for at den tidligere nevnte prosedyren for EDS er kjent blant personalet. I praksis har dette medført at mange poster har egne ressurspersoner med spesielt ansvar for EDS i deler av sin stilling. Dette er et virkemiddel som skal sikre kontinuitet i dokumentasjonsarbeidet og være en støtte for seksjonsleders oppfølgingsplikt. Spesielt innenfor psykisk helsevern har ordningen med fagutviklingsrådgivere i hele stillinger slått heldig ut, men også innefor somatikken ser man gode eksempler på at dette har positiv effekt. Både klinikkdirektører og flere seksjonsledere fremhever i intervjuene at dedikerte ressurspersoner med ansvar for EDS er den viktigste årsaken til gode resultater, noe som også støttes av sykepleierne.

Christensen og medarbeidere (2010) sier at en hovedhypotese i det instrumentelle perspektivet er at formell struktur påvirker og kanaliserer holdninger og handlinger, og det forutsettes at organisasjonen har god informasjon om virkningen av ulike organisasjonsformer og tiltak. Den empiriske utfordringen består i å påvise i hvilken grad dette faktisk skjer. Sykehuset etablerte i 2010 en sentralisert forvaltningsfunksjon som blant annet har ansvar for optimalisering og videreutvikling av EDS. I intervjuene framheves dette som en viktig faktor for arbeidet med EDS av både av klinikkdirektører, seksjonsledere og sykepleiere. Utsagn som *”en slik oppfølging kan utgjøre en forskjell”* indikerer at dette virkemiddelet fra sykehuset påvirker holdninger og handlinger relatert til dokumentasjonspraksis.

Utfordringen, både i dette prosjektet og generelt i virksomheter med mange ledelsesnivåer, har vært å forankre beslutninger, konsekvenser og ansvar i alle ledd i organisasjonen. Dette har man i stor grad lyktes med i SØ. Nivået vi er mest usikre på er avdelingssjefnivået. Vi har ikke intervjuet avdelingssjefer, noe som kunne gitt oss bedre innsikt i forankringen i dette ”leddet”. Flere seksjonsledere hadde ulike erfaringer knyttet til oppfølging fra dette ledernivået.

Som det fremkommer både i analysen og i konklusjonen har SØ stor grad av måloppnåelse for EDS som helhet, men graden av måloppnåelse varierer mellom ulike poster. I lys av det instrumentelle perspektivet vil det være "tilstrekkelig" at ansatte har fått formidlet rutiner og prosedyrer og at organisasjonsstrukturen er hensiktsmessig, for at målene som er beskrevet skal nås. Dersom det da er en avstand mellom ønsket tilstand og faktisk virkelighet, skyldes dette at målene ikke er klare for de ansatte eller at organisasjonsstrukturen ikke er hensiktsmessig. Alle våre respondenter var kjent med målene for innføring av EDS, og prosedyren var kjent for de fleste. Strukturen, og dermed forsøk på styring av organisasjonsmedlemmenes handlemåter, er også lagt til rette for hensiktsmessig oppfølging og bruk av EDS. Selv om den formelle organisasjonsstrukturen ikke uten videre sier noe om den faktiske handlemåten til medlemmene i organisasjonen, vil den legge føringer på hvordan oppgaver blir utført. De aller fleste av våre respondenter var kjent med ansvarsfordelingene vedrørende bruk og oppfølging av EDS. At SØ ikke har full måloppnåelse i alle poster kan i det instrumentelle perspektivet forklares ved at forankringen og kommunikasjonen innenfor enkelte enheter ikke var god nok, eller at organisasjonsstrukturen ikke fullt ut støtter opp om målene. Dersom det imidlertid er slik at alle har fått formidlet mål og rutiner for EDS, og organisasjonsstrukturen er tilfredsstillende, og EDS allikevel ikke benyttes etter intensjonene, vil det være behov andre fortolkningsperspektiver for å forklare årsakssammenhengene. Med andre ord har ikke det instrumentelle perspektivet fullt ut gjort oss i stand til å forklare og forstå funnene i vår studie.

5.6.2 Oppsummering av empiri i et kulturelt perspektiv

Som beskrevet i punkt 3.2.2 forbindes organisasjonskultur med de uformelle normene og verdiene som vokser frem og har betydning for livet i, og virksomheten til formelle organisasjoner. Organisasjonskultur kan beskrives som et mønster av grunnleggende antakelser som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant og derfor læres bort til nye medlemmer. Som vi har beskrevet tidligere sier Jacobsen (2008) at kultur eksisterer på tre ulike kulturelle nivåer. I vår oppgave har vi forsøkt å observere det nivået han kaller artefakter, det vil si synlige, verbale og atferdsmessige uttrykk for kultur. Som beskrevet tidligere er den grunnleggende handlingslogikken i det kulturelle perspektivet at medlemmene i organisasjonen handler ut fra det som oppfattes som rimelig eller akseptabel atferd, og ikke ut fra grundig avveining av instrumentelle for-og-imot-argumenter, egeninteresse eller ut fra mulige konsekvenser av handlinger. Medlemmene gjør det som oppfattes som rimelig eller akseptabel atferd i organisasjonen. Hva som er rimelig eller akseptabel atferd i en underenhet i organisasjonen er ikke alltid i overensstemmelse med det

ledelsen i organisasjonen mener. I instrumentell handlingslogikk er mål ofte gitt og formelle strukturer og normer er virkemidler for å oppfylle disse. Mål i en kulturell handlingslogikk oppdages underveis og det utvikles gradvis uformelle normer, verdier og identiteter.

Som beskrevet flere ganger har sykehuset etablert tydelige målbeskrivelser, prosedyrer, verktøy for målinger, forankring av rapportering og støttefunksjon for optimalisering og videreutvikling av EDS. Det er påvist gode resultater innenfor mange områder som i følge instrumentell tankegang kan tilskrives de ovenfor nevnte forhold. Det er dog slik at det innenfor mange av de samme områdene fortsatt er forhold som gjør at målene ikke er nådd, delvis nådd eller bare er nådd i enkelte enheter. Mye av dette kan tilskrives kulturelle trekk i organisasjonen som påvirker både holdninger og handlinger.

Målforståelsen var godt forankret på alle nivå, dog var det enkelte trekk som ikke overraskende ble avdekket. Forventninger om effektiviseringsgevinster ble tydeligst kommunisert på direktørnivået, i noe grad på seksjonsledernivå og i mindre grad hos sykepleierne. Dette er, slik vi ser det, i tråd med trekk man ofte ser i sykehus. Vår oppfattelse er at jo nærmere pasienten man arbeider, jo mindre opptatt er man av økonomi og forhold knyttet til dette. For ledere er bildet tilsynelatende omvendt, jo høyere opp i linjen man sitter desto mer opptatt av økonomi er man, og dette henger nok også sammen med hva man blir målt på og har ansvar for. Dette betyr ikke nødvendigvis at ledere er mindre opptatt av kvalitet på tjenestene. Snarere er det et uttrykk for at de som står pasienten nærmest er opptatt av de handlinger og rutiner som i hverdagen understøtter pleien, det meste annet blir lett sekundær ”støy”. Dette vises også ved at seksjonsledere og sykepleiere i større grad trekker fram bruk av behandlingsplan som et mål. Behandlingsplan er et verktøy som er viktig i hverdagen knyttet til dokumentasjon av sykepleie, og som man på postnivå antageligvis har et mer ”nært” forhold til enn hva direktørene har.

Kjennskap til og bruk av prosedyren for EDS var noe varierende. De fleste hadde en formening om hva innholdet var, noen få brukte den aktivt mens enkelte ikke ante at den fantes. Dette er i tråd med det vi mener kan være beskrivende for holdninger og kultur vedrørende prosedyrer: Man vet ofte at de eksisterer, de brukes ikke aktivt i hverdagen og ofte er ikke innholdet sett eller lagt merke. Det betyr nødvendigvis ikke at handlingene som utføres ikke er i tråd med prosedyrene, men kan snarere være et uttrykk for at prosedyrer må

innlemmes på andre måter enn å ”spikre dem opp på veggen”. Knut Fredrik Thorne påpeker at det er viktig med korte og presise prosedyrer, ellers vil de velges bort.

Kvaliteten på dokumentasjonen har blitt markant høyere etter innføring av EDS. Det er dog fortsatt enkelte områder som kan og må bli bedre, og på noe poster preger tidligere etablerte rutiner og måter å dokumentere på fortsatt praksis. Til tross for en trend i retning av mer kortfattet og presis dokumentasjon, er det fortsatt innslag av stilpreget og voluminøst omfang. Dette kan settes i sammenheng med at behandlingsplanen fortsatt ikke benyttes fullt ut som hoveddokumentasjon. Det er tydelig at behandlingsplanen i større grad benyttes etter intensjonen innenfor psykisk helsevern, noe som kan ha sammenheng med en helt annen praksis knyttet til tverrfaglig samarbeid. I psykisk helsevern er det en mer utbredt kultur for at behandlingsplanen er et tverrfaglig dokument som flere yrkesgrupper har et forhold til, og som blir gjennomgått og oppdatert i fellesskap.

Behovet for å opprette notater kun for å dokumentere at man har vært på jobb er en del av dette bildet. Selv om både sykehuset, NSF, helsemyndigheter og andre i lang tid har vært tydelige på at dette er unødvendig, er det en del som ikke klarer å legge fra seg denne praksisen. Lav score knyttet til mål- og ressursbeskrivelser i dokumentasjonen kan også i stor grad tilskrives kulturelle forhold ved dokumentasjonspraksis, da det er mer tradisjon for å dokumentere pasientens problemer og tiltak knyttet til dette. Disse resultatene er i tråd med mye annen forskning. Det er verdt å nevne at det er et klart inntrykk at man innenfor psykisk helsevern har en tydeligere kultur på mål- og ressursbeskrivelser enn i somatikken.

Bruk av kodeverk benyttes i stor, men noe varierende grad. En av klinikkdirektørene mente at bevisstheten om bruk av diagnoser og prosedyrer har vært for lav i sykepleietjenesten. Tidligere har det vært mange diskusjoner på om bruk av kodeverk ”fremmedgjør” sykepleien, og flere har av den grunn vært skeptisk til å ta det i bruk. Øien og Lillevik (2009) fant i sin studie at informantene opplever språket i NANDA som fremmedgjørende, og at det ikke opplevdes som direkte overførbart til sykepleiernes morsmål og deres kliniske hverdag. Dette førte til at noen sykepleiere vegret seg mot å bruke systemene, hvilket videre ga konsekvenser for gjenbruk av pasientdata til statistikk og forskning. Noen av våre respondenter fremhevet også dette ved at enkelte mente kodeverkene framstår som ”amerikaniserte” og ”keitete”, og at det av denne grunn benyttes fritekst i større grad. Dette kan være et uttrykk for at kodeverkene som benyttes ikke er godt nok tilpasset norske forhold. Det kan også være et

uttrykk for at man ønsker å ”holde på” de termer og begreper man er mer komfortabel med, som man alltid har brukt, og som kan uttrykkes med egne ord.

Respondentene i intervjuene beskriver til dels omfattende endringer i rutiner knyttet til dokumentasjon. Imidlertid er det fortsatt slik som en av klinikkdirektørene påpeker at rutiner og holdninger sitter dypt, og ligger i veien for forventede endringer. Endring av rutiner og økt kvalitet på dokumentasjonen henger tett sammen da det ene i stor grad påvirker det andre. Utsagnet ”*Kulturen med å vise hva man har gjort på jobben sitter veldig, veldig sterkt*” fra en av seksjonslederne understøtter dette. En sykepleier sa at ”*Hver enkelt må bli mer ansvarliggjort i jobben*”. Vi tolker dette som at man ønsker en tettere oppfølging helt ned på individnivå for å avdekke og snu etablerte rutiner som står i veien for måloppnåelse. Dette har i liten eller ingen grad vært tilfelle tidligere når det gjelder dokumentasjon, og rutineene har derfor fått leve ”i beste velgående” uten at det får konsekvenser for de som bevisst eller ubevisst ikke følger opp krav om innhold i dokumentasjonen.

Uten at det ble stilt spørsmål om dette i intervjuene trakk flere respondenter frem Høgskolens rolle og ansvar for å utdanne studenter i god dokumentasjonspraksis. Flere mener at dette ikke var ivaretatt på en god nok måte og at det i stor grad er kultur og tradisjoner i høgskolesystemet som ligger i veien for dette.

Tilbakemeldinger fra seksjonslederne knyttet til rapportering i linjen på EDS, tyder på at det fra avdelingssjefnivå i liten grad etterspørres resultater. Dette kan være et uttrykk for at man på dette organisatoriske nivået ikke er spesielt opptatt av EDS og at andre områder framstår som viktigere. Det faktum at vi ikke har intervjuet avdelingssjefer gjør imidlertid at dette ikke kan konstateres. Egen erfaring og tilbakemeldinger fra intervjuene tilsier derimot at EDS ikke er høyest prioritert hos disse.

På seksjonsleder- og sykepleiernivå er det tydelig at det er etablert en positiv kultur relatert til indikatorer og målinger. Det benyttes i stor grad og framstår som et viktig virkemiddel på disse nivåene. ”What’s in it for me” beskriver på en god måte hvorfor det er etablert en god kultur knyttet til dette; det oppleves som nyttig.

Vedrørende ledelsesforankring avdekkes det forskjeller relatert til tilrettelegging og oppfølging av EDS. Dette har stor betydning for resultatene, som i de fleste

innføringsprosjekter. Lederinvolveringen i sykehuset framstår som god, men i enkelte poster må den bli bedre. Dette oppleves å kulturavhengig ved at noen har innarbeidet en struktur i enheten på hvordan endringer implementeres. Slik vi oppfatter det ser det i denne kulturen også ut til å være en innebygget forståelse for at innholdet i arbeidet er i konstant endring, og denne forståelsen preger også personalet. Derfor er de i større grad innstilt på at endringer kommer og tar dette som spennende utfordringer. Dette i motsetning til enheter som preges av at man ikke ser seg i stand til å prioritere områder som krever oppmerksomhet og ressursbruk over tid. Tilsynelatende like poster med like vilkår kan befinne seg i hver sin ende av en ”forankringsskala” og dette kan i mange tilfeller tilskrives kulturelle forhold. Dette inntrykket gjenspeiles også ved spørsmål om hvilket forhold man har til Klinisk IKT-senter og forvaltningsfunksjonen. De fleste opplevde dette som veldig verdifullt, men enkelte seksjonsledere uttrykte at det var vanskelig å prioritere å ta kontakt eller respondere på henvendelser. I forlengelsen av dette ble det også fortalt at det kunne være vanskelig å prioritere tiltakene når man først hadde blitt enige om en handlingsplan for EDS i posten.

Kulturen i SØ kan med andre ord også være en forklaring på hvorfor ikke alle poster har full måloppnåelse. Selv om målene og organisasjonsstrukturen er hensiktsmessig for optimalisert bruk og oppfølging av EDS, handler noen av organisasjonsmedlemmene ut fra egne interesser, enten bevisst eller ubevisst. Dette kommer til syne gjennom ulike verbale og/eller adferdsmessige uttrykk.

6 KONKLUSJON

Hensikten med denne studien har vært å undersøke i hvilken grad Sykehuset Østfold har nådd sine mål som følge av implementering av EDS. Vi har sett på hvilken betydning bruk av indikatorer og journalgransking, sentralisert forvaltningsfunksjon for EDS og ledelsesoppfølging har hatt i denne sammenheng. Funnene har blitt analysert i et instrumentelt og kulturelt perspektiv. For å svare på problemstillingen har vi benyttet resultater fra kvalitetsindikatormålinger og journalgransking, svar fra intervjuer, egne erfaringer og annen relevant forskning og litteratur.

I dette kapittelet benytter vi funnene fra analysen for å si noe om hvorvidt våre tre hypoteser er styrket eller svekket. Vi presenterer først de viktigste hovedfunnene vi mener studien har avdekket. Deretter diskuteres og beskrives funnene inngående for hver av de tre hypotesene våre. For hver hypotese innleder vi med en vurdering på om den er bekreftet eller avkreftet, for så å utrede grunnlaget for konklusjonene. Forskningsspørsmålene blir i hovedsak ikke beskrevet eksplisitt under hver hypotese, men de er integrert inn i diskusjonen rundt gyldigheten av hypotesen. Diskusjonen av hver hypotese avsluttes med noen kritiske refleksjoner rundt den konklusjonen vi har kommet fram til. Vi forsøker da å svare på om konklusjonen kan skyldes trekk ved studien, metodikken eller måten hypotesen er formulert på, om våre hypoteser er forankret i en forforståelse, og hvilken betydning dette eventuelt kan ha. Her vil vi samtidig begrunne hvorfor konklusjonen på hypotesen likevel har blitt som den har blitt.

Presentasjon av hovedfunnene i oppgaven

- Sykehusets målbevissthet med tydelige rammer og krav til tilrettelegging for innføring og oppfølging av EDS, er en meget viktig forutsetning for å lykkes med å nå målene.
- Kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen har blitt markant høyere på de fleste områder som er gjenstand for måling og kontroll.
- Flere tiårs tradisjon basert på fortløpende ”prosatekst” er i ferd med å brytes til fordel for mer prosessorientert dokumentasjon basert på behandlingsplaner, kodeverk og beslutningsstøtte.
- Poster som scorer høyt i de gjennomførte målingene og undersøkelsene kan vise til tydelig lederskap, mer presis dokumentasjon, og at beslutninger om pasientbehandling blir synliggjort og fulgt i større grad. Som følge av dette kommer også effektivitetsgevinster. Det er ”helt enkel logikk” som nå materialiserer seg i praksis.

- Dokumentasjon av sykepleie har blitt løftet opp i lederrapporteringen på lik linje med økonomi, sykefravær og lignende. Dette har medført at det nå er et fokus på sykepleiertjenestens dokumentasjon som det i samme grad aldri har vært tidligere.
- Lederinvolvering har direkte sammenheng med kvalitet på dokumentasjonen.
- Ledere forholder seg til tall og rapportering når det presenteres i en form som gjør at de forstår og kan nyttiggjøre seg materialet. Rapportering blir i denne sammenheng oppfattet som positivt både av seksjonsledere og av sykepleiere.
- En sentralisert forvaltningsfunksjon utgjør en forskjell i positiv forstand knyttet til sykehusets resultater for EDS.
- Oppfølgingen av EDS i Sykehuset Østfold er i tråd med det Helsetilsynet anser som god praksis.
- Økt kvalitet på dokumentasjonen har betydning for kvaliteten på pleien til den enkelt pasient.
- ”Old habits die hard” gjelder også innenfor sykepleierutdanningen i høgskolesystemet.

6.1 Er vår første hypotese styrket eller svekket?

Hypotese 1: Kvaliteten på dokumentasjonen har økt som følge av innføring av EDS.

Denne hypotesen får sterk støtte i vårt materiale, og er derfor styrket av vår studie.

På de aller fleste områder ser vi en vesentlig og signifikant bedring av kvaliteten på dokumentasjonen for sykehuset som helhet. Kvalitet i denne sammenheng tar utgangspunkt i gransking av formelle aspekter og prosesskompletthet slik det er beskrevet i underkapittel 3.3.2. Resultater fra undersøkelsene og svarene fra intervjuene, understøtter at dokumentasjonen i stor grad samsvarer med krav og retningslinjer sykehuset har for dette, samt lovkrav som regulerer dokumentasjonspraksis. Kvalitetsforbedring synliggjøres i overgangen fra papirbasert til elektronisk løsning. Det synliggjøres også videre kvalitetsforbedring etter at prosjektet ble terminert og kvalitetsindikatormålinger og journalgransking, sentralisert forvaltningsfunksjon og ledelsesoppfølging ble satt i system.

Diskusjonen under er knyttet til forskningsspørsmålet om prosedyren for EDS blir fulgt. Innholdet i denne er nært knyttet til de kvalitetsmål som sykehuset har for dokumentasjonen og tallene som synliggjøres gjennom indikatorer og journalgransking. Resultatene avdekker at prosedyren for EDS i Sykehuset Østfold følges i stor grad om man ser sykehuset som helhet. Igjen er det variasjoner både mellom poster og også mellom de ulike kravene i prosedyren.

De interne kontrollene som er gjennomført avdekker forskjeller mellom poster i sykehuset, noe som også gjenspeiles i intervjuene. Positivt er det at poster som har gradering ”grønn”, det vil si at de oppfyller kravene til god dokumentasjon i Sykehuset Østfold, er i klart flertall. Kun 4 av 21 poster får ”ikke godkjent” ved interne kvalitetskontroller gjennomført i 2011.

Det er fortsatt nødvendig å rette oppmerksomhet mot bruk av behandlingsplan som hoveddokument for dokumentasjon. Samtidig er det nødvendig i større grad å redusere omfanget av fortløpende tekstdokumentasjon, slik at informasjonen blir enda mer kortfattet og konkret. Det er en klar tendens i retning av mer ”nødvendig og relevant” informasjon slik ordlyden i lovverket tilsier og retningslinjene i sykehuset beskriver. Det er kritisk for måloppnåelsen at behandlingsplanen blir hovedbærer for dokumentasjon og at dette praktiseres gjennom til enhver tid ”levende” og oppdaterte planer, noe som også understrekes gjennomgående i intervjuene. Tradisjonen og kulturen med å skrive fortløpende notater praktiseres fremdeles på en del poster.

Enkelte av formalkravene som stilles til dokumentasjonen i henhold til lover og forskrifter, blant annet § 7 i journalforskriften, ivaretas og oppfylles automatisk med innføringen av EPJ-systemer. All dokumentasjon skal dateres og signeres slik at de kan spores i ettertid, noe som skjer automatisk i DIPS. I så måte har ikke forhold knyttet til innføringen av EDS noen betydning i denne sammenheng, men effekten er positiv da flere studier har vist at det var store mangler knyttet til dette i papirbasert dokumentasjon.

Resultatene fra kvalitetsindikatormålingene viser forbedringer på alle områder. Resultatene for opprettelse av kartleggingsnotat og behandlingsplan for pasienten i løpet av 24 timer ligger på rundt 90 % for sykehuset som helhet i siste kvartal 2011, ikke langt fra måltallet på 95 %. Det synliggjøres en tydelig stigende trend fra 2009. Trenden er også positiv for indikatorene knyttet til individualisering av NANDA - diagnoser og oppdatering av behandlingsplan. Heller ikke her ligger resultatene langt fra måltallene for SØ.

Resultatene fra journalgranskingen viser også en positiv utvikling innenfor de fleste områder. Det avdekkes en trend i retning av mer oppdatert behandlingsplan for den enkelte pasient, noe som isolert sett kanskje er den viktigste faktoren for å lykkes med de mål som er definert for innføringen av EDS. Sykepleiediagnoser og tiltak dokumenteres i så godt som alle journaler, og i større og større grad i pasientens behandlingsplan framfor i fortløpende dokumentasjon. Det er en stigende trend for evaluering av tiltakene i dokumentasjonen, hvor resultatene før innføring var 45 % mot henholdsvis 69 % rett etter innføring og 86 % i 2011. Graden av voluminøs og prosaaktig tekst er synkende, og man ser en tendens i retning av mer kortfattet og konkret informasjon i den fortløpende dokumentasjonen. Det synliggjøres også en trend hvor informasjon som hører hjemme i behandlingsplanen faktisk dokumenteres der, og ikke i fortløpende rapporter. Mål- og ressursbeskrivelser i pasientdokumentasjonen er eksempler på områder som har en positiv trend, men hvor resultatene ikke er gode nok. Målbeskrivelse ble dokumentert i 20 % av journalene før innføring, hvor det synker til 14 % rett etter innføring og stiger til 40 % ved siste måling. Dokumentasjon av pasientens ressurser viser mye av det samme bildet.

EDS i DIPS gir mulighet for strukturering av opplysninger om pasienten på en helt annen måte enn det som var mulig i papirdokumentasjonen. Funksjonalitet med bruk av behandlingsplan gjør det enklere å finne viktig informasjon om pasienten og reduserer behovet for fritekst og fortløpende dokumentasjon. Denne struktureringen er en viktig årsak til de kvalitetsforbedringer av dokumentasjonen som er påvist. Samtidig er det behov for at funksjonaliteten i enda større grad legger til rette for mindre fritekst og underbygges av mer korrekt dokumentasjon. Det er i hovedsak tre områder som må forbedres:

1. Behandlingsplanen må møte brukeren i arbeidsflaten ved pålogging, ikke notat/evaluering slik det er i dag.
2. Tilknytningen mellom notat/evaluering og behandlingsplanen må reduseres ved at man kan oppdatere behandlingsplanen uten å opprette nytt notat.
3. Det må etableres funksjonalitet i DIPS for å registrere ansvarlig sykepleier på vakt, for å unngå at det opprettes notater for å "vise" at man har hatt pasientansvar.

Bruk av kodeverk med felles begreper og standardtekst har i seg selv en egenverdi og benyttes i stor grad i sykehuset. Derimot oppleves ikke NANDA som godt nok for sykepleietjenesten, spesielt ikke innenfor psykisk helsevern. Det mangler begreper, og det er

mange formuleringer man ikke kjenner seg igjen i. Det kan være flere årsaker til dette. Til tross for at NANDA revideres og oppdateres med jevne mellomrom av rettighetshaverne i USA, har ikke disse endringene blitt oversatt til norsk og tilgjengeliggjort for norske brukere på mange år. Norsk Sykepleierforbund (NSF) har dessuten anbefalt ICNP som terminologi i Norge, og prioriterer ikke oversettelse av NANDA. Sånn sett forholder man seg til et ”gammelt” kodeverk. Vi har ikke funnet særlig motstand mot å benytte kodeverk. Denne type motstand var mer uttrykt når de ble innført og bruk av standardiserte begreper var helt nytt. Nå går motstanden mer i retning av manglende brukervennlighet og nytteverdi, spesielt innenfor psykisk helsevern. Kodeverket for tiltak, NIC, møter ikke denne kritikken i like stor grad da det i dette kodeverket er flere begreper og ”bedre” språk. Beslutningsstøtte i form av veiledende behandlingsplaner benyttes i varierende grad, men er et viktig verktøy når man er bevisst på hvordan det brukes og unngår ”bevisstløs avkryssing”.

Økt kvalitet på dokumentasjonen og nødvendigheten av at rutiner endres henger nøye sammen. Et av forskningsspørsmålene er derfor om etablerte rutiner fra papirdokumentasjonens tid fortsatt benyttes, eller om man har etablert ny praksis knyttet til dette. Vi mener å se etablerte endringer i kulturen knyttet til dokumentasjonspraksis. ”Gamle” dokumentasjonsrutiner videreføres og opprettholdes i noen grad etter innføring av EDS, men det store bildet avdekker markerte endringer i positiv retning. Endring av dokumentasjonsrutinene er i stor grad postavhengig, og i noen grad personavhengig. Lederens evne til å være tydelig, og den enkelte medarbeiders evne til å endre seg og være lojal, er også avgjørende.

Et av forskningsspørsmålene handler om økt kvalitet på dokumentasjonen og endring av rutiner legger til rette for effektivitetsgevinster. EDS har i mange poster bidratt til en mer effektiv dokumentasjonsprosess, men det forutsetter at behandlingsplanen benyttes ”isteden for” og ikke ”i tillegg til” tradisjonell fortløpende tekstdokumentasjon. Rapport situasjonen har i mange poster også blitt mer effektiv. Dette har særlig sammenheng med innføring av ”stille rapport”. En slik rutine krever at behandlingsplaner blir brukt i tråd med overordnet prosedyre for sykepleiedokumentasjon. Ressurspersoner og ledere i poster som har innført denne rutinen, sier at de bruker mindre tid på å dokumentere enn før EDS ble innført. Det er da ikke behov for at det dokumenteres på alle vakter, noe som var rutinen tidligere. Denne gevinsten er imidlertid til en viss grad avhengig av type post. Poster der behandlingen i stor grad følger faste rutiner, vil kunne oppnå større effekt enn en psykiatrisk utredningspost der pasientens

funksjonsnivå skal beskrives detaljert over en lengre periode. Bruk av overtid som følge av dokumentasjon er nærmest fraværende etter innføring av EDS, noe som kan tilskrives endrede rapportrutiner.

Flere studier antyder at økt kvalitet på dokumentasjonen og bruk av behandlingsplaner har betydning for pleien til den enkelte pasient, og et av våre forskningsspørsmål omhandler dette. Vår studie indikerer også at dette er tilfelle. Selv om vi ikke har hatt anledning til å undersøke dette gjennom intervjuer med pasienter og undersøkelser knyttet til pasientresultater, er tilbakemeldingene fra intervjuene og sannsynligheten for en direkte sammenheng tydelig. Flere av respondentene uttrykker at systemet bidrar til økt pasientsikkerhet. Dette fordi informasjonen er tilgjengelig for alle i det øyeblikk den er skrevet, og fordi strukturen gjør det enklere å finne viktig informasjon om pasienten. Juristene vi har hatt samtaler med var samstemte i at om man har kvalitet på journaldokumentasjonen får man bedre pasientbehandling på sikt.

Høgskolene må i større grad ta større ansvar for å utdanne studenter til de krav som de møter i praksisfeltet. Det er etter vår mening et gap mellom utdanningens innhold og de krav som stilles til dagens sykepleiere knyttet til dokumentasjon. Viktigheten av dette må forankres i høgskolesystemet, og det må legges vekt på å etablere gode læringsmiljøer for dokumentasjon. I tillegg må det arbeides målrettet for å tilgjengeliggjøre relevante verktøy for dokumentasjon på høgskolene.

Vår konklusjon på denne hypotesen kan framstå som bastant. Hva som er god kvalitet på dokumentasjonen har ”alltid” har vært gjenstand for diskusjon, og det har vært et stort innslag av subjektive oppfatninger om hva som har kjennetegnet økt kvalitet. Vår konklusjon må ses i lys av forhold vi har beskrevet tidligere i oppgaven. Dette er knyttet til at vi internt i sykehuset, i samarbeid med andre sykehus i Helse Sør-Øst, har definert hvilke områder vi mener synliggjør kvalitet i denne sammenheng. Denne vurderingen er ikke forankret i Sykepleieforbundet eller i helsepolitiske instanser. Det faktum at metoden på en del områder er knyttet til subjektive vurderinger og tilbakemeldinger kan også ha betydning. I tillegg tar indikatorene og journalgranskingen utgangspunkt i målinger relatert til formelle aspekter og prosesskomplekthet, mens kunnskaps- og presisjonsbasert tilnærming utelates. Til tross for de nevnte betraktninger er konklusjonen på hypotesen like udiskutabel. På de områder SØ har

definert til å synliggjøre kvalitet, avdekker både målinger og tilbakemeldinger en markant kvalitetsøkning på dokumentasjonen.

6.2 Er vår andre hypotese styrket eller svekket?

Hypotese 2: Ledelsesoppfølging, kvalitetsindikatorer og journalgransking har stor betydning for å nå målet om økt kvalitet på dokumentasjonen.

Denne hypotesen får sterk støtte i vårt materiale, og er derfor styrket av vår studie.

Vi ser en tydelig sammenheng mellom lederengasjement og kvalitet på dokumentasjonen. Engasjerte og tydelige ledere fører til mer hensiktsmessig bruk av EDS. Denne tendensen så vi allerede ved innføring av systemet. I de aller fleste tilfeller gir utydelige ledere, ledere som ikke tar ansvar eller engasjerer seg, eller hyppige lederskifter dårlige resultater. I de tilfellene hvor ledere delegerer ansvaret for så selv å ”forsvinne”, oppnås heller ikke like gode resultater. En godt bilde på akkurat dette kom fram under et av intervjuene: *”Når hærføreren ikke leder troppene sine og stiller krav får man anarki, folk gjør som de vil!”*.

Dette er i og for seg ikke overraskende resultater, da sammenhengen mellom oppnådde resultater og lederengasjement ofte er tett forbundet med hverandre. Vi mener dog at studien vår avdekker hvordan disse sammenhengene faktisk har gitt seg utslag i praksis, noe som er et særdeles viktig funn for å lykkes med å nå målene med innføring av EDS. Disse funnene har, slik vi ser det, også overføringsverdi til innføring av lignende kliniske IKT-systemer som krever rutineendringer for å oppnå forventede gevinster.

Det er til dels store forskjeller på i hvilken grad ledere har involvert seg i EDS. Mange seksjonsledere har forstått sin viktige betydning, og dermed formidlet tydelige forventninger til sine ansatte om hva som skal gjøres og til hvilket tidspunkt det skal være gjort. Disse har også med omhu valgt personer som har fått et delegert ansvar for å følge opp EDS i enheten, da de ser at dette er helt avgjørende for innholdet i dokumentasjonen og for tilfredsstillende oppfølging. Disse lederne sørger også for å ha jevnlig møter med ressurspersonene for å sikre at resultatene blir som forventet. De etterspør resultater fra kvalitetsindikatormålingene, og bruker resultatene aktivt i tilbakemeldingen til sine ansatte og i LGG. I følge Klinisk IKT-senter er kvalitetssamtalene med disse lederne preget av at de er oppdatert og vet hvilke mål posten skal ha i oppfølgingsplanen og hvem som skal gjøre hva innenfor definerte tidsfrister.

Seksjonsledere som ikke har engasjert seg i så stor grad delegerer ofte ansvaret for oppfølging av EDS til ressurspersoner og det øvrige personalet. Disse får direkte eller indirekte beskjed om å gjøre så godt de kan, uten at det stilles klare krav til hva som skal gjøres eller når det skal gjøres. Lederne som i mindre grad har styring og kontroll formidler mye mer frustrasjon over at det er så mange krav som stilles dem, og at det dermed er vanskelig å følge opp alt. For disse har resultatene fra målingene ofte vært en vekker, og ført til at de har måttet ta nye grep. De har sett at de scorer dårlig i sammenligning med andre enheter, og lurer plutselig på hvorfor det er sånn. Med dette demonstreres det at de ikke har kontroll. Mange av disse lederne tar kontakt med Klinisk IKT-senter når resultatene foreligger og ber om ett møte slik at de kan forstå resultatene. Her spiller oppfølgingsamtalene med lederne en svært viktig rolle da status på EDS i enheten tydelig kommer frem.

Sykepleierne var opptatt av at systemet skulle være funksjonelt og at de har fått opplæring og tid til å bli gode brukere. De var også veldig opptatt av at systemet skulle brukes likt i enheten. Med dette mente de at behandlingsplanen måtte oppdateres, leses og revideres slik at man kan stole på det som står der. Når de som gjør dette oppdager at det finnes noen andre som ikke gjør det, oppleves dette som lite motiverende og svært frustrerende for de som gjennomfører det som tross alt er bestemt. Dette er en stor, og kanskje den største, utfordringen i å videreutvikle sykepleiedokumentasjonen i videre positiv retning. I denne sammenheng kommer lederens rolle og kulturen i enheten igjen til uttrykk. Både klinikkdirektørene og juristene var samstemte på at det å følge opp at behandlingsplanen blir brukt etter intensjonen, er et lederansvar.

Vi hadde i utgangspunktet en antagelse om at det ville være nødvendig for ledere å ha et verktøy som synliggjorde og presenterte resultater på en forståelig måte, og som ga et bilde av status på dokumentasjonen, for å få den nødvendige oppmerksomhet rundt dokumentasjonen. Videre mente vi det var sannsynlig at selve rapporteringen på indikatorene var viktigere for å oppnå fokus enn selve indikatoren, og formulerte derfor et forskningsspørsmål knyttet til dette. Studien synliggjør at det å rapportere på indikatorer knyttet til kvalitet på dokumentasjonen har større betydning for resultatene enn at leder nødvendigvis forstår hva indikatoren viser. Det viktigste er at leder har en rapporteringsplikt og presenterer tall og tabeller som er enkle å forstå ut fra definerte måltall. Poenget med å enkelt kunne sammenligne seg med andre poster, er også en viktig faktor. Rapporteringen ”tvinger” alle

lederne til å forholde seg til hvordan EDS brukes i deres enhet. Er resultatene dårlige er det en helt klar tendens til at det iverksettes tiltak.

Oppgaven avdekker, med enkelte unntak, at avdelingssjefer ikke er spesielt involvert i oppfølgingen av EDS annet enn å få resultatene presentert i LGG. Det er mulig at dette ledernivået ikke trenger å involvere seg direkte i arbeidet knyttet til dokumentasjon. De har stort kontrollspenn og må i stor grad stole på at seksjonsledere tar de grep som er nødvendige ut fra resultater som presenteres. Det er dog viktig at de engasjerer seg og stiller krav i de tilfeller hvor resultatene ikke er tilfredsstillende, noe det ble vist enkelte gode eksempler på i intervjuene. Klinikkdirktørene ga uttrykk for at de var tydelig opptatt av effekten og arbeidet knyttet til EDS, noe som viser at nødvendig forankring er sikret på et veldig høyt ledernivå i sykehuset.

Bekreftelsen av denne hypotesen er primært basert på tilbakemeldinger i intervjuene. Vi har videre satt dette i sammenheng med den utviklingen vi har sett på kvaliteten på EDS i perioden etter at rapportering og målinger ble satt i system. Vi kan ikke se alternative metoder for å bekrefte eller avkrefte påstanden til hypotesen enn den tilnærmingen vi har benyttet. Ut fra vår erfaring hadde vi en forforståelse av at disse områdene i hypotesen er avgjørende for å nå mål i IKT -prosjekter. Vi fant støtte for dette synet fra mange hold. Vi la også til grunn en visshet om andre prosjekter som er gjennomført, både internt i SØ og eksternt i andre sykehus og kommuner hvor formålet har vært å øke kvaliteten på dokumentasjonen og gjennomføre nødvendige rutineendringer, hvor dette i varierende grad har lyktes. Vi kan ikke se at vår klare forforståelse av sammenhengene her skal ha påvirket de resultater vi mener å se. Kvaliteten på dokumentasjonen har en markant økning fra både før innføring og rett etter innføring, til de siste målingene som ble foretatt i 2011. Ut fra det som er beskrevet over er vi ikke i tvil om at påstanden i hypotesen kan bekreftes; ledelsesoppfølging og rapportering på resultater fører til økt kvalitet på dokumentasjonen. Vi kunne formulert hypotesen annerledes ved for eksempel å skrive ”I hvilken grad har.....betydning osv.”. Vi mener uansett at vi hadde kommet til den samme konklusjonen, om enn med litt annen ordlyd, ved at svaret ville blitt ”i stor grad” istedenfor ”ja”.

6.3 Er vår tredje hypotese styrket eller svekket?

Hypotese 3: En sentralisert forvaltningsfunksjon har stor betydning for målet om økt kvalitet på dokumentasjonen.

Denne hypotesen får sterk støtte i vårt materiale, og er derfor styrket av vår studie.

Vi mener å se en tydelig sammenheng mellom de resultater som er oppnådd og etableringen av en slik forvaltningsfunksjon med ansvar for EDS. Det at noen støtter ledere og nesten 2000 ansatte innenfor sykepleietjenesten i optimalisering og videreutvikling av EDS, utgjør en forskjell på i hvilken grad målene nås. En slik funksjon blir sett på som positiv av både seksjonsledere og sykepleietjenesten, selv om involveringen fra forvaltningsenheten varierer ut fra dokumentasjonsstatus i postene. Mange uttrykker stor verdi i forhold til at noen kommer "utenfra" med legitimitet og integritet på temaet dokumentasjon, og sier dette er viktig drahjelp i det interne forbedringsarbeidet som mange poster har satt i system.

Slik vi ser det er det opplagt at "noen" i sykehuset må ha kunnskap om systemet med dets muligheter og begrensninger, samt ha nær kjennskap til klinikkens arbeidsrutiner og dynamikk, fag og kultur. Samtidig er det viktig at disse sørger for sammenheng med sykehusets overordnede retningslinjer og mål for EDS. Dette fratår ikke linjeledelsen det ansvaret de faktisk selv har for å sørge for god dokumentasjon, men er en viktig støtte og pådriver i dette arbeidet. Vår vurdering er at en slik funksjon alt for ofte nedprioriteres etter innføring av IKT-systemer, noe både Riksrevisjonen, Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst og andre påpeker. Konsekvensen kan fort bli at ansvaret pulveriseres og "drukner" blant mye annet viktig i hverdagen. Det får ingen konsekvenser om man bevisst eller ubevisst ikke følger retningslinjer og følger opp nødvendige rutineendringer. Det kommer spredte forsøk på å ta fatt i problematikken, særlig i forbindelse med klagesaker eller oppslag i media, men ofte "dør" dette hen når ting har roet seg og rutinene faller tilbake til der de var. Et viktig ansvar for en slik forvaltningsfunksjon er å følge opp postene over tid i nær dialog med seksjonsleder og ressurspersoner. Dette gjør det mulig å måle status, iverksette tiltak og følge opp om det har ønsket effekt, eventuelt justere kursen videre.

Det at systemet krever "hjelpemidler" som prosedyrer og veiledende behandlingsplaner, understøtter også hypotesen om den sentraliserte forvaltningsfunksjonens betydning. Forvaltning i form av oppdatering og revisjoner i samarbeid med postene, sikrer at SØs

retningslinjer følges. Aktiv deltagelse i utvikling innenfor dokumentasjon på andre arenaer enn eget sykehus, for eksempel i regi av Norsk Sykepleierforbund, leverandører eller samarbeidsmøter i regionen, sikrer også enhetlig dokumentasjonspraksis. Brukerne uttrykte også behov for ressurspersoner som kan gi støtte i bruk, faglig påfyll, initiere og gjennomføre nettverksmøter mellom postene samt undervise i ny funksjonalitet. De to juristene vi intervjuet oppsummerer betydningen av en slik forvaltningsfunksjon på en beskrivende måte: *”Oppfølgingen av EDS i Sykehuset Østfold er helt i tråd med det Helsetilsynet anser som god praksis. Det er med en slik oppfølging vi har mulighet til å oppfylle plikten vi har til dokumentasjon og oppfyllelse av lovkrav”*.

Bekreftelsen på denne hypotesen tar utgangspunkt i de samme refleksjonene som i den forrige hypotesen. Vi hadde en forforståelse om at en slik funksjon sikrer kontinuitet og optimalisering ved å støtte ledere og ansatte i arbeidet knyttet med EDS. Dette med bakgrunn i egen erfaring og med støtte fra blant annet Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst. Metodene vi har anvendt for å avdekke en slik mulig sammenheng er intervjuer og bruk av resultatene fra kvalitetsindikatorer og journalgransking. Slik vi ser det ville ikke en annen metodisk tilnærming gitt andre resultater. Også her kunne vi formulert hypotesen i form av et graderings spørsmål, men også her mener vi at konklusjonen hadde blitt den samme, bortsett fra at svaret hadde blitt ”i stor grad” istedenfor ”ja”.

6.4 Avsluttende refleksjoner

Avslutningsvis mener vi det er riktig å komme med noen refleksjoner knyttet til forhold ved studien som vi burde eller kunne gått dypere inn i, og hvilke konsekvenser dette eventuelt kunne fått for våre funn. I utgangspunktet er det viktig å behandle resultatene fra denne studien med varsomhet, da den jo er gjennomført kun ved ett sykehus. Imidlertid mener vi at mange av funnene sannsynligvis ville gitt lignende resultater i andre sykehus som benytter EDS i Helse Sør-Øst. Dette under forutsetning av at forhold knyttet til oppfølging og optimalisering er noenlunde sammenlignbare med hvordan det er i sykehuset hos oss. Antagelsen er imidlertid bare basert på vår egen erfaring og tilbakemeldinger fra de nevnte miljøer.

Som nevnt tidligere er kvalitet vanskelig å definere, og enda vanskeligere å måle. Det kan gjøres på mange måter og på mange nivå. Vår undersøkelse tar utgangspunkt i formal- og prosessaspekter knyttet til dokumentasjon, og indikatorene og målverdiene er i stor grad

utarbeidet internt i eget sykehus. Andre undersøkelser på området kan ta utgangspunkt i andre områder av journalgransking, og andre definisjoner på kvalitet i dokumentasjonen. Dette gjør det vanskelig å sammenligne resultater fra undersøkelser direkte, men dette har heller ikke vært vår hensikt med oppgaven. Det hadde vært mulig å definere andre og muligens mer ”dyptgående” parametre for kvalitet på dokumentasjonen, men vi er av den oppfatning at trenden og utviklingen ville vært den samme.

Det hadde vært interessant å undersøke om en økning i kvaliteten på dokumentasjon gir seg utslag i bedre pasientresultater. Dette kunne vi gjort ved å intervju pasienter og sammenligne andre relevante indikatorer i perioden vi har foretatt målinger, noe som kunne gitt spennende resultater og drøftinger. Det ble imidlertid tidlig klart at en slik tilnærming ble for ressurskrevende og utfordrende innenfor de rammer vi hadde tilgjengelig, noe som også er blitt fremhevet i en del andre studier på området. Å i større grad undersøke sammenhengen mellom funksjonalitet i programmet og i hvilken grad dette understøtter arbeidsprosesser og tilrettelegger for god dokumentasjon hadde også kunnet berike oppgaven. Også høgskolenes rolle hadde det vært spennende å se mer på. Begge disse områdene ble løftet fram i flere sammenhenger under intervjuene, uten at dette ble nevnt i spørsmålene som ble stilt.

Vi kunne i større grad forsøkt å avdekke og drøfte mulige forskjeller mellom klinikker og avdelinger, samt mellom ulike yrkesgrupper innenfor sykepleietjenesten (sykepleier, hjelpepleier, miljøterapeut). Dette kunne gitt verdifull kunnskap om mulige mønster knyttet til variasjon i resultatene, og dermed gitt muligheten for drøftinger av årsaker til dette. Sykepleiedokumentasjonens rolle og betydning i en tverrfaglig sammenheng hadde også kunne gitt viktig kunnskap, og kanskje andre tilbakemeldinger om oppfatningen av kvalitet på dokumentasjonen. Ikke minst ville det vært interessant å se nærmere på legenes rolle i dette. Mer forskning på disse områdene vil kunne øke kunnskapen om EDS og derigjennom bidra til målrettet kompetanseheving og videreutvikling av de elektroniske løsningene, slik at de kan understøtte sykepleiernes arbeidsprosesser. Denne kunnskapen vil være viktig for å øke kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen ytterligere, noe som etter vår mening både vil styrke sykepleien til pasientene, og sykepleie som et fag.

7 REFERANSELISTE

- Andersen, Svein. (1997). *Case-studier og generalisering*. Bergen: Fagbokforlaget
- Aune, Irene Henriksen. (2007). *IKT for helsepersonell*. Oslo: Akribe
- Benner, Patricia, Sutphen, Molly, Leonard, Victoria & Day, Lisa. (2010). *Å utdanne sykepleiere*. Oslo: Akribe
- Bolman, Lee G. & Deal, Terrence, E. (2007). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Børmark, Sissel. (2002). *Kvalitetssikring av sykepleiedokumentasjonen. Har bruk av indikatorer i et internkontrollsystem av sykepleiejournalen effekt på kvaliteten av sykepleiedokumentasjonen?* Oslo: Hovedoppgave ved Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap
- Carnevalli, Doris L. (1993). *Sykepleieplanlegging*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Christensen, Tom, Lægreid, Per, Roness, Paul G. & Røvik, Kjell Arne (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Direktoratet for nødkommunikasjon. *Hva er gevinstrealisering?* Hentet 01.02.2012 fra <http://www.dinkom.no/default.asp?pubid=890&pub=1&sub=14>
- Ehnfors, Margareta & Smeby, B. (1993). *Nursing Care as Documented in Patient Records*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 7:209-220
- Ehrenberg, Anna, Ehnfors, Margareta & Smedby, Björn. (2001). Auditing nursing content in patient records. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(2), 133-141
- Everett, Euris Larry & Furseth, Inger. (2008). *Masteroppgaven. Hvordan begynne – og fullføre*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Forskrift om pasientjournal (2001). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Grønmo Sigmund (2004). *Datakvalitet, reliabilitet og validitet*. Hentet 13.februar 2012 fra <http://fagbokforlaget.no/?ressursside=ja&artikkelid=94>
- Hauge, Bjørn Christian (2009). *Hvilke forhold har betydning for innføringen og oppfølgingen av EDS?* Prosjektoppgave ved masterstudie i organisasjon og ledelse, 1.år. Halden: Høgskolen i Halden. Upublisert.
- Hauge, Bjørn Christian, Sjøborg, Annette, Helgesen, Tor Johan (2009). *Gevinstrealiseringsplan EDS*. Fredrikstad: Sykehuset Østfold. Upublisert.
- Heggdal, Kristin (2006). *Sykepleiedokumentasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helgesen, Tor Johan, Lando, Trine, Hauge, Bjørn Christian (2009). *Sluttrapport prosjekt "Elektronisk dokumentasjon av sykepleie"*. Fredrikstad: Sykehuset Østfold. Upublisert.

Hellwege, Knut (2012, 11.april). *Arbeidssamling i gevinstrealisering for regionalt fødeprosjekt*. Presentasjon på arbeidssamling for regionalt fødeprosjekt i Helse Sør-Øst.

Helsedirektoratet, *Prosjektarbeid og forankring*. Hentet 23.03.12 fra <http://www.forebygging.no/en/Metode/Overordnede-strategier/Prosjektarbeid-og-forankring/>

Helsedirektoratet, IS-1878 (2010). *Rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten. Primær- og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet

Helsepersonelloven (2001). Lov om Helsepersonell. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Helse Sør-Øst. (2010). *Langtidsplan IKT 2011-2014*. Hentet 11.04.12 fra http://www.helse-sorost.no/omoss/styret/Documents/Styrem%C3%B8ter/2010/16.%20desember/088-2010_Saksframlegg_-_Langtidsplan_IKT.pdf

Helse Sør-Øst, (2011). *Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i Sykehuset Østfold HF*. Hamar: Helse Sør-Øst

Helseth Sølvi (2009). *Innføring i kvalitativ/kvantitativ metode*. Hentet 15.januar 2012 fra http://www.su.hio.no/sufag/forelesninger/kval_kvant.ppt#281,14,Kvantitativ%20metode

Hennestad, Bjørn W. & Revang, Øivind. (2006). *Endringsledelse og ledelsesendring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hofstad, Eivor. (2011). Alt for lange journaler truer pasientsikkerhet. *Tidsskriftet Sykepleien*, 99(13), 20-21.

Idvall, Ewa (Red.).(2009). *Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad*. Stockholm: Gothia Förlag

Jacobsen, Dag Ingvar. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode 2.utgave*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Jacobsen, Dag Ingvar. (2006). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforlaget

KITH (2003). *Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie*. Hentet 26.08.11 fra http://www.kith.no/upload/1101/R12-03DokumentasjonSykepleie-rev1_1-NasjonalStandard.pdf

KITH (2000). *Temahefte 1: Introduksjon til temaserien, v. 2.0*. Hentet 02.02.12 fra http://www.kith.no/templates/kith_WebPage.aspx?id=766

KITH (2003). *Veileder for elektronisk dokumentasjon av sykepleie*. Hentet 26.08.11 fra <http://www.kith.no/upload/1105/R14-03VeilederElektroniskDokSykepleie-v1.pdf>

Krokmyrdal, Kurt A. & Larsen, Bente Mjøen. (2003). Kvalitetssikring av datakompetanse. *Sykepleien*. 91(5), 36-39.

Lerdal, Anners, Karlsson, Bengt. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju. *Tidsskriftet Sykepleien forskning*, 3(3),172-175

Lillevik, Ole Greger & Øien, Lisa. (2009). Språklige og verdimessige utfordringer ved innføring av klassifikasjonssystemet NANDA. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 5(2): 79-86

Lyngstad, Merete. (2002). *Sykepleiedokumentasjon og informasjons- og kommunikasjonsteknologi i sykehjem*. Bergen: Hovedfagsoppgave helsefag hovedfag, Universitet i Bergen, Institutt for samfunnsmedisin, seksjon for sykepleievitenskap.

Mathisen, Lars, & Nordbø, Øyvind. (2011). Verdt å vite om kvalitetsindikatorer. *Tidsskriftet Sykepleien*, 99(1), 32-34.

Moen, Anne, Hellesø, Ragnhild & Berge, Asbjørn (2008). *Sykepleieres journalføring. Dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Akribe.

Nasjonalt kunnskapssenter for spesialisthelsetjenesten (2008). *Utvikling og bruk av kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten*. Hentet 25.05.2010 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Utvikling+og+bruk+av+kvalitetsindikatorer+for+spesialisthelsetjenesten.490.cms>

Normann, Lisbeth. (2010). Look to the Nordic countries! *Sykepleien*, 98(15), 74. Riksrevisjonen, 3:7 (2007-2008). *Riksrevisjonens undersøkelse om IKT i sykehus og elektronisk samhandling i helsetjenesten*. Hentet 25.05.2010 fra http://www.riksrevisjonen.no/SiteCollectionDocuments/Dokumentbasen/Dokument3/2007-2008/Dok_3_7_2007_2008.pdf

Sykehuset Østfold (2008). *Risikovurdering EDS-prosjektet*. Sykehuset Østfold: Upublisert

Ross, Fiona, Smith, Elizabeth, Mackenzie, Ann & Masterson, Abi. (2004). Identifying research priorities in nursing and midwifery service delivery and organisation: a scoping study. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 547-558.

Sandvig Brandtner, Anna, Dagens Næringsliv, 12.04.2012 <http://www.e24.no/jobb/tysk-statsansatt-jeg-har-ikke-gjort-noe-paa-jobben-i-14-aar/20192322>

Scott, W. Richard & Davis, Gerald F. (2007). *Organizations and Organizing*. New Jersey: Pearson International Edition.

Sosial- og helsedirektoratet veileder IS 1162 (2005). *...og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

SSN. (2009). *Sykepleiernes Samarbeid i Norden's (SSN) arbeid med nordiske sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer 2008-2009*. Hentet 02.oktober 2011 fra <http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/341870/Indikatorrapport%20til%20NMR%208.09.09.pdf>

Standard Norge (2006). *NS-EN ISO 9000:2005 Systemer for kvalitetsstyring Grunntrekk og terminologi*. Brussel: Den europeiske standardiseringsorganisasjonen.

Suhonen, Riitta, Välimäki, Maritta, Katajisto, Jouko & Leino-Kilpi, Helena. (2006). Patient Characteristics in relation to perceptions of how individualized care is delivered – research

into the sensitivity of the individualized care scale. *Journal of Professional Nursing*, 22(4):253-261.

Sørli, Anne Berger. (2007). *Papir- eller elektronisk dokumentasjon... gjør det noen forskjell?* Oslo: Hovedoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag.

Thagaard, Tove. (1998): *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Voutilainen, Päivi, Isola, Arja & Muurinen, Seija. (2004). Nursing documentation in nursing homes – state – of – the – art – and implications for quality improvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(1): 72–81.

Wyller, Torgeir Bruun. (2011, 30.september). Det vanstyrte sykehus. *Aftenposten, kultur*, s. 4.

Litteraturliste

Album, Dag, Hansen, Marianne Nordli & Widerberg, Karin (Red.). (2010). *Metodene våre. Eksempler fra samfunnsvitenskaplig forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ball, Marion J, Duoglas, Judith V, Walker, Patricia Hinton (2011). *Nursing informatics. Where Technology and Caring Meet*. London: Springer

Jacobsen, Dag Ingvar & Thorsvik, Jan. (2008). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget

Moen, Anne, Hellesø, Ragnhild, Quivey, Martha & Berge, Asbjørn. (2002). *Dokumentasjon og informasjonshåndtering. Faglige og juridiske utfordringer og krav til journalføring for sykepleiere*. Oslo: Akribe.

Norsk senter for elektronisk pasientjournal (2011). *EPJ-monitor Årsrapport 2010*. Oslo: Helsedirektoratet.

Norsk sykepleierforbund (2009). *NSF strategi: eHelse er alles ansvar og i alles interesse*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Norsk sykepleierforbund (2007). *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal*. Hentet 28.08.2011 fra

<https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/135844/Veileder%20%20Sykepleiedokumentasjon.pdf>

Paans, Wolter, Sermeus, Walter, Nieweg, Roos M.B. & van der Schans, Cees P. (2010). Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of advanced nursing*, 66(11), 2481-2489.

Tjomsland, Ole (2011. 16. desember). *Fra versting til BEST-erfaringer med måling og kvalitetsforbedring i sykehus- har vi noe å lære?* Powerpoint presentert på fredagsmøte i Sykehuset Østfold.

Østby, Bjørn Arild & Kolbeinsen, Birgitte Reff. (2011). Kjenner input men ikke output. *Sykepleien*, 99(1): 35-37.

Helsedirektoratet, IS-1878 (2010). Rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten. Primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet

Vedlegg

Vedlegg 1: Prosedyre for EDS i Sykehuset Østfold

Vedlegg 2: Spørsmål til kvalitetsundersøkelse

Vedlegg 3: Intervjuguide 2012

Vedlegg 4: Bakgrunnstall kvalitetsindikatormålinger

Elektronisk dokumentasjon av sykepleie (EDS)

Felles SØ[]

[]

Gjelder fra: 27.04.2011 Utgave: 2.00 Dokumentnr: F/15-61

Utarbeidet av:
Bjørn Christian Hauge

Godkjent av:
Fagdirektør Jan Henrik Lund

Formål

Sikre at:

- dokumentasjon av sykepleie blir utført i henhold til lover og forskrifter
- foretaket har felles retningslinjer for EDS og at dokumentasjonen blir utført i henhold til disse

Hovedmål

EDS bidrar til at pasienten får en individuell, målrettet og kontinuerlig sykepleie av høy faglig, etisk og juridisk kvalitet.

Gjelder for helsepersonell som jobber med sykepleie i foretaket.

Merknader til denne versjon

Ikke behov for endringer fra forrige versjon.

Forutsetninger

- Tilgang til EPJ
- Kunnskap om EDS

Overordnede føringer

- Dokumentasjonen skal være i samsvar med god yrkesskikk og inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen (jfr. Helsepersonelloven § 40).
- Dokumenter skal kun opprettes ved behov for å dokumentere relevante og nødvendige opplysninger.
- Dobbeltokumentasjon skal unngås så langt det er mulig.
- Dokumenttyper med benevnelsen SO SPL eller PS SPL skal hovedsakelig benyttes.
- Behandlingsplan skal opprettes. Behandlingsplanen skal være hoveddokumentasjon og skal til enhver tid følges og være oppdatert.
- Tiltak og forordninger beskrevet i behandlingsplanen er å anse som utført med mindre annet er dokumentert. Det bør fremgå av behandlingsplanen hvor ofte evalueringen av de enkelte tiltak/forordninger skal dokumenteres når dette vurderes som nødvendig.
- Veiledende behandlingsplaner skal fortrinnsvis benyttes ved utarbeidelse av behandlingsplan.

- Klassifikasjonssystemene NANDA og NIC skal benyttes i pasientens behandlingsplan i kombinasjon med fritekst. Unntaksvis kan sykepleiediagnose/tiltak beskrives i fritekst.

Referanser

- [Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere](#)
- [Forskrift om pasientjournal \(Lovdata\)](#)
- Litteraturhenvisninger
- NANDA Sykepleiediagnoser. Definisjoner & klassifikasjon 2001-2002. Oslo: Akribe, 2003.
- [Helsepersonelloven](#)
- [Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal](#)

Vedlegg

- [V02](#) NANDA-diagnoser; med definisjoner og sortert på funksjonsområde (F/15.2.1-08)
- [V04](#) Veiledning: Dokumentasjon av sykepleie i SO SPL -dokumenter i DIPS. Somatikk. Sykehuset Østfold. (F/15.2.1-02)
- [V05](#) Veiledning: Dokumentasjon av sykepleie i PS SPL -dokumenter i DIPS. Psykiatri. Sykehuset Østfold (F/15.2.1-03)

Slutt på prosedyren

Vedlegg 2

Spørsmål til kvalitetsundersøkelse EDS i SØ

1	<p><i>Er datasamling/kartleggingsnotat opprettet innen 24 timer</i></p> <p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="radio"/> Nei</p>
2	<p><i>Er pasientens (sykepleie)problemer/diagnose beskrevet</i></p> <p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="radio"/> Nei</p>
3	<p><i>Er pasientens problemer/diagnose beskrevet i rapporten/notatene</i></p> <p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="radio"/> Nei</p>
4	<p><i>Er pasientens problemer/diagnose beskrevet i leieplan/behandlingsplan</i></p> <p><input type="radio"/> Ja Graderes; fra 1 til 5, hvorav 1= er i liten grad og 5= i stor grad</p> <p><input type="radio"/> Nei</p>
5	<p><i>Er pasientens ressurser beskrevet</i></p> <p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="radio"/> Nei</p>
6	<p><i>Er pasientens ressurser beskrevet - i rapporten/notatene</i></p> <p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="radio"/> Nei</p>
7	<p><i>Er pasientens ressurser beskrevet -i pleieplan/behandlingsplan</i></p> <p><input type="radio"/> Ja Graderes; fra 1 til 5, hvorav 1= er i liten grad og 5= i stor grad</p> <p><input type="radio"/> Nei</p>
8	<p><i>Er mål for sykepleien beskrevet</i></p> <p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="radio"/> Nei</p>
9	<p><i>Er mål for sykepleien beskrevet i rapporten/notatene</i></p> <p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="radio"/> Nei</p>
10	<p><i>Er mål for sykepleien beskrevet i pleieplan/behandlingsplan</i></p> <p><input type="radio"/> Ja Graderes; fra 1 til 5, hvorav 1= er i liten grad og 5= i stor grad</p> <p><input type="radio"/> Nei</p>
11	<p><i>Er sykepleietiltak beskrevet</i></p> <p><input type="radio"/> Ja</p>

	<input type="radio"/> Nei
12	<i>Er sykepleietiltakene beskrevet i rapporten /notatene</i> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
13	<i>Er sykepleietiltakene beskrevet i pleieplan/behandlingsplan</i> <input type="radio"/> Ja Graderes; fra 1 til 5, hvorav 1= er i liten grad og 5= i stor grad <input type="radio"/> Nei
14	<i>Er evaluering av sykepleietiltakene beskrevet i dokumentasjonen</i> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei Ufullstendig
15	<i>Er pleieplan/behandlingsplan opprettet innen 24 timer</i> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
16	<i>Er pleieplan/behandlingsplan oppdatert i løpet av innleggelsen</i> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei * Ingen behandlingsplan
17	<i>Er dokumentasjonen preget av å være</i> <input type="radio"/> Mye tekst/ stilpreget <input type="radio"/> Kortfattet og konkret Graderes fra 1 til 5, hvorav 1 = mye tekst/ stilpreg og 5 = kortfattet og konkret
18	<i>Forekommer dokumentasjon som hører hjemme i pleieplan/ behandlingsplan i rapporten/notatene</i> <input type="radio"/> I stor grad <input type="radio"/> I liten grad Graderes fra 1 til 5, hvorav 1 = i stor grad og 5 = i liten grad

Vedlegg 3

Intervjuguide intervju EDS 2012

- I hvilken grad er målene for bruk av EDS tydelige for deg?
- Kan du si litt om hvordan du har tilrettelagt for oppfølging av EDS?
- Har du selv lært deg systemet?
- Hvordan tilrettelegger du for oppfølging av systemet nå?
 - Hva er utfordrende med oppfølgingen av EDS?
 - Stikkord; økonomi, praktiske utfordringer, kvalitet og tidsbruk
- Hvordan motiverer du dine ansatte til å bruke systemet riktig?
 - Stikkord: delegering av ansvar, oppfølging, kodeverk, behandlingsplan, mindre tekst, mer presist, intern prosedyre, LGG, ”kontrollenhet”
- Hva mener du er viktig for at EDS skal gi de forventede gevinster?
 - Hva er suksesskriteriene?
- Hvordan opplever du oppfølgingen fra din nærmeste leder?
- Hvordan opplever du oppfølgingen fra Klinisk IKT?
- Opplever oppfølgingen/rapporteringen som ”kontroll”?
- Har rapporteringen inn mot LGG noen hensikt eller betydning for å nå målene?
- Har innføring av EDS blitt slik du forventet eller har innføringen utilsiktede konsekvenser?
 - Ser du nytteverdien av EDS?
- I hvilken grad opplever du at de ansatte har endret sine rutiner for dokumentasjon?
- Har du opplevd noen endring knyttet til tidsbruk på dokumentasjon, planlegging av pleie og/eller overtidsbruk som følge av dokumentasjon?
- I hvilken grad tror du innføringen av EDS har hatt betydning for kvaliteten på pleien til den enkelte pasient?
- Andre kommentarer eller tilbakemeldinger?

Vedlegg 4

Bakgrunnstall kvalitetsindikatormålinger

2010 (Fra siste tertial 2009)

Rapport	Med	Kir	Psyk	Gj. snitt i %
Kartleggings	76,1 %	56,7 %	68 %	67 %
BP	79,6 %	75,2 %	65,4 %	73,4 %
Nanda m/	66,2 %	65,1 %	60,4 %	63,9 %
Oppdatering BP	32,8 %	31,3 %	18,1 %	27,4 %

2011 (Fra siste tertial 2010)

Rapport	Med	Kir	Psyk	Gj. snitt i %
Kartleggings	91,3 %	80 %	80,4 %	84 %
BP	87,1 %	88,1 %	77,3 %	84,2 %
Nanda m/	65 %	73,6 %	72,8 %	70,5 %
Oppdatering BP	31,5 %	41,7 %	18,4 %	30,5 %

2012 (Fra siste tertial 2011)

Rapport	Med	Kir	Psyk	Gj. snitt i %
Kartleggings	92 %	84,9 %	87 %	88 %
BP	91 %	92 %	87,4 %	90,1 %
Nanda m/	70,1 %	73 %	75,7 %	73 %
Oppdatering BP	35 %	46,7 %	19,4 %	34 %