

# Rapport

## Ett ark til

En undersøkelse av sykehusansattes vurdering av rapportering og dokumenteringsmengde

**Forfatter(e)**

Ole Magnus Theisen

Birgitte Kalseth

# Rapport

## Ett ark til

En undersøkelse av sykehusansattes vurdering av rapportering og dokumenteringsmengde

EMNEORD:  
Rapportering  
Dokumentering  
Sykehus  
Styring

**VERSJON**

1

**DATO**

2013-06-03

**FORFATTER(E)**Ole Magnus Theisen  
Birgitte Kalseth**OPPDRAGSGIVER(E)**

Helsedirektoratet

**OPPDRAGSGIVERS REF.**

Øyvind Sæbø

**PROSJEKTNR**

102004432

**ANTALL SIDER OG VEDLEGG:**

76 + vedlegg

**SAMMENDRAG**

Rapporten gir innsikt i hvordan 50 ansatte ved 10 norske sykehus ser på omfang, innhold og nytte av oppgaver knyttet til rapportering og dokumentasjonsarbeid. Utvalget er gjort blant personell i førstelinen i sykehusene eller ledere på laveste ledernivå og kvalitative intervju er benyttet som datainnsamlingsmetode. Dette for fange opp hvordan personell som er nærmest pasientbehandlingen opplever balansen mellom tid brukt til direkte pasientkontakt, pasientnær dokumentasjon og rapportering, og vertikal rapportering som grunnlag for styring av sykehus, helseforetak og oppfølging av nasjonale målsettinger. Resultatene viser at det totalt sett er betydelig grad av frustrasjon rundt rapporterings- og dokumentasjonsmengden, men at det er variasjon. Det synes ikke å være enkeltstående rapporterings- og/eller dokumenteringskrav som er drivkraft bak frustrasjonen, selv om mindre pasientnære oppgaver gjerne frustrerer mest. Det er ofte stor forståelse for hensikten bak, men det er til dels stor frustrasjon knyttet til prosessene rundt rapporteringen. De aller fleste informantene opplever at mengden dokumentering og rapportering har økt over tid. Av det som dokumenteres og rapporteres som en del av den direkte pasientoppfølgingen er det lite som føles unyttig. Det er heller snakk om mengde og innhold i det som rapporteres, arbeidsfordeling mellom personellgrupper og forhold ved de teknologiske verktøyene som det stilles spørsmål ved. Når det gjelder rapportering oppover i styringslinja er den opplevde nytten i eget arbeid ofte mindre, spesielt ledere og overleger opplever at mye tid går med til dette og ikke minst til ad-hoc-pregede forespørsler. En del av informantene kommer med konkrete forslag til hvordan prosessene rundt dokumentasjon og rapportering kan forbedres og delvis reduseres.

**UTARBEIDET AV**

Forsker Ole Magnus Theisen

**KONTROLLERT AV**

Seniorforsker Bård Paulsen

**GODKJENT AV**

Forskningsjef Randi E. Reinertsen

**RAPPORTNR**

SINTEF 24462

**ISBN**

978-82-14-05604-4

**GRADERING**

Åpen

**GRADERING DENNE SIDE**

Åpen

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Resymé – Ett ark til.....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrunn, problemstillinger og metode .....</b>	<b>8</b>
	<b>2.1.1 Problemstillinger som belyses.....</b>	<b>8</b>
	<b>2.1.2 Utvalg .....</b>	<b>9</b>
	<b>2.1.3 Intervju .....</b>	<b>11</b>
	<b>2.2 Forprosjekt .....</b>	<b>11</b>
	<b>2.3 Etikk .....</b>	<b>12</b>
<b>3</b>	<b>Begreper og teoretiske perspektiv .....</b>	<b>13</b>
	<b>3.1 Rapportering og dokumentasjon.....</b>	<b>13</b>
	<b>3.2 Kort om tidligere forskning på norske forhold.....</b>	<b>14</b>
	<b>3.3 Ytterligere vurderinger.....</b>	<b>16</b>
	<b>3.4 Leserveiledning.....</b>	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>Strukturelle faktorer og hverdagen i spesialisthelsetjenesten .....</b>	<b>18</b>
	<b>4.1 Heterogenitet i arbeidsoppgaver.....</b>	<b>18</b>
	<b>4.2 Tid til arbeidsoppgaver .....</b>	<b>19</b>
	<b>4.3 Avbrudd og organisering.....</b>	<b>20</b>
	<b>4.4 Oppgaveglidning.....</b>	<b>21</b>
	<b>4.5 Økte behandlingsmuligheter .....</b>	<b>22</b>
	<b>4.6 Økt pasientgjennomstrømning.....</b>	<b>22</b>
	<b>4.7 IT-kompetanse.....</b>	<b>24</b>
	<b>4.8 Bedre teknologi, flere (rapporterings)muligheter .....</b>	<b>24</b>
	<b>4.9 Uerfarent personell .....</b>	<b>24</b>
<b>5</b>	<b>Fortløpende pasientdokumentasjon .....</b>	<b>26</b>
	<b>5.1 Vurdering av henvisninger .....</b>	<b>26</b>
	<b>5.2 Organisering av pasienter .....</b>	<b>26</b>
	<b>5.3 Innkomstnotat sykepleiere .....</b>	<b>26</b>
	<b>5.4 Innkomstjournal lege .....</b>	<b>27</b>
	<b>5.5 Medikamentliste og medisinsk kurve.....</b>	<b>27</b>
	<b>5.6 Behandlings-/Pleieplaner for pasient (herunder utredningsrapport og utredningsplan).....</b>	<b>28</b>
	<b>5.7 Pasientjournal .....</b>	<b>28</b>
	<b>5.8 ICD10-koder, andre koder og registrering.....</b>	<b>29</b>
	<b>5.9 Muntlig rapportering.....</b>	<b>30</b>

5.10	Poliklinisk notat.....	31
5.11	Epikrise.....	31
<b>6</b>	<b>Andre dokument .....</b>	<b>33</b>
6.1	Prøvesvar .....	33
6.2	Operasjonsbeskrivelse .....	33
6.3	Telefonnotat .....	33
6.4	Sammendragsnotat .....	33
6.5	Utskrivningsrapport .....	34
6.6	Skriv med pasient ut.....	34
<b>7</b>	<b>Kommunikasjon med kommunehelsetjenesten .....</b>	<b>35</b>
7.1	Kommunikasjon med kommunene.....	35
7.2	Samhandlingsreformen og utskrivningsklare pasienter .....	35
<b>8</b>	<b>Avviksmeldinger/meldinger .....</b>	<b>37</b>
8.1	Avviksmeldinger/meldinger .....	37
<b>9</b>	<b>Personalansvar.....</b>	<b>39</b>
9.1	Antall ansatte og bemanningssituasjon .....	39
9.2	Administrasjon .....	39
9.3	Oppfølging og rapportering til NAV.....	40
9.4	HMS-arbeid.....	41
<b>10</b>	<b>Den vertikale akse; dokumentasjon og rapportering til styringsformål og helseregistre .....</b>	<b>42</b>
10.1	Opplevd økning i rapportering, byråkratisering og krav om ad-hoc-rapporter.....	43
10.2	Hvem rapporterer vertikalt.....	44
10.2.1	Tilbakemeldinger og kommunikasjon med ledelse .....	46
10.3	Ønske om mer fokus på kvalitet.....	47
10.4	Eksempler på styringsindikatorer som følges opp.....	48
10.4.1	Ventetider og fristbrudd.....	48
10.4.2	Korridorpasienter.....	49
10.4.3	Epikrisetid.....	49
10.4.4	Tvang i psykisk helsevern .....	50
10.4.5	Holdning til innsatsstyrt finansiering (ISF) .....	50
10.5	Registre og særskilte rapporteringer .....	51
<b>11</b>	<b>Rapporteringstrykk.....</b>	<b>53</b>
11.1	Trend i rapporteringen.....	54
<b>12</b>	<b>Rom for forbedring slik informantene ser det.....</b>	<b>56</b>
12.1	Lengde og substans i pasientdokumentasjon .....	56
12.1.1	Mer dokumentasjon for å ha ryggen fri .....	58

12.1.2	Bruk av andres rapportering.....	59
12.1.3	Dobbeltrappering.....	60
12.1.4	Muntlig rapport – nyttig og derfor gjenstridig.....	61
12.2	Informantenes forslag til kutt.....	62
12.2.1	Skjønn versus. screening.....	62
12.2.2	Kutte i kronglete kodeverk.....	63
12.2.3	Kutte i kommunikasjonen med kommunene.....	64
12.2.4	NAV.....	64
12.2.5	Kutte i forespørsler ovenfra.....	64
12.3	Risiko ved reduksjon av dokumentasjon og rapportering.....	65
12.4	Forbedringer i IT.....	65
12.4.1	Tilgang på IT-materiell, funksjonalitet i programvare og innloggingstid.....	65
12.4.2	Innloggingstid og tregt it-materiell.....	66
12.4.3	Funksjonalitet i programvare.....	66
12.4.4	Synkronisering mellom ulike programvarer.....	67
12.4.5	Automatisering av datauttrekk.....	68
12.4.6	Brukergrensesnitt generelt.....	69
12.4.7	Talegjenkjenning vs. diktat vs. å skrive selv.....	70
12.4.8	Kommunikasjon med andre helseinstanser.....	71
12.4.9	Ny teknologi forutsetter (opp)læring.....	71
12.5	Kapasitet og oppgaveglidning.....	71
12.5.1	Savnet av støttefunksjoner og sekretærer.....	71
12.5.2	Ønske om flere ansatte og potensialet for oppgaveglidning.....	73
13	Avslutning.....	74
13.1	Hva har undersøkelsen bidratt med?.....	74
13.2	Forhold undersøkelsen ikke har kunnet avdekke og noen forslag.....	74
A	Vedlegg 1. Intervjuguide.....	76

**BILAG/VEDLEGG**

<b>A</b>	<b><u>Vedlegg 1. Intervjuguide</u></b> .....	Feil! Bokmerke er ikke definert.
----------	--	----------------------------------

---

---

## 1 Resymé – Ett ark til

*Men det var jo, et sånn ekstra ark hvor man skal føre det er, det var, det falt veldig mange folk tungt for brystet, sånn at det er en viss sånn motvilje hvis det, hvis det blir snakk om at man skal skrive litte granne mere, så er det mange som reiser bust med det samme. Så jeg opplever litt, det mener jeg var en...det var lagt til rette for at man kunne føre diagnose fortløpende, ergo sparer du tid på epikrisen fordi du slipper å lete en gang til, men bare å innføre en sånn ting det var, det er veldig tungt. Fordi det er et ark til.<sup>1</sup>*

Sitatet over er hentet fra et intervju med en overlege på en kirurgisk avdeling ved ett av sykehusene undersøkelsen dekker og er nokså beskrivende for hovedfunnet i denne undersøkelsen: det er en tydelig frustrasjon rundt rapportering og dokumentering i norske sykehus, men det er også betydelig variasjon i frustrasjonen – informanten vår var betraktelig mindre frustrert over tiltaket enn flere av sine kolleger. Videre viser utsagnet "ett ark til" at det ikke er noen enkelte konkrete oppgaver knyttet til rapportering og dokumentering som tar så mye tid eller oppleves som så lite hensiktsmessige at de i seg selv kan sies å være hovedkilde til frustrasjonen. Snarere er det den totale mengden krav og normer til rapportering og dokumentering i en til tider meget hektisk hverdag som gjør at innføringen av ett nytt skjema, som sitatet viser, blir møtt med motvilje. Tiden den enkelte har i hverdagen påvirker frustrasjonen rundt rapportering og dokumentering, da det oppleves å stjele tid fra pasientkontakt og ledelsesarbeid som er det de fleste av våre respondenter opplever som sine kjerneoppgaver. Antallet ulike arbeidsoppgaver er også en viktig faktor for å forklare variasjon i frustrasjon. Mellomledere og især overleger med personalansvar jobber svært mye og har mange og svært ulike oppgaver. De må derfor forholde seg til mange ulike programvarer og krav til rapportering og dokumentering. Dette medfører at de ofte opplever å aldri bli skikkelig trygg på programvaren. Mye overtid og manglende support kan bidra til å forstå et til tider høyt frustrasjonsnivå.

Den egentlige hensikten med skjemaet det vises til i sitatet ovenfor var at det skulle gjøre epikriseskrivingen enklere og raskere ved å sikre fortløpende dokumentasjon av diagnoser, noe få ville vært uenig i. Allikevel ble tiltaket ikke møtt velkommen. Likeledes er det på gulvet i norske sykehus ofte stor forståelse for hensikten bak mye av rapporteringen og dokumenteringen. Dokumenteringen av pasientforløpet i journal og pasientadministrative system er det ingen av våre informanter som stiller spørsmål ved hensikten av. Det er imidlertid en del frustrasjon rundt at det blir mye tekst, men dette er noe man delvis ser årsaken til og løsningen på i egen avdeling. Dels skyldes det ulik kultur om hva som skal skrives og ikke. Dels skyldes det mer eller mindre frykt for at man skal bli stilt til ansvar for ikke å ha dokumentert noe, og at det dermed også kan bli stilt tvil om man har utført arbeidsoppgavene skikkelig. Også når det gjelder rapportering oppover i linjen – det vi har valgt å kalle vertikal rapportering – er det som oftest, men ikke alltid, også nokså stor aksept for hensikten. Det er imidlertid til dels stor frustrasjon knyttet til hvordan prosessene rundt rapportering er organisert internt i sykehusene. At pasienter og fastlege skal få informasjon om spesialisthelsetjenestens behandling og anbefalt videre behandling innen rimelig tid vil få, om noen, av våre informanter si seg uenig i. Håndhevelsen av syvdagersfristen på utsendelse av epikrise til fastlege oppleves likevel av mange som alt for rigid og ressurskrevende. Tilsvarende er det stor forståelse for at pasienter skal slippe å vente unødig lenge på utredning eller behandling, men at det har blitt innført et regime der fristbrudd ikke tolereres overhode fører til frustrasjon over "kosmetisk" sjonglering med pasientventelister som kan gå på bekostning av andre pasienter som hadde hatt større nytte av enda kortere ventetid til konsultasjon eller behandling.

---

<sup>1</sup> 6\_34\_32.

Videre er det verdt å merke seg at informanten i sitatet ovenfor som var med på å innføre dette, en erfaren overlege med personal- og medisinsk ansvar, vet godt hvordan hverdagen er på norske sykehus. Det er altså ikke en byråkrat som sitter "innelåst på et kontor" på foretaket (som en av informantene våre uttrykte det) som har gått god for forslaget. Dette illustrerer utfordringen med å få til løsninger alle er tilfreds med, selv for en med lang fartstid på "gulvet".

Arket i sitatet ovenfor kan også brukes til å beskrive at frustrasjonen ikke kun dreier seg om den fysiske rapporteringen og dokumenteringen, men enkelte ting, som et fysisk ark, er bedre egnet som symbolsaker enn andre. Vi har ovenfor nevnt betydningen av tidspress og en mangefasettert arbeidshverdag som drivkrefter bak en mer generell frustrasjon. Nesten like viktig er stadige avbrudd av telefoner og eposter, innkallelse til møter som kan føles meningsløse og en stab med mye sykefravær og lite erfaring. Frustrasjon rundt manglende lydhørhet og respons på mer diffuse områder kan gi "arkene" et ufortjent dårlig rykte. En ikke ubetydelig del av frustrasjonen rundt rapportering og dokumentering, især for informanter uten lederansvar, var treg innlogging på PC, maskiner som henger; programvare som er rotete og ikke er synkronisert med annen programvare og derfor medfører høyere tidsbruk og frustrasjon rundt dobbeltføring; og manglende opplæring i programvaren.

"Ett ark til" symboliserer også noe nytt. Når man skal undersøke tid-nytte vurderingen av nye rapporterings- og dokumenteringskrav, er det utfordrende å klare og skille motvilje mot endring og oppgaver som i en overgangsfase er tidkrevende fra frustrasjon som sannsynligvis vil vedvare. Våre informanters opplevelse sett under ett peker imidlertid på to helt sentrale funn. For det første, er det en økning i rapporterings- og dokumenteringstrykket over tid. Dette oppleves imidlertid ikke alltid som et onde da det aller meste av rapporteringen ikke oppleves som noe som kan kuttes ut uten videre. For det andre, så oppleves tidsbruken som brukes på dokumentering og rapportering som u hensiktsmessig høy. Det må også understrekes at det i løpet av de siste 10-15 årene har det vært viktige endringer i spesialisthelsetjenesten. Sykehusreformen ifra 2002 og samhandlingsreformen som trådte i kraft 1.1. 2012 er sentrale politiske grep, men det jevne fokuset på færre liggedøgn, sammen med eldre og sykere pasienter er også viktige variable. Videre har "IT-revolusjonen" satt sine spor både ved økte muligheter til systematisk registrering og oppfølging av aktivitet, men også frustrasjon rundt lite hensiktsmessige løsninger og uutnyttet potensiale. Ambisjonen om at ny teknologi skal gjøre det mulig for ledere på avdelingsnivå å ivareta de aller fleste oppgaver knyttet til ledelse og administrasjon er et sentralt element for å forstå nettopp disse ledernes frustrasjon rundt en for heterogen arbeidshverdag.

"Ett ark til" kan også symbolisere kontroll istedenfor støtte. Når det i eksempelvis i psykisk helsevern innføres krav om at det i samtlige innleggelser skal gjøres en suicidvurdering etter et bestemt skjema, så kan det oppfattes som en mistillitserklæring til klinisk personells faglige skjønn. Likeledes kan NAVs oppfølgingsregime av langtidssykemeldte oppleves som meget tidkrevende og lite fleksibelt da alle, inkludert eksempelvis gravide med bekkenløsning, i prinsippet skal følge det samme løpet med dialogmøter og rapporteringskrav. Når informantene oppgir at de uansett ville ha gjort en kvalitativ suicidvurdering eller hatt uformelle samtaler med langtidssykemeldte medarbeidere, så kan dette forklare noe av bakgrunnen for frustrasjonen rundt noe som til tider oppleves som et "skjemavelde" der lite er overlatt til fagpersonens eget skjønn.

"Ett ark til" kunne like gjerne vært "enda en forespørsel" med kort tidsfrist en mellomleder får om å kommentere på egen avdelings aktivitetstall; om å rapportere til foretaket om antall blindtarmsoperasjoner siste 12 måneder, eller om å delta i et møte om kostnader ved fremtidens kreftbehandling i kraft av sin medisinske spisskompetanse. En mellomleder opplever at man er "nødt" til å gjøre det man blir bedt om,

selv om det kan oppleves som lite meningsfylt og man må nedprioritere pasientbehandling og ledelse – oppgaver man selv vurderer som viktigere enn overordnet planlegging og drift.

"Ett ark til" kan også symbolisere en viss likegyldighet som kommer sigende når papirbunken av dokumenter blir for høy og den enkelte ikke lenger makter å se (eller ikke blir forklart) hensikten bak "arket". For klinisk personell og for ledere av klinisk personell oppleves dokumentering og rapportering ikke som deres kjerneoppgaver. Kanskje i beste fall oppleves det som nyttige hjelpemidler til å utføre kjerneoppgavene – pasientbehandling og ledelse – på en god og effektiv måte. Flere informanter gav uttrykk for at de i det daglige ikke brydde seg så mye om styringen av sykehusene og kanskje heller ikke la så mye sjel i rapporteringen og dokumenteringen. En ICD10-kode kan da fort bare bli ett tall som man er pålagt å registrere – hvis ikke taper avdelingen inntekter – og man "bare gjør det" uten å legge videre innsats i det, og kvaliteten blir deretter. Det blir bare "ett tall til".

"Ett ark til" kan også beskrive en dokumenterings- eller rapporteringsoppgave som ikke oppleves som noe mer enn ett ark, og kanskje ett nyttig ett som sådan. Det er viktig å presisere at ikke alle våre informanter (inklusive opphavet til sitatet ovenfor) var misfornøyde med mengden og substansen i det som dokumenteres og rapporteres. Flere informanter irriterte seg lite over rapporterings- eller dokumenteringsmengden, selv om de kunne ha sine personlige kjepphester når det gjaldt organisering eller hjelpemidler. Det er imidlertid et hovedinntrykk at frustrasjonen er nokså utbredt, om enn varierende, og da gjerne som konsekvens av informantens arbeidsoppgaver og tidspress.

Hva er så informantenes forslag til å få ett ark mindre? Hvilke forslag til kutt eller forbedring har de? Som nevnt ovenfor, så er det få av rapporterings- og dokumenteringsoppgavene som oppleves som unyttige i seg selv og det er den totale tidsbruken som oftest er kilde til frustrasjon. For mange vil det å få ned mengden tekst i pasientjournalene og ikke minst å oppgradere hardware og funksjonaliteten i programvaren være et stort skritt i riktig retning. For ledere er litt færre arbeidsoppgaver og bedre og nærmere støttetjenester ofte et savn. Det er allikevel noen oppgaver som oftere nevnes som mindre hensiktsmessige. Disse er rapporteringskravene til NAV ved langtidssykemeldinger; funksjonalitetsscreening i psykisk helsevern; ernæringscreening av samtlige pasienter der det er pålegg om dette; forenkle kodeverk; samt redusere antallet aktivitetsindikatorer. Oppfølgingsregimet på epikrisetid og fristbrudd (men ikke hensikten bak) nevnes i så måte ofte som for tungt vektlagt i den daglige driften av avdelingene.



## 2 Bakgrunn, problemstillinger og metode

Sintef har våren 2013 etter kontrakt inngått med Helsedirektoratet gjennomført semistrukturerte intervjuer med helsepersonell i førstelinjen i sykehusene for å få deres vurdering av omfang og nytte av dokumentasjons- og rapporteringsoppgaver, for deretter å skrive en rapport om funnene. Undersøkelsen er et ledd i Helse- og Omsorgsdepartementets prosjekt for å utrede rapportbelastningen i spesialisthelsetjenesten. Gitt den valgte metode lå det til grunn det ikke skulle beregnes total tidsbruk på rapportering og dokumentasjon for sektoren, ei heller for den enkelte avdeling/funksjon. I den grad vi har spurt om tidsbruk er dette for å kunne danne et bilde av hvilke oppgaver som krever mye og hvilke som krever mindre tid for å kunne gi en rangert prioritering. I noen tilfeller gis det eksempler på tidsbruk til ulike arbeidsoppgaver for enkeltinformanter.

Undersøkelsen er kvalitativ av karakter, da Helse- og Omsorgsdepartementet (heretter HoD) ønsker etablert et kunnskapsgrunnlag for å vurdere forslag til tiltak som kan redusere total tidsbruk ved å kutte og/eller effektivisere rapporteringen, samt sikre best mulig kvalitet. En kvalitativ i stedet for en kvantitativ tilnærming er egnet til å avdekke nye aspekter ved tidsbruk til rapportering og dokumentasjon blant personale som er involvert i pasientarbeid på sengeposter og i poliklinikker, hva de anser som overflødig, og hvordan informantenes dokumentasjons- og rapporteringsarbeidet kan effektiviseres og forbedres. En konkret beregning av tidsbruk vil kreve et kvantitativt design med strukturerte spørreskjema til et stort antall respondenter, eventuelt en studie der tidsbruken på spesifikke arbeidsoppgaver til et representativt utvalg av ansatte i spesialisthelsetjenesten måles direkte ved stoppeklokke, GPS e.l.. Metodevalget var også delvis begrunnet med at det allerede foreligger en god del kunnskap om omfang av og tidsbruk til rapportering, og at prosjektet er myntet på å kunne ut i forslag til effektivisering, muligheten for å kutte i noe av rapporteringen og dokumenteringen og eventuelle andre forbedringer i rutiner. Sintef har derfor ikke lagt opp til en detaljert kvantifiserbar dokumentasjon av tidsbruk på rapportering, men snarere en mer åpen tilnærming der informantenes egne vurderinger har vært i fokus.

Fra oppdragsgivers side uttrykkes et ønske om å få vurdert nytte av rapportering. Det kan være krevende å anslå nytte av rapportering og dokumentasjon. Dette skyldes dels at hva som oppfattes som nyttig vil variere avhengig av hvem du spør. I denne undersøkelsen har vi utført intervju på avdelingsnivå dvs. de som har pasient- og brukerkontakt, samt ledere på laveste ledelsesnivå i avdelingene, siden motivasjonen for studien er hvordan man kan redusere rapporteringstrykket for disse. Når nytte vurderes vil det derfor være informantens perspektiv som blir gjeldende. Et bredere perspektiv kunne inkludert nytte sett fra ledelse på sykehus og i helseforetak, samt statlige myndigheter, forskere og politikere. Også andre aktører og pasientene selv kunne bli inkludert i dette.

### 2.1.1 Problemstillinger som belyses

Følgende syv problemstillinger belyses i prosjektet med utgangspunkt i oppdragsgivers bestilling:

1. *Hvilken type rapportering utføres av lege, sykepleiere og merkantilt personell som arbeider direkte med pasient- og brukerkontakt?* Denne problemstillingen belyses i hovedsak i kapitlene 5 til 8.
2. *Hvilken type rapportering utføres på laveste ledelsesnivå i sykehus- og førstelinjeledere?* Denne problemstillingen belyses i hovedsak i kapitlene 9 og 10.
3. *Hva slags rapportering anses som nyttig og hva omfattes som unødvendig/hensiktsløst?* Selv om temaet behandles i alle kapitler f.o.m. kapittel 4, er især kapittel 12 sentralt.

4. *Hvilken konsekvens har det for medarbeidere i sykehusene at de må rapportere på nye områder og hva er konsekvensen i forhold til redusert tid til allerede foreliggende oppgaver?* Sintef forstår «foreliggende oppgaver» her som pasientbehandling eller andre primæroppgaver hos ansatte på laveste nivå i sykehusene. Tatt i betraktning at man her spør om nye rapporteringsområder og hvilken konsekvens det har for tidsbruk anser Sintef intervju med bakkepersonell som meget nyttig for denne problemstillingen. Dette er et overordnet spørsmål, og kapitlene 4.2, 10, 11 og 12 er mest relevante for denne problemstillingen.

5. *Hva er risikoen ved ikke å rapportere eller å ta bort eksisterende rapportering?* Hva som oppfattes med risiko vil her avhenge av (i) hva den enkelte informant kjenner til av automatisk og manuell rapportering og hva denne brukes til og (ii) hvordan den enkelte informant vurderer nytten av eksisterende rapportering. Da de fleste informantene ikke så at man burde kutte mange rapporteringsoppgaver – et hovedfunn er at man ser en nytte i det meste av rapporteringen – var ikke dette spørsmålet alltid like relevant å spørre videre om. I de tilfeller der informanten hadde klare forslag om hva som kunne kuttes ut eller reduseres (se kapitlet **Rom for forbedring slik informantene ser det**), er det implisitt at vedkommende ikke anser risikoen for særlig høy ved å kutte på rapporteringen som anses for overflødig. Spørsmålet er imidlertid nokså normativt, så svarene informantene gav avhang i stor grad om de opplevde dokumentasjons- eller rapporteringsoppgaver de gjorde som enten for tidkrevende eller uten hensikt. Se for øvrig også avsnittet **Risiko ved reduksjon av dokumentasjon og rapportering**.

6. *Hvor detaljert skal rapporteringen være?* Vurderingene av hvor detaljert rapporteringen skal være baseres utelukkende på informantenes tilbakemeldinger. Det er især kapitlet **Rom for forbedring slik informantene ser det** som behandler de aspektene ved rapportering og dokumentering som informantene synes er for detaljert. Som diskusjonen i ovennevnte kapittel samt delkapitlene **Uerfarent personell**, **Pasientjournal**, **Epikrise** og især delkapitlet **Mer dokumentasjon for å ha ryggen fri** avhenger svaret på denne problemstillingen en del av hvilken trygghet man føler man har i jobben.

7. *Hvordan organiseres og praktiseres rapporteringen?* Denne problemstillingen belyses i hovedsak i kapitlene 5 til og med 10.

I et prosjekt der problemstillingene og spørsmålene i stor grad går på å identifisere hvordan opplevelsen av tidsbruk på rapportering og dokumentering er – oppgaver som ofte ikke føles som kjerneoppgaver – og hvilken nytte informantene ser i dette, vil fort få et litt negativt fokus. Momenter som oppfattes som positive vil derfor være underkommunisert i et slikt design og fokuset blir i stor grad på hva som oppleves som problematisk og hvilke løsninger informantene ser for seg på disse problemene. Dette er imidlertid helt nødvendig for å kunne ha et visst fokus i en relativt løst strukturert intervjusituasjon som semistrukturerte intervju er.

## 2.1.2 Utvalg

Trekking av utvalg ble ikke utført med tanke på statistisk representativitet. Snarere ble det trukket på RHF og sykehusnivå for å få en tilfeldighetsmekanisme. Dette ble gjort for å sikre at hele landet ble dekket. Utvalget av sykehus ble gjort i form av et stratifisert sannsynlighetsutvalg ut fra følgende prinsipp:

- Det ble først trukket ut 3 helseforetak i henholdsvis Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord samt 4 helseforetak i Helse Sør-Øst.

- Det ble så trukket 2 sykehus ved hvert helseforetak i Vest, Midt-Norge og Nord samt 1 sykehus ved hvert helseforetak i Sør-Øst.
- Det ble trukket ut 4 medisinske avdelinger, 4 kirurgiske avdelinger, 1 psykiatrisk sykehus/avdeling (PHV) og 1 barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (PHBU).
- Det er i alt 17 helseforetak hvorav 6 foretak har universitetssykehus. I utvalget skulle det være minst 2 og maks 4 foretak med universitetssykehus.
- Dersom det ble trukket 2 somatiske avdelinger ved samme foretak skulle det trekkes 2 sykehus fra dette foretaket. Først ble den medisinske avdelingen ved sykehus nummer 1 trukket. Den kirurgiske avdelingen ble ved sykehus nummer 2
- Det skulle ikke være mer enn 1 avdeling/sykehus fra psykisk helse (PHV og PHBU) fra foretakene i Vest, Midt og Nord. Totalt 1 PHV og en PHBU ble trukket.
- Når en avdeling/sykehus fra psykisk helse ble trukket ut skulle også den somatiske avdelingen som ble trukket ved foretaket hentes fra samme sykehus.
- Når et foretak med universitetssykehus ble trukket ut skulle en somatisk avdeling fra universitetssykehuset være med i utvalget.

Utvalgstrekkningen foregikk i følgende steg:

1. Trekking av helseforetak
2. Trekking av avdelingstype (KIR/MED/PHV/PHBU)
3. Trekking av sykehus (ut fra hvilke sykehus foretaket har)
4. Trekking av avdeling (ut fra hvilke avdelinger sykehuset har)
5. Utvelgelse av sykehus/avdelinger for å fylle utvalgsforutsetningene over

Trekkingen som ble utført onsdag 6.mars i Helsedirektoratet i samarbeid med Sintef resulterte i følgende sykehus der det ble intervjuet på en avdeling på hvert (i tilfeldig rekkefølge):

- Helse Finnmark HF, Klinikk Kirkenes
- Helse Finnmark HF, Klinikk Hammerfest
- Psykiatrisk avdeling (Helse Midt RHF)
- St. Olavs Hospital
- Psykiatrisk avdeling (Helse Vest RHF)
- Stavanger Universitetssykehus
- Innlandet Sykehus HF, Divisjon Lillehammer
- Akershus Universitetssykehus (AHUS)
- Sykehuset i Telemark, Skien
- Sørlandet sykehus HF, Kristiansand

I det opprinnelige utvalget ble avdelinger som er meget små og som i liten grad berøres av samhandlingsreformen overrepresentert. Sintef valgte derfor i samråd med oppdragsgiver å endre avdelinger ved Helse Finnmark HF, Klinikk Kirkenes og Helse Finnmark HF, Klinikk Hammerfest.

Der det på avdelingsnivå var mer enn en aktuell informant å velge imellom til intervju, ble det bestrebet en mest mulig tilfeldig trekning av informanter. Det vil si at lege og sykepleiere uten personalansvar og helsefagarbeider ikke ble håndplukket av ledelsen, men skulle trekkes mest mulig tilfeldig. I forespørselen til den enkelte avdeling ba vi derfor om at ved flere mulige informanter, skulle den som har fødselsdag først

på året intervjues. For ledelsesstillinger der det kun var en mulig respondent per avdeling ville trekkingen allerede være utført etter trinnene som er beskrevet ovenfor.

### 2.1.3 Intervju

I alt 50 intervju fordelt på 10 sykehus ble gjennomført. Intervjuene tok form av en samtale mellom en fra intervjueteamet<sup>2</sup> og en informant fra den aktuelle avdelingen der en på forhånd definert intervjuguide var retningsangivende for hovedtemaene på intervjuet (se **Vedlegg 1. Intervjuguide**). Hvert intervju tok i snitt ca. 1 time. Følgende type informanter ble forsøkt rekruttert til intervju:

1. Lege/Psykolog uten personalansvar
2. Lege/Psykolog med personalansvar
3. Sykepleier/Sosionom uten personalansvar
4. Sykepleier med personalansvar
5. Sekretær/helsefagarbeider/merkantilt personale

Det endelige utvalget ble som følger

- 9 Leger/psykologer med personalansvar
- 9 Sykepleiere med personalansvar
- 11 Leger/psykologer
- 12 Sykepleiere/sosionom
- 9 Hjelpepleier/Sekretærer/Annet merkantilt personell

Fordelingen i kjønn for informantene var 13 menn og 36 kvinner. Blant disse var det en klar overvekt av menn i overlegestillinger (9 av 12).

## 2.2 Forprosjekt

Sintef har gjennomført et forprosjekt som har inkludert ni intervju på St Olavs hospital i Trondheim, to intervju på AHUS, samt fire telefonintervju med ansatte på Sykehuset Innlandet Lillehammer (2), Diakonhjemmet (1) og St. Olavs hospital (1). Intervjuene tok form av åpne/semistrukturerte intervju der hovedformålet var å danne et bakteppe for hovedprosjektet, herunder å utarbeide en intervjuguide, vurdere hvilke problemstillinger som kan og ikke kan belyses med valgte metode m.m.. Siden forprosjektet hadde som hensikt å meisle ut en mer finmasket problemstilling og en hensiktsmessig metode, ble en del av intervjuene ved St. Olavs gjennomført med representanter fra både Helsedirektoratet og Sintef til stede. Informasjonen fra disse intervjuene er ikke del av datagrunnlaget som ligger til grunn for analysene i denne rapporten. Innsiktene fra forprosjektet ble presentert på et arbeidsgruppemøte i Oslo 20. mars 2013.

Sykepleierforbundet, Legeforeningen, Spekter og Fagforbundet, samt representanter fra de regionale helseforetakene har deltatt i prosjektgruppen og gitt nyttige og konstruktive innspill til arbeidet med rapporten. Det har også blitt avholdt særskilt kontaktmøte med Psykologforeningen, og det er blitt mottatt skriftlige kommentarer.

---

<sup>2</sup> Birgitte Kalseth og Ole Magnus Theisen Sintef. Et intervju ble foretatt over telefon.

## **2.3 Etikk**

Intervjuene for både forprosjektet og hovedprosjektet var frivillige å delta i såfremt det var mer enn en ansatt i den aktuelle kategori på jobb den dagen. Intervjuene er anonymisert og behandlet konfidensielt. Det har ikke blitt benyttet incentiver for deltagelse i intervjuene. Det er ingen kjente interessekonflikter å anmerke.

### 3 Begreper og teoretiske perspektiv

Sintef ser det som nyttig å på forhånd avklare hva vi mener med begrepene "rapportering" og "dokumentasjon", men mener samtidig at det å balansere til dels sterkt overlappende og dels synonyme begrep kan være forvirrende for informantene og det kan dermed gi ulike svar fra ulike respondenter når de har potensielt kan ha ulik forståelse av definisjonene. Å skille mellom disse begrepene i intervjuene av dataene der informantene ikke har klart for seg hva som er hva vil kunne gi et falskt inntrykk av for høyt presisjonsnivå.

#### 3.1 Rapportering og dokumentasjon

Sterkt inspirert av Gjertsen m.fl. (2012: 28 fn. 2) velger vi følgende definisjon av rapportering og dokumentering:

Rapportering vil si å formidle opplysninger og informasjon rutinemessig eller formidle om en hendelse eller sak videre til andre. Disse kan gis både muntlig skriftlig eller i form av opptak, men betinger at det er minst en sender og minst en mottaker. Siden en del rapportering skjer muntlig, er ikke all rapportering dokumentering. Rapportering kan skje både horisontalt (eksempelvis fra sykepleier til sykepleier i en avdeling) eller vertikalt (eksempelvis fra lege til sykehusledelse) i en organisasjon.

Å dokumentere er å sikre overførbart informasjon om det man observerer og gjør. Dette kan skje ved nedskrivning, lyd- eller bildelagring og/eller gjenstander. Ikke alt som dokumenteres blir delt med andre, dvs. dokumentering krever ikke nødvendigvis en mottaker, og kan derfor ikke regnes som rapportering. Der dokumentasjon er grunnlag for automatiske datauttrekk uten at de som har stått for dokumenteringen er klar over det, regnes dette fortsatt som dokumentasjon, da dette sjelden vil oppfattes som rapportering av de som utfører dokumentasjonen.

Rapportering, pålagt som egeninitiert, kan skje både horisontalt og vertikalt. Den horisontale rapporteringen skal i hovedsak bidra til god kvalitet i behandling og oppfølging av enkeltpasienter, mens den vertikale rapporteringen i større grad er motivert av ledelsens og styrende organers behov for faglig og økonomisk kontroll med virksomheten, og samfunnets krav om innsyn i helsetjenestens aktivitet og kvalitet. I mange tilfeller vil det ikke være et motsetningsforhold mellom disse hensynene. Utfordringen kan oppstå når helsepersonell opplever at mye tid brukes på å oppfylle det siste, men ikke oppfattes som viktig for å drive god pasientoppfølging og kvalitetsutvikling. Våre intervju med ansatte i førstelinjen i sykehusene har belyst både vertikal (se især kapittelet **Den vertikale aksens; dokumentasjon og rapportering til styringsformål og helseregistre**) og horisontal rapportering (se især kapittelet **Fortløpende pasientdokumentasjon**) både når det gjelder hvordan den utføres, i hvilken grad det utføres som aktiv rapportering, og ansatte i førstelinjen sin nyttevurdering av rapporteringen.

Som nevnt ovenfor, kan det være utfordrende å skille mellom rapportering og dokumentering. Informanter som selv i liten grad gjør aktiv rapportering, vil ofte oppleve registrering av pasientopplysninger som dokumentering, selv om det ofte er grunnlag for automatiserte datauttrekk og dermed indirekte kan ses på som rapportering. En informant som i større grad gjør aktiv rapportering selv og derfor sannsynligvis reflekterer mer over dette, vil kunne se på registrering av pasientopplysninger som rapportering. Ved å separat diskutere hver arbeidsoppgave for seg, har vi i denne rapporten søkt å unngå at eksempelvis en informant ser på et journalnotat som dokumentering og omtaler det deretter, mens en annen omtaler det som rapportering. Ved å beskrive det som journalnotat under ett punkt kan leseren selv benytte den definisjonen hun måtte ha av rapportering og dokumentering.

### 3.2 Kort om tidligere forskning på norske forhold

Sammendraget av tidligere forskning under er meget selektivt og ikke ment å være uttømmende. Det var ikke en del av prosjektet å relatere undersøkelsens funn til tidligere forskning. Vi har derfor konsentrert oss kun om nyere forskning på tidsbruk og relaterte problemstillinger i Norge med et fokus på helsesektoren.

På norske forhold er det især Gjertsen mfl. studie *Tidsbruk og byråkrati i pleie- og omsorgstjenestene*<sup>3</sup> som er den mest grundige analyse av temaet rapportering og dokumentering i helsesektoren. Gjertsen m.fl. fant at hovedinntrykket blant informantene var at det hadde blitt flere krav til rapportering og dokumentering over tid, mens det var noe delte oppfatninger om det hadde vært en sterk vekst i disse kravene.<sup>4</sup> Det de kaller ikke-brukerrettet rapportering oppleves som mindre relevant av helsepersonell som utfører denne rapporteringen. De finner at især fire slags aktivitetstyper oppfattes som "tidstyver". Disse er: dokumentasjon og rapportering som av personellet ses på som unødig; dokumentasjon og rapportering som av personellet ses på som nødvendig (eksempelvis journalføring); "praktiske oppgaver" og personaladministrasjon, bl.a. oppgaver knyttet til økende sykefravær (ifølge Gjertsen mfl.s informanter tar dette nå langt mer tid enn tidligere).<sup>5</sup> De finner også at det først og fremst virksomhetsledere og avdelingsledere som opplever at rapporterings- og dokumenteringsarbeid tar mye tid, og at "opplevelsen av hvor tidkrevende ulike oppgaver er til en viss grad henger sammen med opplevelsen av nytte".<sup>6</sup> Til tross for at de benytter både kvalitative intervju og en survey finner de det vanskelig å gi et presist anslag av hvor stor økningen har vært i tidsbruk på rapportering og dokumentering og hvor stor andel av økningen som ikke er "direkte brukerrelatert".<sup>7</sup>

Faktorer som overgangen til elektronisk journalføring; lovfesting av pasientrettigheter/at brukere og pårørende har blitt mer bevisst sine rettigheter; et sterkere fokus på kvalitetssikring i tjenestene og et sterkere mediefokus pekes på som sentrale faktorer som kan forklare veksten i rapportering og dokumentering i kommunal sektor.<sup>8</sup> Et annet funn i rapporten er at det er betydelig uklarehet om hvor mye informasjon som skal inngå i journalene. De finner også at kutt i støttepersonell har ført til høyere arbeidsbelastning – det savnes tilstrekkelig med merkantilt personale og muligheter for automatisk datafangst.

En tidsmålingsstudie på legers tidsbruk fra 2001 viser at nær to tredeler av arbeidstiden ble brukt til klinisk virksomhet, men at det var store variasjoner i tidsbruken avhengig av hvordan den enkeltes arbeidshverdag var organisert.<sup>9</sup> En spørreskjemaundersøkelse blant overleger viser at selvrapportert arbeidstid ikke steg i betydelig grad mellom måletidspunktene i 2000, 2008 og 2010, men andelen selvrapportert direkte pasientarbeid gikk ned fra 54 % i 2000 til 46 % i 2010.<sup>10</sup>

---

<sup>3</sup> Gjertsen, H., G. Solvoll og T. Gjernes (2012) *Tidsbruk og byråkrati i pleie- og omsorgstjenestene*. NF-rapport 12/2012. Bodø: Nordlandsforskning.

<sup>4</sup> Ibid. 130.

<sup>5</sup> Ibid. 100.

<sup>6</sup> Ibid. 107.

<sup>7</sup> Ibid. 130.

<sup>8</sup> Ibid.

<sup>9</sup> Røhme, K. og L. E. Kjekshus (2001) Når tiden telles: Sykehuslegers tidsbruk og arbeidsoppgaver. *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 121(12):1458-61.

<sup>10</sup> Aasland, O. G. og J. Rosta (2011) Hvordan har overlegene det? *Overlegen jubileumsnummer*:51-59.

Hippe og Trygstad gjennomførte i 2012 en evaluering av ledelse i norske sykehus lys av helseforetaksreformen basert på en internettundersøkelse av ledere i norske sykehus.<sup>11</sup> Blant mellomledere finner de frustrasjon rundt at både deres faglige utvikling og utøvelse av faglig skjønn begrenses av manglende økonomiske ressurser, og av at "måleparametere og rapporteringer er for mange, for tidkrevende og for omfattende".<sup>12</sup> De spurte oppfatter at eget handlingsrom har krympet de siste årene, blant annet som konsekvens av flere pålegg og krav som kommer ovenfra og støttesystemer som beskrives som dårlige.<sup>13</sup> Undersøkelsen ble gjort blant ledere på alle nivå i spesialisthelsetjenesten (heretter SHT), og fant betydelige forskjeller mellom toppledere og ledere på avdelingsnivå der sistnevnte var betydelig mindre tilfredse med helseforetaksreformen.<sup>14</sup>

Rapporten *Evaluering av styrene i helseforetakene*<sup>15</sup> var basert på både kvalitative og strukturerte intervju av styrene i helseforetak og regionale helseforetak. Når det gjelder HoDs oppdragsdokument fant forfatterne at mål og krav på foretaksnivå var for omfattende og at detaljeringsnivået var for høyt. Derfor kan handlingsrommet bli lite. Skepsisen er imidlertid begrenset og det oppleves at mål og krav er tydelige og at administrasjonen strekker til når det gjelder å sikre den nødvendige informasjonen til styring.

I en analyse av rapportering til Kunnskapsdepartementet<sup>16</sup> blant administrativt ansatte fant Difi at rapportering ble i liten grad sett på som et problem, men forfatterne antar at dette skyldes at de i liten grad intervjuet personer i fagavdelinger (eksempelvis vitenskapelig ansatte på universitet). I likhet med Gjertsen et al. finner Difi<sup>17</sup> at tilpasning til virksomhetens egenart og redusering av detaljer som ofte ikke benyttes bør etterstrebes. De peker imidlertid på problemet med å skreddersy rapportering da det er i strid med ønsket om felles prinsipper/sammenliknbarhet. Videre finner DIFI at mange finner rapporteringskravene som dekkende, men det vesentlige drukner i mengden av detaljer, og vedrører ofte ikke kjerneoppgavene til virksomheten (gjelder hovedsakelig forskning og undervisning). Hovedkonklusjonen i rapporten er at omfanget av rapportering til Kunnskapsdepartementet er stort, noe som skyldes at ulike instanser har behov for egen styringsinformasjon, i tillegg til det som rapporteres til Kunnskapsdepartementet. Videre finner undersøkelsen at, selv om det er aksept for å rapportere, så opplever informantene at det er for lite fokus på de langsiktige og strategiske målene, noe som er en gjengs problemstilling i statlig styring.<sup>18</sup> Noen av Difis anbefalinger er<sup>19</sup>: vurdere kritisk behovet for rapportering på tverrgående innsatsområder, for eksempel fellesføringer; om evaluering kan erstatte noen rapporteringer; videreutvikle automatisert datafangst og elektronisk rapportering; vurdere kostnader for virksomhetene versus nytten av små endringer i rapporteringskravene; identifisere grundigere hva ved rapportering som belaster den enkelte leder og ansatt; finne løsninger som kan lette tidspresset for ledelse og styret i nettobudsjetterte virksomheter; sikre at behovet for felles prinsipper og tilnærminger på tvers av departementet ikke går på bekostning av hensynet til egenarten ved sektorer og virksomheter, og fokus på overordnet måloppnåelse, risiko og vesentlighet.

<sup>11</sup> Hippe, J. M. og S. C. Trygstad (2012) *Ti år etter: Ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus*. Fafo-rapport 2012:57. Oslo: Fafo.

<sup>12</sup> Ibid. 97.

<sup>13</sup> Ibid.

<sup>14</sup> Ibid. 34.

<sup>15</sup> Agenda Kaupang (2012) *Evaluering av styrene i helseforetakene: En evaluering av roller og funksjon for styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene*. Rapport nummer R7561.

<sup>16</sup> DIFI (2011) *Rapportering til besvær? Evaluering av rapporteringen til Kunnskapsdepartementet*. Rapport 2011:9. Oslo: Difi.

<sup>17</sup> Ibid. 9.

<sup>18</sup> Ibid. 72.

<sup>19</sup> Ibid. 73ff.



Våre funn er i betydelig grad i overensstemmelse med tidligere forskning. I likhet med Gjertsen m.fl. sin studie av rapportering og dokumentering i den kommunale helse- og omsorgssektoren finner vi at det har blitt flere krav til rapportering og dokumentering over tid, mens det i SHT var noe delte oppfatninger hvor sterk vekst det hadde vært i disse kravene. Faktorer som kan forklare veksten er i stor grad de samme. Mindre pasientnær rapportering oppleves som mindre relevant av helsepersonell som utfører denne rapporteringen i begge undersøkelsene. I likhet med Gjertsen m.fl. finner vi også at det først og fremst personal med lederansvar som opplever at rapporterings- og dokumenteringsarbeid tar mest tid. Våre informanter gir i litt mindre grad enn Gjertsen m.fl. sine funn uttrykk for at de ser betydelige deler av rapporterings- og dokumentasjonsoppgavene som unyttige i seg selv. I likhet med Hippe og Trygstad studie finner vi også at mellomledere er frustrerte over at både deres faglige utvikling og utøvelse av faglig skjønn begrenses av manglende økonomiske ressurser, og av at "måleparametere og rapporteringer er for mange, for tidkrevende og for omfattende". Det er i så måte også interessant å se at rapporten *Evaluering av styrene i helseforetakene* beskriver at også styrene på foretaksnivå syntes at mål og krav var for omfattende og at detaljeringsnivået var for høyt, noe som begrenset det lokale handlingsrommet. I likhet med Difis studie på rapportering til Kunnskapsdepartementet, hovedsakelig basert på intervju med administrativt ansatte i universitets- og høyskolesektoren, finner vi i denne undersøkelsen at informantene opplever at det er for lite fokus på de langsiktige og strategiske målene, noe som er en gjengs problemstilling i statlig styring.

### 3.3 Ytterligere vurderinger

Majoriteten av våre informanter opplevde at det hadde vært en økning i rapporterings- og dokumentasjonsmengden over tid. Vi har ikke noen objektive mål på dette i denne undersøkelsen. Mange forhold kan tenkes å påvirke opplevelsen av å bruke mer tid på slike oppgaver. Det kan derfor formuleres noen alternative forklaringer som kan være delvis konkurrerende, men også potensielt komplementære til antakelsen om økt rapporteringstrykk. Det kan tenkes at ulike påstander har ulik gyldighet for ulike typer personell, for ulike avdelinger og sykehus. Disse alternative forklaringer diskuteres i kapitlene **Strukturelle faktorer og hverdagen i spesialisthelsetjenesten** og **Rom for forbedring slik informantene ser det**. Selv om disse alternative forklaringene skulle ha noe for seg, betyr imidlertid ikke at hovedforklaringen om tidsbruken er gal. Snarere oppgir det store flertall av vår informanter at tidsbruken på rapportering og dokumentering har økt og at det skyldes økning i rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver. Se for øvrig kapittelet **Rapporteringstrykk**.

En forklaring på en eventuelt opplevd økningen i rapporteringsmengde er at det generelle tidspresset har økt eksempelvis ved økt pasientgjennomstrømning (kortere liggetid) og sykere pasienter, som i sum medfører at en større andel av tiden går med til rapportering, selv om rapporteringstiden per pasient er relativt lik. Dette kan bli uttrykt som en frustrasjon over økt rapporterings- og dokumentasjonspress.

En opplevd økning kan også skyldes at andre oppgaver enn rapportering og dokumentasjon som ikke er direkte pasientrelatert har økt (eksempelvis sykepleieres tid til rydding som tidligere ble gjort ved helsefagarbeidere; legers koordineringsmøter med annet helsepersonell, bestillinger etc.). Dette kan bli uttrykt som en frustrasjon over mindre tid til direkte pasientkontakt.

Et annet aspekt som kan øke frustrasjonen rundt rapportering og dokumentering er endring. Rapporteringens og dokumenteringens form og innhold kan ha endret seg, mens tidsbruken i seg selv er

relativt konstant. Frustrasjon rundt det å sette seg inn i nye rutiner og system kan bli uttrykt som en frustrasjon over økt rapporterings- og dokumentasjonspress.

Sist men ikke minst er mulighetene for mer effektive rapporterings- og dokumentasjonssystem bedre. Frustrasjon rundt at potensialet for effektivitet ikke oppfylles kan bli uttrykt som en frustrasjon over økt rapporterings- og dokumentasjonspress.

Alle disse fire alternative forklaringene har noe for seg, men informantene gav uttrykk for at især et økt tidspress er sentralt for å forstå frustrasjon rundt rapportering og dokumentering.

### 3.4 Leserveiledning

Datainnsamlingen til undersøkelsen "Ett ark til" ble gjennomført ved hjelp av semistrukturerte intervju som i stor grad fulgte en predefinert intervjuguide (se **Vedlegg 1. Intervjuguide**) der oppfølgingsspørsmål som ikke står i intervjuguiden også ble stilt. Siden undersøkelsen er gjort kvalitativt, samt at utvalget av informanter er tilfeldig trukket, men ikke er statistisk representativt, kan tall eller andre tendenser i datamaterialet ikke generaliseres på en statistisk måte. Hensikten med undersøkelsen er snarere å få en større forståelse av hva som oppleves som nyttig og mindre nyttig tidsbruk til rapportering og dokumentering på bakkenivå i spesialisthelsetjenesten, og hvilke innspill informantene måtte ha til å gjøre arbeidet med dette mer hensiktsmessig. Informantene i undersøkelsen ble spurt om de kunne gi et tentativt anslag på hvor mye tid de brukte på ulike arbeidsoppgaver knyttet til rapportering og dokumentering. Mange opplevde dette som vanskelige spørsmål, da dette varierte i svært stor grad etter antall pasienter/oppgaver og kompleksiteten i hvert enkelt tilfelle. Anslag av tidsbruk som oppgis i teksten må derfor utelukkende ses på som eksempler og ikke som noe mer enn det.

Referansene til intervjuene er ført i fotnoter i form av tre tallkombinasjoner eksempelvis 1\_1\_31. Den første tallkombinasjonen tilsvarer informantnummeret, og er i eksempelet over en lege eller psykolog med personalansvar, da numrene 1 til 9 gjenspeiler denne yrkesgruppen. Informantnummereringen følger denne logikken:

- 1 > 9: lege/psykolog med personalansvar
- 10 > 18: sykepleier med personalansvar
- 19 > 29: lege/psykolog uten personalansvar
- 30 > 40: samt informant nummer 50: sykepleier/sosionom uten personalansvar
- 41 > 49: hjelpepleiere, sekretærer og annet merkantilt personell

Det andre tallet (etter første understrek) gjenspeiler hvilken avdeling informant kommer fra. Rekkefølgen på sykehusene er randomisert, men informanter som har tallene 1 til 5 som nummer etter første understrek vil komme fra samme avdeling, 6 til 10 vil komme fra samme avdeling etc.. Informant 1\_1\_31 kommer fra sykehus 1. Det tredje tallet, i dette tilfellet 31, tilsvarer hvilken linje<sup>20</sup> i den renskrevne intervjuteksten informasjonen er hentet fra. Da intervjuene ikke ble transkribert, er det kun et fåtall direkte sitat. Disse er i tråd med konvensjonen oppgitt med hermetegn (""). Hvert utsagn fra informantene ble tildelt en eller flere koder som fulgte en kodeliste som ble utviklet etter gjennomlesing av 10 av intervjuene. Metoden er utviklet av Solveig Ose ved Sintef Teknologi og samfunn.

Teksten inneholder en del kryssreferanser markert med **fet skrift** og understreking.

<sup>20</sup> I praksis celle, da reinskivingen ble gjort i excel.

## 4 Strukturelle faktorer og hverdagen i spesialisthelsetjenesten

For å kunne danne seg et bilde av hvordan tidsbruk på rapportering og dokumentering oppleves, er det viktig å danne seg et bilde av hvordan arbeidshverdagen ved norske sykehus er på områder som har konsekvens for rapportering og dokumentering. Avsnittene under tar for seg de momentene som i størst grad ble betonet i våre intervju.

### 4.1 Heterogenitet i arbeidsoppgaver

Informantene i undersøkelsen har svært ulik grad av heterogenitet i arbeidsoppgavene, fra relativt rutinepregede oppgaver som rengjøring og rydding, til pasientbehandling, til administrasjon, til fagansvar eller andre særskilte ansvar. Især har lederne mange ulike arbeidsoppgaver. I og med at leger med lederansvar også gjerne har 50-80 % klinisk stilling, fører det til at disse har svært mange ulike oppgaver. Kliniske oppgaver vil da komme i tillegg til personalansvar, økonomiansvar, fagansvar og å sikre medisinsk forsvarlig drift. For noen oppleves dette som for mye å håndtere. En overlege med personalansvar uttrykte at med stadig flere administrative oppgaver på bekostning av faglige oppgaver, var det blitt mindre attraktivt å søke en lederposisjon. Vedkommende var relativt fersk i sin lederstilling, men uttrykte så stor frustrasjon rundt tid som gikk med til administrative oppgaver at om han brukte mer tid enn avtalt på ikke-klinisk arbeid, ville han gå tilbake til en ren klinisk jobb.<sup>21</sup>

Når det gjelder økonomi- og driftsansvar svarer en del av informantene som er ledere at de føler avmakt i en situasjon der de har et formelt ansvar, men lite reelt handlingsrom, og derfor blir mer administrativt ansatte enn ledere. Dette gjelder især å bli hørt når det gjelder bemanningsbehov, som ikke utelukkende dreier seg om økonomiske forhold ved avdelingen. En avdeling som møter kravene til produksjon og slik kan rettferdiggjøre nyoppsettelse av stillinger, kan fortsatt få avslag grunnet generell ansettelsesstopp i foretaket.<sup>22</sup> Lederne klager også ofte over et tungrodd innkjøpssystem. De fleste, men ikke alle, lederne rapporterte om et stort arbeidspress med til dels svært mye overtid.

Leger og sykepleiere uten personalansvar har mindre heterogenitet i arbeidsoppgavene. Generelt sett innebærer de fleste arbeidsoppgaver krav til dokumentasjon og forespørsler om rapportering. Derfor følger mengden dokumentasjon, rapportering og registrering gjerne hvor mange ulike arbeidsoppgaver en ansatt har. Dess flere ulike dokumentasjons-, rapporterings- og registreringsoppgaver man har, dess flere verktøy har man å forholde seg til. Med opptil 7-8 programvaresystem som man bruker med varierende hyppighet, rapporterer flere av informantene med lederfunksjon at de har problemer med å lære seg systemene i tilfredsstillende grad og må derfor ofte be om support når de skal bruke enkelte av programvarene.<sup>23</sup> Dette gjelder ikke bare ansatte med personalansvar.<sup>24</sup> Reduksjon i lønns- og personalavdelinger, samt reduksjon i sekretærstaben i sykehusene må ses i sammenheng med heterogenitet i arbeidsoppgaver og medfølgende mange programvarer.

En del ledere velger å delegere deler av sitt lederansvar. Sykepleiere og leger uten lederansvar, men med en viss erfaring, har ofte fagansvar for en underspesialitet eksempelvis diabetes. De har da gjerne ansvaret for rapporteringen til eventuelle kvalitetsregistre eksempelvis Norsk diabetesregister NOKLUS.

---

<sup>21</sup> 3\_18\_42.

<sup>22</sup> Eksempelvis 8\_42\_11; 28\_45\_31.

<sup>23</sup> Eksempelvis 4\_21\_39; 10\_3\_18.

<sup>24</sup> Eksempelvis 21\_15\_45.

## 4.2 Tid til arbeidsoppgaver

Den store majoriteten<sup>25</sup> av informantene i undersøkelsen opplever å ha liten tid til sine arbeidsoppgaver, noe som kompenseres med overtid.<sup>26</sup> Både registrert og uregistrert overtid er utbredt og en del av "normaltilstanden". Tidspresset og dermed overtidsproblematikken er klart størst hos leger og sykepleiere med personalansvar. Blant informantene uten personalansvar opplevde noen arbeidsdagen som hektisk men holdbar,<sup>27</sup> mens flertallet synes de hadde for mye å gjøre.<sup>28</sup> Blant sykepleiere, hjelpepleiere og sekretærer uten personalansvar opplever man i mye større grad svingninger fra dag til dag i arbeidsmengden, noe som henger sammen med variasjoner over tid i pasientbelastning for personale hvis arbeidsoppgaver i stor grad er bestemt ut fra dette.<sup>29</sup> På grunn av en hektisk arbeidshverdag, opplever mange at det er lite tid til "papirarbeid" som rapportering, registrering og dokumentering ofte omtales som.<sup>30</sup> Enten blir den type oppgaver prioritert ned,<sup>31</sup> eller så bruker man kvelder, helger og annen fritid brukes da gjerne til skriving i journal, epikrise, signering av prøvesvar o.l..

Frustrasjonen rundt for lite tid til arbeidsoppgavene er meget høye.<sup>32</sup> Mange av informantene kunne ikke se at noen av rapporterings- eller dokumenteringsoppgavene i seg selv var kvalitativt unyttige (dog se avsnittene **Den vertikale akse; dokumentasjon og rapportering til styringsformål og helseregistre** og **Informantenes forslag til kutt**), men de opplevde at de ikke burde prioritere disse av hensyn til behandling og pasientsikkerhet. Frustrasjonen rundt rapportering og dokumentering kan derfor i stor grad knyttes til at man opplever å ha for lite tid til arbeidsoppgavene.<sup>33</sup> Dette er et sentralt funn i undersøkelsen. I enkelte tilfeller kuttet rapporteringsoppgaver ut, eksempelvis medarbeidersamtaler<sup>34</sup> og avvik.<sup>35</sup> I andre tilfeller utsetter man rapporteringen med den fare det medfører for at man glemmer å rapportere,<sup>36</sup> mens man som oftest sitter overtid for å få gjort ferdig journalnotat, henvisninger etc..

En negativ konsekvens av tidspresset er at ledere bruker tiden på daglig drift, noe som går ut over planleggingen. Stopper planleggingen opp, blir driften mindre effektiv.<sup>37</sup> Flere ledere opplever også at dette går utover deres lederfunksjon.<sup>38</sup> Tidspresset går også utover faglig utvikling som oppdatering på forskning og kurs.<sup>39</sup> En sekretær som hadde en slags supportfunksjon innen IKT mente at tidspresset blant sykepleiere medførte mangelfull opplæring i rapportsystemene. Dette fører til at systemene brukes ineffektivt<sup>40</sup>. Som en informant uttrykte det:

<sup>25</sup> Men ikke samtlige, se eksempelvis 16\_32\_60.; 26\_40\_41; 33\_14\_44. Kun et par-tre av totalen oppgir å ha god tid eks. 38\_39\_15; 42\_7\_46.

<sup>26</sup> Eksempelvis 1\_1\_40; 2\_9\_16; 4\_21\_64; 7\_38\_41; 12\_11\_49.

<sup>27</sup> Eksempelvis 16\_32\_6037\_31\_47.

<sup>28</sup> Eksempelvis 19\_4\_58; 20\_6\_55; 21\_15\_49; 23\_22\_19; 24\_28\_43; 30\_2\_42; 34\_16\_38.

<sup>29</sup> Eksempelvis 43\_13\_16; 41\_5\_40; 36\_29\_45.

<sup>30</sup> Eksempelvis 2\_9\_25.

<sup>31</sup> Eksempelvis 5\_26\_55; 21\_15\_35.

<sup>32</sup> Eksempelvis 4\_21\_66; 30\_2\_42.

<sup>33</sup> Eksempelvis 14\_25\_55; 45\_24\_39.

<sup>34</sup> Eksempelvis 12\_11\_16; 13\_17\_18.

<sup>35</sup> Eksempelvis 24\_28\_26.

<sup>36</sup> Eksempelvis 40\_46\_39.

<sup>37</sup> Eksempelvis 8\_42\_11.

<sup>38</sup> Eksempelvis 10\_3\_42.

<sup>39</sup> Eksempelvis 24\_28\_44.

<sup>40</sup> 47\_33\_20.

*Hvis det ikke er kurs og vi ikke har sykemeldinger, så er livet godt. Men kurs er nyttig og viktig. Det å si at man har tid til pasienter når man ikke har ferie er ganske sykt. Med en eller annen liten forstyrrelse så har man ikke tid.<sup>41</sup>*

Totalt sett er det nokså sterke indikasjoner på at det er kapasitetsproblemer på klinisk personell i avdelinger, men med et par unntak, vi gjorde intervju på. Dette er en viktig bakgrunnsfaktor for å forstå frustrasjon rundt ikke-klinisk aktivitet som tar tid i en hverdag som derfor oppleves som til tider uholdbart hektisk. Ønsket om mer klinisk personell behandles også under avsnittet **Ønske om flere ansatte og potensialet for oppgaveglidning.**

### 4.3 Avbrudd og organisering

En viktig forutsetning for effektiv utnyttelse av egen og andres arbeidstid er at den er hensiktsmessig organisert. Informantene i undersøkelsen melder gjennomgående om en hverdag som preges av avbrudd som går på effektiviteten løs. Telefoner fra pårørende eller pasienter kan tidvis kreve mye tid.<sup>42</sup> Å skrive et godt journalnotat eller å få epikrisen til å være en syntese med essensen av pasientbehandlingen, og ikke en lengre gjentakelse av mer og mindre relevant informasjon, krever konsentrasjon.<sup>43</sup> Mulighetene for å avsondre seg for å kunne gjøre ikke-kliniske oppgaver som krever konsentrasjon, ved eksempelvis å slå av epost eller ha telefontid er begrensede,<sup>44</sup> noe flere informanter fant frustrerende. Som en sekretær uttrykte det *"telefonen kan jeg drepe!"*<sup>45</sup> En lege savnet bedre screening hos skrankepersonalet på hvilke telefoner som gikk videre inn i avdelingen.<sup>46</sup> Kombinert med høyt tidspress er det derfor nokså utbredt å benytte seg av ettermiddager og kvelder for å gjøre den løpende rapporteringen og dokumenteringen. Slik får man avsondret seg på et tidspunkt med mindre avbrudd, til tross for at det er utenom normalarbeidstiden.<sup>47</sup>

Et annet aspekt ved organiseringen av arbeidshverdagen er lokaliseringen og hvor mange ulike fysiske arbeidssteder man har å forholde seg til. En erfaren lege etterlyste at legene i langt større grad var faste på en til to steder i løpet av en arbeidsdag, eventuelt at man i langt større grad la de avdelingene legene jobbet på (post, poliklinikk og operasjonsstue etc.) nært hverandre. Dette ville lette på tidstap i å gå til gå fra et sted og gjøre konsekvensen av avbrudd mindre og antall operasjoner kunne økes. *"Bare ved å gjøre et enkelt lokalisasjonsgrep så kunne det blitt mye lettere, for da kunne de [annet helsepersonale] bare komme og spørre oss med en gang"*.<sup>48</sup> Informanten betydret allikevel at kompleksiteten ved et sykehus gjør det vanskelig å effektivisere.<sup>49</sup> En annen overlege ved et mindre sykehus bekreftet dette. Han hadde selv fått til en mer fleksibel hverdag med oppgaveglidning til en betrodd sykepleier. Dette ville imidlertid ikke være mulig ved en større avdeling, fordi da måtte man laget en "prosedyre" på det.<sup>50</sup> En annen overlege uttrykte også at hans avdeling var oversiktlig, hadde god flyt og relativt få kommunikasjonsledd.<sup>51</sup> Motsatt

<sup>41</sup> 28\_45\_32.

<sup>42</sup> 15\_30\_21; 24\_28\_17; 31\_8\_35; 33\_14\_25; 46\_22\_17.

<sup>43</sup> Eksempelvis 5\_26\_15.

<sup>44</sup> Eksempelvis 10\_3\_11; 35\_23\_27; 37\_31\_18; 39\_44\_15. En informant med lederansvar kan i stor grad bestemme arbeidstidene selv. Ved å komme sent og sitte utover kveldene opplever vedkommende å kunne jobbe kjappere.

<sup>45</sup> 46\_27\_17.

<sup>46</sup> 2\_9\_38.

<sup>47</sup> Eksempelvis 10\_3\_42; 19\_4\_31; 27\_41\_28; 34\_16\_38; 37\_31\_18.

<sup>48</sup> 20\_6\_23 og 20\_6\_29.

<sup>49</sup> 20\_6\_29.

<sup>50</sup> 21\_15\_47.

<sup>51</sup> 6\_34\_80.

uttrykte en sykepleier ved et større sykehus frustrasjon ved at til tross for digitalisering av pasientinformasjonen, så var man avhengig av et stort antall personer for at man skulle kunne gjøre jobben sin.<sup>52</sup> Størrelsen kan i så måte være et hinder for fleksible løsninger.<sup>53</sup> En informant mente at misnøye rundt rapporteringspress i stor grad skyldtes den interne organiseringen på hver institusjon som gjør at man bruker unødvendig mye tid på journalskriving o.l..<sup>54</sup> Mulighetene for hvorvidt man kan organisere seg effektivt kan variere betraktelig, noe utsagnene om størrelse på sykehus og/eller avdeling over tilsier.

#### 4.4 Oppgaveglidning

Et viktig aspekt ved hensiktsmessig tidsbruk i form av mer effektiv organisering er mulighetene for oppgaveglidning, dvs. at en yrkesgruppe ved behov kan ta over oppgaver som opprinnelig tilhørte en annen yrkesgruppe. Det er imidlertid nokså ulik holdning til oppgaveglidning. Noen leger/behandlere var skeptiske til at andre yrkesgrupper, primært sykepleiere, kunne ta over noen av deres arbeidsoppgaver,<sup>55</sup> mens andre leger er positive til at sykepleiere tar over tradisjonelle legeoppgaver. Som en lege uttalte

*Hvis du har en dedikert sykepleier som gjør en ting, så gjør de det veldig godt fordi de er veldig samvittighetsfulle...Det er mye på poliklinikken som jeg gjør som en sykepleier kunne gjort. De kunne gjort nesten halvparten av den poliklinikklista som jeg har i dag.<sup>56</sup>*

Enkelte sykepleiere ved spesialiserte polikliniske tjenester uttrykte også at de har overtatt en del tidligere legeoppgaver<sup>57</sup> og at sekretærer eller hjelpepleiere har begynt å utføre sykepleieroppgaver.<sup>58</sup> Ikke alle sykepleiere, leger eller hjelpepleiere så særlig potensiale for oppgaveglidning.<sup>59</sup> Det samme gjaldt enkelte sykepleiere ved små spesialfelt.<sup>60</sup> Noe av variasjonen i holdningen til oppgaveglidning skyldes sannsynligvis meget ulike arbeidsoppgaver på de ulike avdelingene.

Enkelte av sekretærene har også tatt rolle som en slags supportfunksjon i IKT for det kliniske personellet i tillegg til mer typiske sekretær oppgaver som transkribering av diktat, administrering av pasientlister og lukefunksjon.<sup>61</sup>

Oppgaveglidning kan også gå andre vegen ved at yrkesgrupper med høyere utdanning tar over oppgaver for grupper med lavere utdanning. Eksempelvis melder flere mellomledere at de må gjøre rutinearbeid som tidligere ble gjort av personal- eller lønnsavdeling.<sup>62</sup> Ledere har enkelte ganger av kapasitetsmessige årsaker blitt nødt til å ta oppgaver som ikke krever helsefaglig utdanning eksempelvis sekretærfunksjoner, enkel varebestilling etc.. Sykepleiere med personalansvar har ofte 100 % administrativ/lederstilling. Blant våre informanter var det imidlertid svært vanlig at disse dekket over hull i turnus ved å gå vakter/poliklinikk, selv om de ikke alltid hadde den rette spesialiseringen.

---

<sup>52</sup> 37\_31\_35.

<sup>53</sup> 21\_15\_27 og 21\_15\_53.

<sup>54</sup> 41\_39.

<sup>55</sup> Eksempelvis 2\_9\_35; 39\_44\_33.

<sup>56</sup> 20\_6\_39.

<sup>57</sup> 16\_32\_35.

<sup>58</sup> 42\_7\_22.

<sup>59</sup> Eksempelvis 34\_16\_34; 45\_24\_34; 46\_27\_41.

<sup>60</sup> 14\_25\_39; 16\_32\_23.

<sup>61</sup> Eksempelvis 47\_33\_11; 49\_43\_11.

<sup>62</sup> 4\_21\_18; 5\_26\_38; 14\_25\_29; 15\_30\_17; 36\_29\_43.

Det er derfor ikke overraskende at ved avdelinger der det var egne rent administrative ledere som ikke hadde klinisk utdannelse eller der det fantes rene pasientkoordinatorstillinger, var det stor tilfredshet med dette.<sup>63</sup> En informant opplevde betraktelig mindre avbrudd etter at en pasientkoordinator var blitt ansatt. Dette hadde blant annet ført til kortere pasientlister, mindre avbrudd og en mer oversiktlig hverdag.<sup>64</sup>

Organiseringen av støttetjenester som sekretærer o.l. kan ha en del å si for muligheten til å avlaste andre avdelinger som opplever stor belastning. En mellomleder uttrykte frustrasjon rundt at hun og flere andre hadde prøvd å få til kompetanseheving i sekretærtjenesten, få de inn i ledergruppen på sykehuset, samtidig som man skulle slå sammen ulike avdelingers sekretærtjenester til en felles sekretærtjeneste. Dette ble imidlertid møtt med motstand både fra sekretærene selv og fra enkelte avdelingsledere som var tilfredse med tingenes tilstand. Resultatet var at informantens avdeling fortsatt var meget sårbar for fravær i sekretærtjenesten og topper i aktiviteten. Dette medførte at ved kritisk sekretærmangel måtte vikarer leies inn utenfra.<sup>65</sup> På et annet sykehus der det var innført lister i DIPS over andre sekretærers jobblister oppfattet informantene at arbeidsflyten på tvers av avdelingene var blitt bedre.<sup>66</sup>

#### 4.5 Økte behandlingsmuligheter

Bedrede utrednings- og behandlingsmuligheter med dertil hørende preparater har ført til at enkelte føler at administrasjonsjobben tar mer tid enn tidligere.<sup>67</sup> Spesialiseringen fører i seg selv til mer dokumentasjon.<sup>68</sup> Den har også ført til at behandlingen dras inn mot de større sykehusene, noe som igjen fører til mer kommunikasjon med pasienter som ellers ville fått behandling ute i distriktene.<sup>69</sup> Tilsvarende har økt behandlingstilbud innen psykisk helsevern ført til mer kommunikasjon ut mot kommunal helse- og omsorgstjeneste.<sup>70</sup> Det uttrykkes frustrasjon rundt manglende forståelse på høyere ledernivå for tid som går med på kommunikasjon med kommunene innen psykisk helsevern.<sup>71</sup>

#### 4.6 Økt pasientgjennomstrømning

En annen strukturell endring er økt pasientgjennomstrømning. Økt effektivitet i behandlingen på avdelingene krever mer planleggingsinnsats. Som en lege uttrykte det:

*mens vi før kunne man jo kanskje, vi kunne gå litte grann å se litt mere på pasienten eller ta avgjørelser litt når det passet oss, da, men nå må vi på en måte, nå må vi være mye mer rasjonelle når det gjelder tidsbruken og mye mer av tingene må være klart på forhånd altså... Det er litt mere møter og overordnet planlegging. Det bruker jeg nok mer tid på enn det vi gjorde før.<sup>72</sup>*

<sup>63</sup> 11\_10\_28; 17\_36\_29; 20\_6\_58; 39\_44\_33.

<sup>64</sup> 11\_10\_28.

<sup>65</sup> 1\_1\_29.

<sup>66</sup> 42\_7\_34. Se også 41\_5\_38 for hvordan organisering i en felles renholdstjeneste gjør tilgangen på renholdere mer fleksibel ved topper eller fravær.

<sup>67</sup> Eksempelvis 5\_26\_38.

<sup>68</sup> 45\_24\_25.

<sup>69</sup> Eksempelvis 6\_34\_50.

<sup>70</sup> 8\_42\_28.

<sup>71</sup> 39\_44\_34.

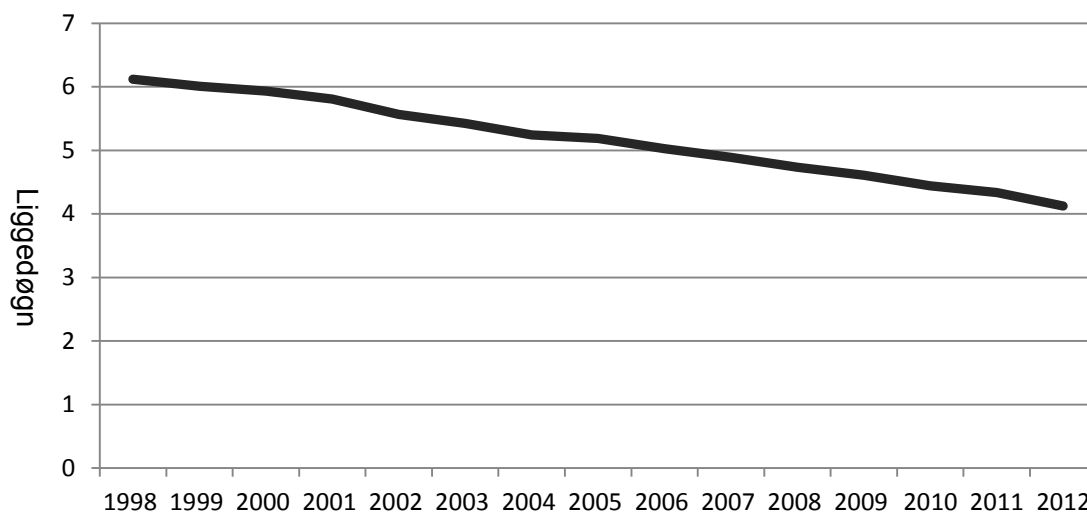
<sup>72</sup> Sitat informant 6.



Legger man til at hver pasient krever en viss mengde dokumentasjon, er det naturlig at det er en viss økning i den totale tidsbruken på pasientdokumentasjon, uavhengig av om tidsbruken per pasient har økt. Våre informanter bekreftet at pasientgjennomstrømningen har økt, og en del opplevde også en økt rapporteringsmengde per pasient.<sup>73</sup> Andre hadde blitt mer effektive i dokumentasjonen per pasient, men grunnet økning i antall pasienter brukte man mer tid på dokumentering totalt sett<sup>74</sup>. I ett tilfelle med høy innleggelsesfrekvens og kort liggetid ble det uttrykt stor frustrasjon rundt tidsbruk til dokumentasjon,<sup>75</sup> da press om kort liggetid fører til flere reinnleggelser blant pasienter som ikke burde vært skrevet ut<sup>76</sup> og økt merarbeid opp mot kommunene.<sup>77</sup> Det er også frustrasjon med økt tid "foran PC" da pasientene man behandler er sykere enn tidligere og derfor krever mer direkte pleie.<sup>78</sup> Et par informanter meldte om at manglende sengekapasitet gjorde hverdagen mer hektisk, især for vakthavende lege som da måtte bruke mye tid på å finne plass.<sup>79</sup>

Kortere gjennomsnittlig liggetid (se figur under) innebærer at hver enkelt ansatt ser pasienten færre ganger. En lege argumenterte for at selv om leger jobbet mye mer før og med mer begrensede oppgaver, ikke nødvendigvis betød at de husket pasientene så godt, og at en viss dokumentering var nødvendig og derfor en forbedring. Samtidig opplevde vedkommende at rapporteringsmengden hadde "tatt litt av".<sup>80</sup> Tilsvarende mente en annen lege som også var negativ til mengden dokumentering, at hvis man er for lenge på et sted (eksempelvis sengepost) av gangen, så kan man bli sløv og tenke at man kjenner pasientene godt og dermed ta lett på å oppdatere seg på pasienten.<sup>81</sup> Det er uansett en oppfatning at siden det nå er flere personer involvert i pasientforløpet sammenliknet med tidligere, så er regelmessig dokumentering mer nødvendig enn tidligere for kvaliteten i behandlingen.<sup>82</sup>

#### Gjennomsnittlig antall liggedøgn per døgnopphold, 1997-2012.<sup>83</sup>



<sup>73</sup> Eksempelvis 13\_17\_43.

<sup>74</sup> 28\_45\_34.

<sup>75</sup> 18\_48\_41.

<sup>76</sup> 29\_49\_19/21 (samme institusjon som 18\_48\_41).

<sup>77</sup> 31\_8\_43.

<sup>78</sup> 31\_8\_41.

<sup>79</sup> 13\_17\_38; 23\_35\_50.

<sup>80</sup> 19\_4\_30.

<sup>81</sup> 22\_19\_18.

<sup>82</sup> Eksempelvis 23\_22\_45.

<sup>83</sup> Kilde: Norsk Pasientregister (NPR) Rapportgenerator. Lastet ned 27. mai 2013.



#### 4.7 IT-kompetanse

Overgangen fra at mesteparten av dokumentering og rapportering ble gjort på papir til at det skjer på PC har blitt møtt med blandede følelser, selv om majoriteten er positiv. Mens relativt sett yngre ansatte ofte opplever overgangen fra "penn til data" som noe positivt,<sup>84</sup> er situasjonen en annen for personell som ikke er komfortable med PC. Noen sykepleiere med lederansvar opplever at de må motivere eldre ansatte som ikke er komfortable med PC til å rapportere.<sup>85</sup> Manglende IT-kompetanse går til tider utover rapporteringen ved at man enten liter på at andre gjør rapporteringen for en,<sup>86</sup> ikke leser epost,<sup>87</sup> eller at det blir gjort mindre rapportering og dokumentering enn ideelt eksempelvis at avviksmeldinger sendes i mindre grad enn ønskelig.<sup>88</sup> Varierende IT-kompetanse ble uttrykt som et problem blant syke- og hjelpepleiere og deres ledere. Dette betyr ikke nødvendigvis at problemet er fraværende på legesiden. Med en økende andel pc-kyndige ansatte i spesialisthelsetjenesten som konsekvens av naturlig utskifting kan man anta at dette problemet er avtagende, men man kan ikke anta at det vil forsvinne.<sup>89</sup> Samtidig synliggjør dagens situasjon behovet for gode brukergrensesnitt og bedre opplæring for å effektivisere tiden brukt på dokumentasjon og rapportering.

#### 4.8 Bedre teknologi, flere (rapporterings)muligheter

Overgangen fra papir til digitalt kan i seg selv føre til en økning i hva som skal rapporteres og dokumenteres rett og slett fordi man får muligheten til å rapportere og dokumentere mer. En erfaren administrativt ansatt informant sa at veksten i rapportering av ventelister kunne spores til innføringen av datasystem i sykehuset. Ved å bli gradvis mer og mer til fullelektronisk fant man hull man ikke var klar over, noe som førte til at man har lagde nye rapporter for å fange opp de pasientene som tidligere hadde falt utenfor rapporteringssystemet.<sup>90</sup> Videre var det tidligere i langt større grad en naturlig begrensning på eksempelvis sykepleienotatene, da det var 4-5 fysiske ark i en perm man kunne skrive på, mens det på en PC er ubegrenset med plass å skrive på.<sup>91</sup> En leder følte at det var i stor grad programvaren som nå la rammene for, ikke bare hvordan, men også hva som skulle rapporteres og dokumenteres. Når brukergrensesnittet da var av varierende kvalitet førte det til frustrasjon.<sup>92</sup>

Det er imidlertid ikke samtlige som uttrykker at tidsbruken på dokumentering og rapportering har gått opp med innføringen av elektroniske rapporteringssystem. Enkelte mener rapporteringen har blitt mer effektiv og at tidsbruken derfor ikke nødvendigvis har gått opp.<sup>93</sup>

#### 4.9 Uerfarent personell

Turnusleger og annet uerfarent personell er en annen faktor som ofte beskrives som belastende. En lege med personalansvar var frustrert over feil ICD10-koder når turnusleger skrev epikrise,<sup>94</sup> mens en fersk

---

<sup>84</sup> 32\_12\_23.

<sup>85</sup> 11\_10\_31, 12\_11\_45.

<sup>86</sup> 11\_10\_31; 31\_8\_25.

<sup>87</sup> 12\_11\_45.

<sup>88</sup> 30\_2\_24; 33\_14\_22; 43\_13\_18.

<sup>89</sup> 39\_44\_51.

<sup>90</sup> 44\_20\_25. liknende opplevelse også hos 42\_7\_49, 43\_13\_26; og 47\_33\_32.

<sup>91</sup> 44\_20\_31.

<sup>92</sup> 10\_3\_39.

<sup>93</sup> 14\_25\_42; 32\_12\_36; 38\_39\_2; 42\_7\_37.

<sup>94</sup> 1\_1\_37.

assistentlege opplevde at kvaliteten på ICD10-kodingen var bedre hos turnuslegene enn hos henne selv.<sup>95</sup> Erfaring kan derfor ha litt å si for kvaliteten på kodingen.

Et vanligere klagemål var lengden på journalnotat og epikriser som gjennomgående oppleves som for lange og inneholder for mange unyttige opplysninger. Dette tilskrives delvis uerfarne ansatte og at det er for lite kommunikasjon innad på den enkelte avdeling om hva som ønskes av innhold i journalen. Dette medfører at ferske ansatte er usikre i hva som skal være med i journalen og dermed skriver langt for å være på den sikre siden (se også avsnittet **Mer dokumentasjon for å ha ryggen fri**).<sup>96</sup> Å være klar på hva som skal være med og ikke i pasientdokumentasjonen overfor nyutdannede oppleves derfor som viktig for å unngå uhensiktsmessig stor mengde pasientdokumentasjon.<sup>97</sup> Det er litt uenighet blant mer erfarne leger på i hvor stor grad turnusleger skal konferere med mer erfarent helsepersonell i den løpende pasientbehandlingen. Mens enkelte ser det som hensiktsmessig,<sup>98</sup> opplever andre at det fører til en fragmentering av ansvar, hvor pasienten står igjen som taperen når turnuslege e.l. ved å konferere med overlegen føler mindre ansvar.<sup>99</sup> Det er liten tvil om at en erfaren og stabil stab letter arbeidsmengden,<sup>100</sup> også på dokumentering.<sup>101</sup>

---

<sup>95</sup> 23\_22\_21.

<sup>96</sup> 3\_18\_19; 3\_18\_33; 8\_42\_25; 47\_33\_15.

<sup>97</sup> 7\_38\_18.

<sup>98</sup> 19\_4\_22.

<sup>99</sup> 22\_19\_13.

<sup>100</sup> 26\_40\_21; 31\_8\_34; 34\_16\_17; 38\_39\_25.

<sup>101</sup> 19\_4\_56; 45\_24\_26.

## 5 Fortløpende pasientdokumentasjon

I hverdagen for klinisk personale er det ofte den fortløpende pasientdokumentasjonen som er den rapporterings- og dokumenteringsoppgaven som tar mest tid. Under følger en oversikt over hvem som gjør hva av denne og i hvilken grad det oppleves hensiktsmessig. Oversikten er ikke fullstendig, men tar for seg de vanligste oppgavene i spesialisthelsetjenesten.

### 5.1 Vurdering av henvisninger

Før pasienter legges inn til behandling eller kalles inn til poliklinisk behandling/konsultasjon gjør medisinsk ansvarlig overlege, gjerne i samarbeid med andre leger,<sup>102</sup> en vurdering av henvisning (innen 30 dager etter mottatt henvisning, med kortere frist ved særskilte hensyn) og deretter hvis pasienten vurderes som rettighetspasient, får fastlege og pasienten tilsendt en individuell oppsatt maksimaltid for behandling/utredning (danner grunnlag for ventelistene). Ikke-rettighetspasienter mottar en tentativ dato som ikke er juridisk bindende. En lege oppgav at for få leger på avdelingen gjorde vurderingsjobben større enn ønskelig for ham.<sup>103</sup> Henvisningene kan oppleves som av varierende kvalitet.<sup>104</sup> Især er det kritikk av at medikamentlisten som fastlege sender er mangelfull.<sup>105</sup> Timeplan for utredninger o.l. organiseres gjerne av en sekretær e.l..<sup>106</sup>

### 5.2 Organisering av pasienter

Et viktig arbeid på en avdeling er å planlegge og koordinere inntak av pasienter i forhold til sengekapasitet og personell. Avdelingssykepleiere og overleger med administrativt og/eller medisinsk ansvar på avdelinger som utfører inngrep bruker en god del tid på å sammen sette opp operasjonsprogram. En lege og en sykepleier oppgir å bruke ca. 1 time i uken på slike planleggingsmøter. I tillegg kommer den fortløpende dialogen de to imellom.<sup>107</sup> I enkelte sykehus er det opprettet dedikerte pasientkoordinatorstillinger for å effektivisere organiseringen av operasjoner og behandling.<sup>108</sup>

Ved overflytning fra en enhet til en annen innen et sykehus skal man sikre at den enheten som mottar pasienten får nødvendig informasjon. Ansvarlig sykepleier skriver da et overflytningsnotat som inneholder et resyme av utført sykepleie, nåværende status m.m.. I enkelte avdelinger skriver også leger dette.<sup>109</sup>

### 5.3 Innkomstnotat sykepleiere

Ved innkomst skriver gjerne sykepleier et innkomstnotat i pasientjournalen der pasientens medisinske status, personalia og forventninger til sykepleie beskrives. Dette er ment å være et av elementene i grunnlaget for sykepleiernes behandlingsplan for inneliggende pasienter, samt for å kartlegge behovet for å

---

<sup>102</sup> Eksempelvis 8\_42\_11.

<sup>103</sup> 4\_21\_16.

<sup>104</sup> 24\_28\_33.

<sup>105</sup> 35\_23\_22.

<sup>106</sup> 46\_27\_19.

<sup>107</sup> 2\_9\_18; 11\_10\_28.

<sup>108</sup> Eksempelvis 11\_10\_28.

<sup>109</sup> Eksempelvis 3\_18\_22.

varsle kommunen med tidligmelding. Det er litt varierende hvorvidt sykepleiere på poliklinikk skriver inkomstnotat.<sup>110</sup>

Ved inkomst er det ved en del avdelinger også retningslinjer for at sykepleier skal ernæringscreenere samtlige pasienter for å kunne avdekke om pasienten har ernæringsmessige problemer og om man derfor må utforme behandling og behandlingsplan deretter. Selv om ernæringscreening er nyttig for mange pasienter, oppleves det ikke alltid som relevant<sup>111</sup> og det hender at det nedprioriteres/glemmes.<sup>112</sup> Dette tiltaket er nokså nytt, sammen med eksempelvis screening for fall o.l., og oppleves som ytterligere ett skjema til en allerede nokså stor mengde krav om skjema og rapporteringskrav.<sup>113</sup> Se for øvrig avsnittet **Rom for forbedring slik informantene ser det.**

## 5.4 Inkomstjournal lege

I tillegg til sykepleiernes inkomstnotat skriver også legene ved inkomst inkomstjournal som er deres dokumentasjon av pasientens sykehistorie (anamnese), nåværende medisinske status og hva tiltak bør være. På de avdelingene innen psykisk helsevern vi intervjuet var det også pålegg om vurdering av suicidalitet. I mange sykehus skrives inkomst av turnus- og assistentleger,<sup>114</sup> mens det i poliklinikk gjerne utføres av behandlende lege. At både lege og sykepleier skriver ved inkomst medfører ifølge noen av våre informanter en viss dobbelrapportering. Se for øvrig punktet **Dobbelrapportering.**

## 5.5 Medikamentliste og medisinsk kurve

En viktig del av pasientdokumentasjonen er medikamentlisten. Denne skal være tilsendt fra henvisende lege, men enkelte av våre informanter opplevde at denne listen ofte var mangelfull fra fastlegens side<sup>115</sup> og kunne være håndskrevet og derfor være vanskelig å tolke,<sup>116</sup> noe som er potensielt farlig for pasienten.<sup>117</sup> Videre kan pasienten i enkelte tilfeller ha sluttet på medisinen uten å konferere med eller informere lege. Denne usikkerheten førte til at en informant foretrakk og heller spørre pasientene hvilke medisiner de gikk på ved innleggelse.<sup>118</sup> Medikamentlisten legges først inn i inkomstnotat før det legges inn i den medisinske kurven hos inneliggende pasienter.

Medisinsk kurve inneholder vitale data som er strukturert rundt en tidsakse med en opplisting av legemidler, pasientens fysiologiske tilstand (blodtrykk, puls etc.), næringsinntak og avføring, samt prøvesvar. De fleste sengepostene vi intervjuet ved hadde per dags dato kurven på papir. Selv om en del informanter gav uttrykk for at det kunne være en del dobbelrapportering mellom kurve og journal, så

<sup>110</sup> Eksempelvis 35\_23\_15 gjør dette, men har en god del kronikere som kommer jevnlig. Eksempelvis 30\_2\_17 gjør ikke dette.

<sup>111</sup> Se f.eks. 32\_12\_17.

<sup>112</sup> 33\_14\_14.

<sup>113</sup> 40\_46\_39; 43\_13\_11.

<sup>114</sup> Eksempelvis 1\_1\_32; 6\_34\_25; 22\_19\_13.

<sup>115</sup> 35\_23\_22.

<sup>116</sup> 6\_34\_19/29.

<sup>117</sup> Kommunikasjonen rundt medikamentlister på kommunalt nivå kan også være mangelfull. En studie av Rognstad og Straand fant at det kun for 40% av pasientene var samsvar mellom fastleges og hjemmesykepleiers liste over hjemmeboende pasienters faste medikamenter. Rognstad, S. og J. Straand (2004) Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasientene? *Tidsskrift for den norske lægeforening* 124:810–812.

<sup>118</sup> 28\_45\_22.

mange kurven som meget hensiktsmessig da registreringer i kurven kunne gjøre at man ikke følte behov for å skrive/skrev mindre i journalnotat,<sup>119</sup> eller ved høyt tidspres kun refererte til kurven.<sup>120</sup> Flere respondenter så nytten av elektronisk kurve,<sup>121</sup> og ønsket at medikamentlisten skulle komme opp automatisk i DIPS, noe som ville lette epikriseskrivingen.<sup>122</sup> Se for øvrig avsnittene **Brukergrensesnitt generelt** og **Lengde og substans i pasientdokumentasjon**.

## 5.6 Behandlings-/Pleieplaner for pasient (herunder utredningsrapport og utredningsplan)

Som en del av sykepleien skal det opprettes en pleieplan i pasientjournalen ved innleggelse. Denne skal deretter evalueres kontinuerlig ettersom behandlingen og sykepleien skrider frem. Ulike programvareleverandører har utarbeidet standardiserte pleieplaner. Enkelte av informantene i psykisk helsevern skulle i prinsippet skrive både utredningsrapport etter endt utredning og behandlingsplan ved oppstart av behandling, og eventuelt også individuell plan.<sup>123</sup> Dette ble opplevd som dobbeltarbeid, især siden behandlingsplanen ikke alltid ble sett som hensiktsmessig. Se for øvrig avsnittet **Dobbelrapportering**.

En del somatiske sykepleiere ønsker at man skulle være flinkere til å opprette og oppdatere pleieplanen for slik å redusere mengden tekst i pasientjournalen ved at man i større grad hadde noe konkret å evaluere. En avdelingssykepleier mente at hennes ansatte syntes det var godt med evidensbaserte behandlingsplaner.<sup>124</sup> Det var imidlertid ikke unison begeistring for pleieplaner. En sykepleier på en poliklinikk opplevde pleieplan som lite meningsfylt i hennes arbeid, og at sykepleierne på hennes post derfor ikke lagde behandlingsplan.<sup>125</sup> En annen opplevde at pleieplanene kunne være veldig omfattende og at man måtte ha muntlig input i tillegg, og at tiden det tok å lage en pleieplan kunne ta opptil 60 minutter.<sup>126</sup> Andre opplevde også at det kunne være tidkrevende å utarbeide prosedyrer,<sup>127</sup> men at de var nyttige når de var etablert.<sup>128</sup> Se for øvrig avsnittet **Lengde og substans i pasientdokumentasjon** og **Dobbelrapportering**.

## 5.7 Pasientjournal

Som del av forsvarlighetskriteriet i behandlingen i spesialisthelsetjenesten inngår det at man dokumenterer inneliggende pasienter fortløpende i pasientjournal. Dette er noe leger, sykepleiere og hjelpepleiere gjør, men ikke samtlige av våre informanter som jobbet klinisk gjør det, da kravet er at noen – ikke alle – skal ha dokumentert pleie og behandling av den enkelte pasient.<sup>129</sup> I dag er journalsystemet digitalisert, men ulike programvarer er i bruk og funksjonaliteten oppleves ikke alltid å være på topp (se for øvrig avsnittene **Funksjonalitet i programvare**, **Synkronisering mellom ulike programvarer** og **Brukergrensesnitt generelt**). Mens leger har tilbud om å kunne diktere og enten at en sekretær eller et stemmegjenkjenningsprogram transkriberer (se for øvrig avsnittet **Talegjenkjenning vs. diktat vs. å skrive selv**), så må sykepleiere som

---

<sup>119</sup> 19\_4\_18; 26\_40\_16.

<sup>120</sup> 30\_2\_18.

<sup>121</sup> Eksempelvis 6\_34\_46; 28\_45\_29; 32\_12\_21; 33\_14\_21; 34\_16\_21. For en vellykket implementering, se <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/elektronisk-kurve-ogsaa-pa-sengepost/> (210513).

<sup>122</sup> 28\_45\_30.

<sup>123</sup> 9\_50\_13; 27\_41\_17; 28\_45\_23.

<sup>124</sup> 11\_10\_41.

<sup>125</sup> 30\_2\_17.

<sup>126</sup> 31\_8\_16/28.

<sup>127</sup> 12\_11\_17; 14\_25\_20; 16\_32\_24; 35\_23\_38.

<sup>128</sup> 14\_25\_11; 16\_32\_24; 35\_23.

<sup>129</sup> Eksempelvis sykepleier på poliklinikk: 30\_2\_18.

oftest skrive selv. Tidsbruk på løpende journalnotat per pasient varierer en del, men tar sjelden mer enn 10 minutter og tiden man bruker på å skrive hvert enkelt notat er ikke årsak til frustrasjon alene. Videre varierer antall pasienter mye, så total tidsbruk er vanskelig å anslå.<sup>130</sup> Det er en opplevelse av at tidsbruken på journalskriving har økt, især etter digitaliseringen.<sup>131</sup> Nyttan av journalnotat oppleves som høy da det anses som en vital kilde til å oppdatere seg på pasienten,<sup>132</sup> men hvilket nivå man skal legge seg på når det gjelder detaljer og, blant leger, hvor hyppig man skal dokumentere, varierer. Som nevnt ovenfor, ønsket en del sykepleiere en mer aktiv bruk av pleieplan og evaluering av denne for å gjøre journalnotatene kortere og mer poengterte. Se for øvrig punktene **Lengde og substans i pasientdokumentasjon** og **Mer dokumentasjon for å ha ryggen fri**.

## 5.8 ICD10-koder, andre koder og registrering

Alle sykehus i Norge er pliktige til å dokumentere aktiviteten sin gjennom å registrere diagnosekoder og prosedyrekoder. Dette gir helseforetakene oversikter over aktivitetsutviklingen og helsemyndighetene får gjennom sykehusenes innrapportering til NPR oversikt over utviklingen i spesialisthelsetjenesten nasjonalt og regionalt. Innen somatikken brukes kodingen også som grunnlag for Innsatsstyrt finansiering (ISF) og dette er det høy bevissthet på ute i avdelingene. I psykisk helsevern er dette ikke innført, men ansatte har en forventning om at det vil komme. For å få riktig finansiering må både hoved- og bidiagnoser være riktig kodet. For mange helsearbeidere i sykehusene oppleves derfor koding av diagnoser og prosedyrer i stor grad som ensbetydende med DRG (diagnoserelaterte grupper) og ISF (se for øvrig avsnittet **Holdning til innsatsstyrt finansiering (ISF)**).

Det er stor variasjon blant avdelingene vi besøkte i forhold til om kodingen oppleves å ta mye tid og hvor enkelt det er å finne de riktige kodene i kodeverket. Noen bruker mye tid på å finne riktige diagnosekoder og det skaper frustrasjon, dette gjelder spesielt på bidiagnoser. Noen prøver å forenkle letingen etter koder ved å utarbeide korte lister over de vanligste kodene. Ved en avdeling der man prøvde å redusere kostnadene ved feilkoding innførte man et "rødt ark" med de vanligste ICD10 og prosedyrekodene på baksiden, slik at man skulle slippe å bruke mye tid når man skal skrive epikrisen.<sup>133</sup> Det er relativt vanlig at legen skriver diagnose og prosedyrekode, eller krysser av på et ark med forhåndsdefinerte koder, og at en sekretær/sykepleier i etterkant legger kodene inn i det pasientadministrative systemet. Arbeidsfordelingen mellom legene og sykepleiere/merkantilt personell synes imidlertid å variere noe, og dette kan i noen tilfeller reflektere bemannings situasjonen på avdelingen. Mange steder er det stort fokus på oppfølging av kodingen og ofte er sekretærtjenesten inne her. En kontorsjef fortalte at de hadde et eget kodekontor hvor "uferdig-lister" i.f.t. koding lages for alle avdelingene. Ved et annet sykehus sier en lege at han ikke prioriterer dette høyt, at det kun kontrolleres at det står en kode, så vedkommende tar derfor kun med de to viktigste diagnosene.

Proseddyrekodene gjenspeiler konkrete handlinger og synes derfor i hovedsak å være enklere å kode enn diagnosene, spesielt de kirurgiske. Innen psykisk helsevern skal det kodes medisinske prosedyrekoder og her signaliserer den voksenpsykiatriske avdelingen vi snakket med at de ikke alltid ser nytten i kodingen og synes også det er vanskelig å skjønne logikken. Som en informant uttalte:

<sup>130</sup> Eksempelvis 31\_8\_16. En lege oppgav 1-1,5 time på journalnotat per dag mens en sykepleier oppgav ca 1 time (34\_16\_14) en annen sa et kvarter (38\_39\_17), mens atter andre nesten ikke skriver i journal. Dette er av ovennevnte grunner et tall som ikke kan generaliseres.

<sup>131</sup> Eksempelvis 4\_21\_45; 44\_20\_31.

<sup>132</sup> Eksempelvis 3\_18\_18; 6\_34\_20.

<sup>133</sup> 6\_34\_32.

*[Det er] masse småting vi bruker tid på, bl.a. prosedyrekoder. HRRP-koder skal registreres [står for habilitering, rus, rehabilitering, psykisk helsevern]. Ligger vel et ønske om å kunne bruke det i styringssammenheng, så langt ikke knyttet penger til det slik som i somatikken. Det går inn til NPR. Ingen som helt skjønner hva det skal brukes til. Det sies vi kan bruke det lokalt til forskning, men til forskning har vi veldig mye annet vi heller kan bruke. For oss skal det registreres masse informasjon på pasientene fra de legges inn til de skrives ut. Såkalte vanlige prosedyrer skal ikke registreres, vi forstår ikke helt. Opplevs som meningsløst. Brukes ikke til noe og vanskelig å bruke kodene fordi få i fagmiljøene skjønner hvorfor kodene er som de er. Men på sikt skal det vel være slik at det skal være et eget vedtak før det kan knyttes økonomi til det. Jeg må av og til ta ut tall for å se at det er registrert, men bruker det ellers til ingenting.<sup>134</sup>*

DRG-systemet er i kontinuerlig utvikling og på noen områder stiller dette krav til mer detaljert koding. Innen kreftbehandling har man f.eks. i år begynt å kode type kurer, før var det kun hovedtype. Dette oppleves å være en litt tidkrevende endring, men noe av det kan skyldes at det er nytt. En informant understreket viktigheten av å få inn gode rutiner når noe ble endret. Sekretærene på avdelingen hadde som målsetning å være 100 % på kodingen og fant derfor en del feil når de dobbeltsjekket.<sup>135</sup>

Innen psykisk helsevern for barn og unge må man kode funksjonalitetsvurdering på seks ulike akser. Dette må gjøres fra første inntak, selv om en del forhold da ikke er kjent sier to informanter på dette.<sup>136</sup> Dette fører til en del tilbakekoding i etterkant, noe som oppleves som litt bortkastet tid.

## 5.9 Muntlig rapportering

Muntlig overlevering av forrige vaks hendelser i form av et møte e.l. kalles ofte blant sykepleiere for muntlig rapport, i motsetning til stille rapport som betegner at man oppdaterer seg på inneliggende pasienter ved å lese pasientdokumentasjonen. På legesiden er det rutine med morgenmøter, gjerne todelt med ca. et kvarters møte med avtroppende vakt først<sup>137</sup> og deretter ytterligere et kvarters møte mellom legene som skal være på utover dagen.<sup>138</sup> I de avdelingene det er relevant, etterfølges disse to møtene ofte også av et røntgenmøte. Organiseringen av møtene og hvem som deltar avhenger av organiseringen og størrelsen på sykehuset. Nyten av disse møtene oppleves som høy av samtlige,<sup>139</sup> og en del leger foretrekker å få oppdateringen fra sykepleiere muntlig.<sup>140</sup> En del avdelinger har også et oppdaterings- eller avklaringsmøte midt på dagen hver dag eller flere dager i uken i tillegg til andre mindre hyppige møter. Både morgenmøter og møter senere på dagen oppleves gjennomgående som meget nyttige og ofte savnes flere avdelingsmessige møter der klinisk arbeid diskuteres.<sup>141</sup> På sykepleier- og hjelpepleiersiden er det på sengepostene i varierende grad satt av tid til muntlig rapport, men der det ikke ser satt av tid til det praktiseres det uansett ofte som et supplement til stille rapport. Se for øvrig avsnittet **Muntlig rapport – nyttig og derfor gjenstridig.**

<sup>134</sup> 18\_48\_21.

<sup>135</sup> 48\_37\_17.

<sup>136</sup> 28\_45\_25; 39\_44\_24.

<sup>137</sup> 20 minutter 2\_9\_14; 15 minutter 5\_26\_13; 6\_34\_26; 19\_4\_21.

<sup>138</sup> 3\_18\_13; 5\_26\_13; 6\_34\_26; 19\_4\_21; 20\_6\_18; 22\_19\_21.

<sup>139</sup> Eksempelvis 20\_6\_28.

<sup>140</sup> Eksempelvis 7\_38\_39.

<sup>141</sup> Eksempelvis 3\_18\_14; 20\_6\_19; 28\_45\_15.



## 5.10 Poliklinisk notat

Polikliniske notat skrives for å dokumentere den behandlingen en pasient har fått på poliklinikk, samt historikk og fortsatte behov. Hvis det er lege som utfører behandlingen, er det gjerne hun/han som skriver notatet. Hvis det er sykepleier som står for behandlingen, skriver han/hun det.<sup>142</sup> Ved engangsbehandling vil poliklinisk notat fungere som en slags epikrise. Ved gjentatte behandlinger tar de ofte form av en slags pasientjournal.<sup>143</sup> Nyttan oppleves gjennomgående som høy.<sup>144</sup> Tidsbruken på et poliklinisk notat varierer, og det samme gjør antall pasienter.<sup>145</sup> Som med journalnotat og epikrise varierer det om leger dikterer for sekretær eller stemmegjenkjenningsprogram, eller om de skriver selv. Se for øvrig avsnittet

### Talegjenkjenning vs. diktat vs. å skrive selv.

## 5.11 Epikrise

For alle pasienter som er ferdig med behandlingen i SHT eller skal overføres til en annen instans innen SHT skal det skrives en epikrise av den legen som er på vakt (ved poliklinikk skrives poliklinisk notat). Som det står i Forskrift om pasientjournal §9:

*Ved utskrivning fra helseinstitusjonen skal epikrise (sammenfatning av journalopplysninger) sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging. Tilsvarende gjelder ved poliklinisk behandling og behandling hos spesialist.*

Epikrisen skal inneholde relevant informasjon om sykehistorie, diagnose, behandling og videre oppfølging. Det såkalte "7-dagerskravet" innebærer at epikrisen skal være sendt innen syv dager. Se avsnittet **Epikrisetid** for en diskusjon av dette aspektet. Syvdagerskravet medfører også at en del leger velger å skrive epikrisen selv istedenfor å bruke sekretær, da sistnevnte kan føre til at epikrisen kommer senere ut.<sup>146</sup>

Som med notatene i **Pasientjournal**, og **Poliklinisk notat**, oppfattes epikrisen som en helt vital del av pasientarbeidet, men i likhet med mye av den andre pasientdokumentasjonen (men i mindre grad poliklinisk notat) er det også her en del frustrasjon over at epikrisene ikke er konsise nok. Når det gjelder innholdet i epikrisen er det ofte en balansegang mellom tidspress og det å få mest mulig målrettet informasjon. Ideelt sett mener mange at det kun skal være et resyme med de viktigste opplysningene som er relevant for oppfølgingen, men man bruker gjerne kortere tid på klipp og lim fra journal som fører til lengre og mindre fokuserte dokument. Det er også ulike oppfatninger blant sykehuslegene om hva og hvor mye som skal være med.<sup>147</sup> Selv om det er enighet om at det er mottakers (som oftest fastlege) ønsker som bør veie tyngst for hva som skal stå, er det ulike oppfatninger av hva og hvor mye fastlegene ønsker skal stå i en epikrise. En erfaren lege mente at mottaker ønsket minst mulig og at det generelt var alt for mye oppsummering og for lite vurdering,<sup>148</sup> mens en mindre erfaren lege mente at det var for lite detaljerte epikriser på avdelingen.<sup>149</sup> En annen etterspurte mer tilbakemeldinger fra fastleger på nytten.<sup>150</sup> En erfaren

<sup>142</sup> Eksempelvis 35\_23\_17.

<sup>143</sup> 36\_29\_15.

<sup>144</sup> Eksempelvis 6\_34\_20.

<sup>145</sup> Eksempelvis tidsbruk per pasient: 3 min (2\_9\_22); 4-5 min (4\_21\_15); 5 min (6\_34\_17) 5-10 min (25\_35\_15). Dette er av ovennevnte grunner et tall som ikke kan generaliseres.

<sup>146</sup> Eksempelvis 19\_4\_13; 21\_15\_16.

<sup>147</sup> 1\_1\_34.

<sup>148</sup> 3\_18\_19.

<sup>149</sup> 19\_4\_14.



overlege påpekte at hun hadde fått et mer bevisst forhold til epikriser etter å ha kommet på en avdeling med mye samhandling med kommunene. En lege påpekte at epikrisen også kan være nyttig for sykehuset selv hvis pasienten kommer tilbake. En lege som tidligere hadde vært fastlege opplevde at mange epikriser var for lite fyldige, noe som kunne medføre at fastlegen måtte kontakte sykehuset for ytterligere informasjon. Prøvesvar, medisinliste, patologiske funn m.m. burde derfor være med i epikrisen.<sup>151</sup> Se for øvrig avsnittet **Lengde og substans i pasientdokumentasjon.**

Tidsbruken på epikriseskriving varierer veldig, men er noe legene bruker en del tid på. En uerfaren lege oppgav å bruke alt fra 10-15 minutter på ukompliserte pasienter til 1 time ved lange utredningspasienter og uttrykte stor frustrasjon av at dette gikk utover tid til direkte pasientkontakt.<sup>152</sup> En annen lege anslo snittid per dag på epikriser totalt til 1 time. En tredje brukte ca. 2 timer i uka.<sup>153</sup> En lege mente man skrev lengre enn før elektronisk epikrise ble innført.<sup>154</sup> Mye av tidsbruken brukes på å lese igjennom foreliggende pasientdokumentasjon.<sup>155</sup> Enkelte opplever at det går med litt tid på å tilpasse epikrisen til at pasienten selv skal kunne lese den.<sup>156</sup> En lege meldte også om at utskrivningsrapporten som sykepleiere på post skriver til kommunalhelsetjenesten ofte overlappet betydelig med epikrisen.<sup>157</sup> Her er avsnittene **Lengde og substans i pasientdokumentasjon** og nyttige for å forstå problemstillingen. Det tar også ekstra tid hvis medikamenter og koder er dårlig ajourført.<sup>158</sup> Flere leger ønsket et mer automatisert opplegg på dette, se for øvrig avsnittet **Synkronisering mellom ulike programvarer.**

---

<sup>150</sup> 9\_50\_30.

<sup>151</sup> 22\_19\_19.

<sup>152</sup> 5\_26\_14.

<sup>153</sup> 23\_22\_15.

<sup>154</sup> 1\_1\_34.

<sup>155</sup> Eksempelvis 27\_41\_14.

<sup>156</sup> 27\_41\_19.

<sup>157</sup> 22\_19\_19.

<sup>158</sup> 6\_34\_13.

## 6 Andre dokument

### 6.1 Prøvesvar

Som en del av pasientbehandlingen bestiller leger prøver eksempelvis blodprøver, røntgen, MR osv.. Selv om dette er rutine ved de fleste innleggelse, er det en del frustrasjon rundt at prøvesvar ikke automatisk havner hos den som har bestilt de, men må manuelt fordeles (gjøres ofte av sekretær).<sup>159</sup> Bestillende lege må også kontrasi gnere prøvesvar. Dette oppfattes av noen som noe som tar uhensiktsmessig med tid. En lege var frustrert over tid som gikk med til kontrasi gnere, og savnet en løsning der man ikke trenger å signere hver prøve men fortsatt står ansvarlig for innholdet.<sup>160</sup> En avdeling hadde også innført en type automatisert e-signatur der legen slipper å signere hvert enkelt dokument, men påtar seg ansvaret.<sup>161</sup> En annen lege mente imidlertid at aktiv signering var svært viktig for å bevisstgjøre legene ansvaret.<sup>162</sup> Signerte dokumenter, herunder prøvesvar, er en av flere styringsindikatorer (se avsnittet **Eksempler på styringsindikatorer som følges opp**).

### 6.2 Operasjonsbeskrivelse

Ved kirurgiske inngrep skriver utførende lege en operasjonsbeskrivelse. Denne legges ofte ved epikrisen som sendes henvisende lege, selv om dette ikke er pålagt. En informant valgte derfor å skrive eller diktere operasjonsbeskrivelsen som en epikrise for å lette arbeidet med epikriseskriving.<sup>163</sup> Tidsbruken på en operasjonsbeskrivelse varierer etter hvor komplisert operasjonen er og varierer ifølge våre informanter fra et par-tre minutter til et kvarter.<sup>164</sup> Nyttene oppleves som høy,<sup>165</sup> men en lege etterlyste standardiserte operasjonsbeskrivelser for å redusere tidsbruken på dokumenteringen av enkle operasjoner.<sup>166</sup>

### 6.3 Telefonnotat

Ansatte i SHT fører også i varierende grad telefonnotat når de er i kontakt med pasient, lege eller pårørende. Dette legges også inn som kode for å kunne dokumentere at kontakten har vært holdt,<sup>167</sup> selv om ikke alle alltid gjør dette.<sup>168</sup> Registreringen av telefonsamtaler førte til en del frustrasjon,<sup>169</sup> og bør ses i sammenheng med behovet for å dokumentere det man gjør for å kunne vise til dette om det skulle bli aktuelt. Se for øvrig avsnittet **Mer dokumentasjon for å ha ryggen fri**.

### 6.4 Sammendragsnotat

Som beskrevet i punktet **Lengde og substans i pasientdokumentasjon** under, så opplever en del leger og sykepleiere at enkelte leger skriver for sjeldent i pasientjournalen. Sykepleiere og/eller leger fører av og til derfor sammendragsnotat for å sikre at pasienter som ligger lenge inne ikke får for lange opphold imellom

---

<sup>159</sup> 1\_1\_42; 14\_25\_40; 15\_30\_18.

<sup>160</sup> 3\_18\_20.

<sup>161</sup> 47\_33\_30.

<sup>162</sup> 21\_15\_28.

<sup>163</sup> 20\_6\_26.

<sup>164</sup> Eksempelvis 6\_34\_18; 25\_35\_20.

<sup>165</sup> Eksempelvis 2\_9\_21; 6\_34\_20.

<sup>166</sup> 25\_35\_20.

<sup>167</sup> Eksempelvis 36\_29\_17.

<sup>168</sup> Eksempelvis 35\_23\_31.

<sup>169</sup> Eksempelvis 39\_44\_44.

journalnotatene. På noen av sengepostene hvor vi gjennomførte intervju var det vakthavende lege på lørdag eller søndag som hadde ansvaret for dette.<sup>170</sup>

## 6.5 Utskrivningsrapport

Som en del av kravene til samhandling med kommunen i samhandlingsreformen skal sykehusene sende en utskrivningsrapport til pasientens hjemkommune hvis pasienten mottar/skal begynne å motta helse- og omsorgstjenester i hjemkommunen. For en fylldigere diskusjon av dette dokumentasjonskravet og ansatte i SHTs vurdering, se avsnittet **Samhandlingsreformen og utskrivningsklare pasienter.**

## 6.6 Skriv med pasient ut

De aller fleste leger har forståelse for hensikten bak 7-dagerskravet på epikrise, selv om mange ikke er tilfredse med implementeringen av det. Flere avdelinger sender med pasienten enten epikrise,<sup>171</sup> en slags "kvasieepikrise" eller en kort oppsummering av behandlingen<sup>172</sup> når pasienten skrives ut for at vedkommende og fastlegen skal vite hva som har blitt gjort. Selv om det er litt dobbeltarbeid i.f.t. epikrise, ses det ofte på som meget nyttig. En lege som ikke gjorde dette, savnet tid til å gjøre dette.<sup>173</sup>

En ansatt i psykisk helsevern opplyste at hun også ved langvarige behandlinger sendte oppsummerende rapporter undervegs til fastlege.<sup>174</sup> I likhet med epikriser eller oppsummerende dokument som gis til pasient ved utskrivelse, er dette ikke lovpålagt og viser at ansatte i SHT absolutt ser nytten ved især pasientnær dokumentasjon.

---

<sup>170</sup> 6\_34\_16; 25\_35\_22.

<sup>171</sup> 27\_41\_19.

<sup>172</sup> Eksempelvis 21\_15\_22; 22\_19\_30; 23\_22\_16.

<sup>173</sup> 6\_34\_58.

<sup>174</sup> 28\_45\_18.

## 7 Kommunikasjon med kommunehelsetjenesten

### 7.1 Kommunikasjon med kommunene

Det meste av kommunikasjon med kommunal helse- og omsorgstjeneste og fastlege utover det som gjøres i sammenheng med utskriving av pasienter og brev om vurdert henvisning, er i hverdagen i liten grad formalisert og varierer betraktelig med den enkeltes arbeidsoppgaver. Noen leger føler et behov for å sende fortløpende informasjon til kommunal helsetjeneste, herunder fastlege, hvis de ser det som hensiktsmessig, selv om det ikke er noe pålegg om det.<sup>175</sup> Det er til dels betydelig variasjon i hvor viktig man synes det er å oppdatere kommunal helsetjeneste fortløpende.

Det er for det meste sykepleierne som har dialogen med kommunene i forbindelse med utskriving av pasienter. Eventuelle konsekvenser av samhandlingsreformen når det gjelder rapportering og kommunikasjon med kommunen føles derfor sterkest hos sykepleiere på sengepost.

### 7.2 Samhandlingsreformen og utskrivningsklare pasienter

Som en del av samhandlingsreformen har kommunikasjonen med kommunene for innlagte pasienter blitt mer formalisert enn tidligere, herunder også dokumentasjonskravet. Dette gjelder i første rekke pasienter som allerede mottar eller kommer til å trenge helsetjenester eller andre relevante tjenester fra kommunen. Med reformen er det krav om at det innen 24 timer etter innleggelse skal sendes logistikkmeldingen<sup>176</sup> *Melding om innlagt pasient* for pasienter som mottar helsetjenester e.l. i kommunen til kommunen der pasienten bor. Når pasient som krever oppfølging i kommunen skrives ut, sendes først logistikkmeldingen *Melding om utskrivningsklar pasient* og ved utskriving sendes også *Utskrivningsrapport*, og logistikkmeldingen *Melding om utskrevet pasient*. Hvis man antar at pasientens hjelpebehov i kommunen er annerledes ved utskriving enn ved innkomst i SHT, er sykehusene også pålagt å sende *Helseopplysninger ved søknad* (ofte omtalt som Lege og sykepleieopplysninger) til kommunen. Hvis pasientens status som utskrivningsklar endrer seg etter at hun/han først er meldt utskrivningsklar, skal også logistikkmeldingen *Avmelding utskrivningsklar pasient* sendes.<sup>177</sup> Kun *Utskrivningsrapport* og *Helseopplysninger ved søknad* (Lege og sykepleieopplysninger) inneholder medisinsk informasjon.

Noen av disse meldingene føltes unødige av sykepleiere, som er de som står for denne kommunikasjonen i det daglige. Dette gjaldt spesielt hvis pasienten endrer omsorgsbehov og man da først må sende *Helseopplysninger ved søknad* for deretter ved utskriving å sende *Utskrivningsrapport*. Ved korte innleggelser vil disse være meget like innholdsmessig, og av og til sendes med kun et par timers mellomrom.<sup>178</sup> I tillegg opplever enkelte at antatt utskrivningsdato i *Melding om innlagt pasient* blir fiktiv informasjon, da det ofte er veldig uklart hvor lenge pasienten vil bli liggende inne.<sup>179</sup> En sykepleier mente imidlertid at et mer strukturert meldingssystem opp mot kommunene førte til at man ble mer bevisst i å gjøre behandlingen av pasienter mest mulig effektiv.<sup>180</sup> De fleste sykepleiere med denne oppgaven opplever at formaliseringen i form av skjema har gjort kommunikasjonen med kommunen langt mer

---

<sup>175</sup> 6\_34\_28.

<sup>176</sup> Beskjed uten medisinsk innhold.

<sup>177</sup> Se [http://www.kith.no/upload/4508/KITH\\_R06-08-2011-v2\\_0-Retningslinjer-PLO-meldinger.pdf](http://www.kith.no/upload/4508/KITH_R06-08-2011-v2_0-Retningslinjer-PLO-meldinger.pdf).

<sup>178</sup> 11\_10\_41; 17\_36\_18; 31\_8\_20.

<sup>179</sup> 34\_16\_23.

<sup>180</sup> 34\_16\_24.

tidkrevende enn tidligere.<sup>181</sup> Igjen er det forståelse for hensikten og man ser at det kan ha økt kvaliteten på informasjonen kommunene får,<sup>182</sup> mens implementeringen synes tidkrevende. Her er det imidlertid betydelig forskjell mellom de kommunene man kan kommunisere elektronisk med og de man må fakse meldinger til.<sup>183</sup> Likeledes oppleves det en stor forskjell i tidsbruk på digital vs. papirkommunikasjon med fastlege etter at henvisning har blitt vurdert i SHT.<sup>184</sup>

I den avdelingen av psykisk helsevern for voksne vi gjorde intervjuer opplevde de ansatte til dels betydelig frustrasjon rundt ansvarsfordelingen mellom kommunale helse,- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Forholdet til kommunene, og spesielt kommunen sykehuset ligger i ble av en lege med lederansvar beskrevet som en kontinuerlig dragkamp,<sup>185</sup> at kommunen for ofte brukte sykehuset for å håndtere atferdsproblemer som sykehuset ikke har behandlingstilbud for. En behandler ved samme avdeling opplevde også at antall reinnleggelser hadde økt som konsekvens av presset for kortere liggetid. Våre informanter innen psykisk helsevern (sykehus og ikke DPS) opplevde imidlertid ikke særlig store endringer som følge av samhandlingsreformen så langt, da man i lengre tid har hatt tett dialog med kommunene.<sup>186</sup> Se også avsnittet **Holdning til innsatsstyrt finansiering (ISF)**.

---

<sup>181</sup> 12\_11\_26; 31\_8\_17/18; 33\_14\_13; 34\_16\_22; 38\_39\_29.

<sup>182</sup> 12\_11\_26; 31\_8\_17.

<sup>183</sup> 31\_8\_22; 32\_12\_19; 34\_16\_22; 48\_37\_23.

<sup>184</sup> 15\_30\_17; 25\_35\_18.

<sup>185</sup> 9\_50\_37.

<sup>186</sup> 18\_48\_30; 27\_41\_38; 29\_49\_17.

## 8 Avviksmeldinger/meldinger

### 8.1 Avviksmeldinger/meldinger

Som en del av rutinene ved norske sykehus er avviksmeldinger ment å avdekke og dokumentere mindre alvorlige rutinesvikt, utstyrs mangler etc. til mer alvorlige hendelser. Policyen bak avviksmeldinger er at de "er en viktig kilde til informasjon om hvor skoen trykker, og både antall meldinger og analyse av enkelthendelser bidrar med ulik og viktig og nødvendig informasjon",<sup>187</sup> og er en viktig måte å opprettholde og forbedre pasientsikkerheten på. Tidligere forskning har påvist at underrapportering av avvik er relativt vanlig i sykehus.<sup>188</sup> Dette gjenspeiles i våre funn, da et generelt inntrykk fra intervjuene er at de aller fleste informantene meldte nokså lite avvik,<sup>189</sup> dog med noen viktige unntak blant personell som opplevde at de så nytten i meldingene.<sup>190</sup> En del mente det også generelt på avdelingen var betydelig underrapportering av avvik,<sup>191</sup> også på mer alvorlige hendelser. En del informanter med personalansvar opplever at det går med en del tid på avvikshåndtering, selv om et tidsanslag var vanskelig, men at det kan være nyttig så lenge det ikke blir meldt om ubetydelige ting.<sup>192</sup>

Meldings/avvikssystemet er ment å gå lokalt først og behandles av avdelingsleder, og ved mer alvorlige eller systematiske hendelser, skal informasjonen gå videre opp fra avdelingsnivå. Det er imidlertid ulike tolkninger av hvor mye som skal rapporteres og hvor systematisk mindre hendelser må være for å kunne rapporteres. Flere leger mente at det var en del banale ting som ble meldt, selv om det enkelte ganger og ved systematiske avvik var viktig å melde.<sup>193</sup> Flere så det mer hensiktsmessig å ta mindre hendelser muntlig,<sup>194</sup> mens en informant foreslo å lage en standard for kjapp og enkel logging av banale avvik.<sup>195</sup> Mye tyder derfor på at er ulike kulturer på avviksmeldinger. Dette skyldes dels at det kan oppleves som kritikk.<sup>196</sup> Både leger og sykepleiere opplever at sykepleiere er betydelig flinkere til å melde avvik enn leger.<sup>197</sup> En overlege opplevde at avvik av en del blir sett på som en slags trussel, til tross for at det skal være en naturlig del forbedringsarbeidet.<sup>198</sup> En erfaren merkantilt ansatt meldte at hun førte avvik selv om det fra enkelte leger førte til stygge blikk og kommentarer om at "dette kunne man ta ansikt til ansikt" og at en del leger ikke skjønner hensikten med avvik. Konsekvensen var blitt at legers feil skulle aksepteres.<sup>199</sup> En sykepleier meldte om at svikt i avviksrapporteringen, især på legesiden, da det var vanskelig å få frem de mest alvorlige feilene mens mindre alvorlige feil ble rapportert.<sup>200</sup>

<sup>187</sup> Kunnskapssenteret 2009: 24. Kunnskapssenteret (2009) *Pasientsikkerhetsarbeid i norske sykehus*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 28. Tilgjengelig på [www.kunnskapssenteret.no/binary?download=true&id=11711](http://www.kunnskapssenteret.no/binary?download=true&id=11711) (230513).

<sup>188</sup> Se for eksempel Vincent C, Stanhope N, Crowley-Murphy M. Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. *J Eval Clin Pract* 1999; 5(1):13-21; (25) Stanhope N, Crowley-Murphy M, Vincent C, O'Connor AM, Taylor-Adams SE. An evaluation of adverse incident reporting. *J Eval Clin Pract* 1999; 5(1):5-12.

<sup>189</sup> Eksempelvis 8\_42\_30; 25\_35\_29; 27\_41\_26; 32\_12\_24; 35\_23\_26; 37\_31\_27; 43\_13\_18.

<sup>190</sup> Eksempelvis 34\_16\_15; 47\_33\_24.

<sup>191</sup> 11\_10\_21; 12\_11\_18; 15\_30\_25; 16\_32\_27; 20\_6\_43; 23\_22\_22; 30\_2\_24; 31\_8\_27; 32\_12\_24; 33\_14\_22; 47\_33\_24.

<sup>192</sup> 2\_9\_26; 11\_10\_21; 12\_11\_18; 15\_30\_25.

<sup>193</sup> 2\_9\_26; 4\_21\_37.

<sup>194</sup> 2\_9\_37; 18\_48\_20; 30\_2\_24 (melder om at andre ser det mer hensiktsmessig).

<sup>195</sup> 25\_35\_29.

<sup>196</sup> Eksempelvis 33\_14\_22; 34\_16\_15.

<sup>197</sup> 23\_22\_22; 26\_40\_23; 47\_33\_24.

<sup>198</sup> 20\_6\_43.

<sup>199</sup> 47\_33\_24.

<sup>200</sup> 31\_8\_27.

En avdelingssykepleier som fokuserte på avvik mente at arbeids-/tidspress blant det kliniske personellet førte til at man droppet en del avviksrapportering,<sup>201</sup> noe andre også bekreftet – avviksmeldinger kan for noen føles som "enda et ark".<sup>202</sup> Hun opplevde allikevel at dette var meget viktig rapportering da eksempelvis rapportering av fall kunne danne tallgrunnlag der man kunne legitimere behovet for høyere bemanning for å unngå fall, men også for intern bevisstgjøring i avdelingen.<sup>203</sup> En annen sykepleier som fokuserte på avvik i sin rolle som verneombud, hadde opplevd å få takk fra sykehusledelsen på en avviksmelding.<sup>204</sup> Flere opplevde avvik som nyttig, men sa samtidig at mange ikke opplever avvik som nyttig grunnet manglende respons på meldingene.<sup>205</sup> Et veldig vanlig svar på hvorfor informanten ikke førte så mye avvik, var nettopp at man var usikker på nytten da tilbakemeldingene på avvik opplevdes som svært lite nyttige og gjerne også i alvorlige tilfeller kun tok form av en kort beskjed som "avvik lukket" e.l.. Selv om man så en viss nytte i det å føre avvik, ble meldingshyppigheten derfor begrenset da hensikten med å melde avvik uklar.<sup>206</sup>

Ulike programvarer brukes til å melde avvik i ulike regioner, og noen sykehus har lokalt utviklede system. Flere syntes programvaren for melding av avvik var tungvint, noe som førte til usikkerhet på hvordan avvik skulle føres.<sup>207</sup> En informant uttrykte imidlertid om at det var blitt lettere å melde enn tidligere, men at saksgangen var kronglete.<sup>208</sup> Andre informanter opplevde også at avviksmeldinger var blitt enklere etter overgangen til PC.<sup>209</sup>

---

<sup>201</sup> 12\_11\_18.

<sup>202</sup> 24\_28\_26; 40\_46\_39.

<sup>203</sup> 12\_11\_18.

<sup>204</sup> 30\_2\_24.

<sup>205</sup> 30\_2\_24; 34\_16\_36.

<sup>206</sup> Eksempelvis 6\_34\_27; 14\_25\_50; 26\_40\_23; 30\_2\_24; 37\_31\_27.

<sup>207</sup> 6\_34\_27; 25\_35\_29; 33\_14\_22; 43\_13\_18.

<sup>208</sup> 6\_34\_27.

<sup>209</sup> 12\_11\_18.

## 9 Personalansvar

### 9.1 Antall ansatte og bemanningssituasjon

Antall ansatte man eventuelt har personalansvar for er av stor betydning for rapporteringskravene for langtidssykemelding som pålagt av NAV. Bemanningssituasjonen, herunder hvorvidt alle stillinger er dekket og stabiliteten i arbeidsstokken, er meget viktig for å forklare forskjellen i hvor mye tid ledere har til andre oppgaver enn å sikre forsvarlig bemanning fortløpende. Har en leder mange ansatte, mange langtidssykemeldte eller ubesatte stillinger som medfører kronisk vikarbehov, kan vedkommende bruke store deler av arbeidstiden på å fylle opp turnus og følge opp sykemeldte.<sup>210</sup> Dette fører også til merarbeid knyttet til opplæring og å gi tilgang til nyansatte i ulike systemer.<sup>211</sup> Motsatt, med en stabil stab som reduserer sykefravær og jobb med bestilling av vikarer, muliggjøres delegering av lederoppgaver, og totalt sett gjøres jobben for en mellomleder enklere.<sup>212</sup>

### 9.2 Administrasjon

Blant informanter med personalansvar, primært sykepleiere, er det en del misnøye rundt mange heterogene og dels økende arbeidsoppgaver, især hvis arbeidsstokken er ustabil. Informanter med personalansvar investerer ofte mye tid på ansettelse, men dette skjer relativt sjelden så et tidsestimat er vanskelig å gi. Her anses også muligheten for at andre kan gjøre oppgaven som liten.<sup>213</sup> Flere sykepleiere med personalansvar mente at det nå gikk med mye tid til å skaffe nyansatte it-adgang, kontrakter og få de inn i lønssystem o.l.<sup>214</sup> De rent administrative oppgavene ved nyansettelser etterlyser flere informanter med personalansvar bedre støtte på (se også avsnittet **Savnet av støttefunksjoner og sekretærer**).<sup>215</sup>

I tilfeller med en ustabil arbeidsstokk og mye sykemeldinger, opplever sykepleiere med personalansvar at de bruker mye av arbeidstiden på å planlegge turnus og sikre at man er forsvarlig bemannet.<sup>216</sup> En informant anslo grovt at hun brukte 70 % av arbeidstiden på å organisere vakter.<sup>217</sup> Det å administrere lønn og holde seg oppdatert på lønssystem oppleves også som tidkrevende og uhensiktsmessig bruk av tid.<sup>218</sup> Det samme er tilfellet med personalsystemet GAT som flere foretak benytter.<sup>219</sup> En erfaren informant med personalansvar opplevde at rapportering rundt personalansvar hadde økt veldig de siste 10-15 årene, men at det var dels positivt fordi man hadde fått system på ting som tidligere ikke var organisert.<sup>220</sup> Andre ser ikke mye positivt i situasjonen, men er enig i at det har vært en økning som primært skyldes at avdelingslederne har fått flere oppgaver som lønns- og personalseksjonen tidligere tok seg av.<sup>221</sup> Informanter med personalansvar har som oftest også ansvar for mindre innkjøp og å svare for budsjett. Som enkeltoppgaver er dette noe de fleste ikke opplever å bruke mye tid på, men totalt sett kan slike oppgaver utgjøre litt tidsbruk og en del avbrudd.

<sup>210</sup> Eksempelvis informantutsagn 12\_11\_13; 16\_32\_11.

<sup>211</sup> 43\_13\_24; 49\_43\_19.

<sup>212</sup> Informantutsagn 14\_25\_30.

<sup>213</sup> 2\_9\_27.

<sup>214</sup> 11\_10\_15; 12\_11\_40; 13\_17\_24.

<sup>215</sup> Eksempelvis 13\_17\_24.

<sup>216</sup> 10\_3\_11; 11\_10\_22; 12\_11\_13; 13\_17\_13; 18\_48\_17.

<sup>217</sup> 13\_17\_13.

<sup>218</sup> 12\_11\_38; 14\_25\_23.

<sup>219</sup> 17\_36\_30.

<sup>220</sup> 8\_42\_31.

<sup>221</sup> 10\_3\_18; 12\_11\_38.



Personalansvarlige har også ansvaret for at de ansatte får utarbeidet årlige kompetanseplaner. Dette er i likhet med medarbeidersamtaler en av arbeidsoppgavene som ofte nedprioriteres i en travel hverdag på avdelingene ved at det ikke utarbeides<sup>222</sup> eller at man i stor grad kopierer fjorårets.<sup>223</sup>

### 9.3 Oppfølging og rapportering til NAV.

Som arbeidsgivere er sykehusene pålagt et strukturert oppfølgingsløp i regi av NAV. Senest etter fire ukers sykmelding skal oppfølgingsplan utarbeides i samarbeid mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Etter sju uker skal arbeidsgiver innkalle til dialogmøte; innen ni uker skal arbeidsgiver sende oppfølgingsplanen samt rapporteringsskjema med informasjon om oppfølgingsarbeidet til NAV; NAV innkaller til dialogmøte 2 senest innen 26 uker etter sykmelding. Arbeidsgiver er pliktig til å bidra og delta på alle disse punktene. Gjøres det ikke, følger sanksjoner i form av bot.<sup>224</sup>

For informanter med personalansvar er irritasjonen rundt NAV-kravene til oppfølging av langtidssykmeldte til tider betydelig, selv om de aller fleste ser nytten av oppfølging av langtidssykmeldte i en eller annen form.<sup>225</sup> Tidsbruken avhenger i stor grad av hvor mange ansatte man har direkte personalansvar for og i hvor stor grad disse er sykmeldte, da betydelig tid kan gå med til oppfølging av langtidssykmeldte.<sup>226</sup> Her kan det anes en forskjell mellom leger og sykepleiere med personalansvar, da sistnevnte som regel har direkte personalansvar for mange flere og at det muligens er ulik hyppighet i sykemeldinger i de to yrkesgruppene. En del informanter med personalansvar hadde hatt lite langtidssykemeldinger og derfor lite befatning med og formening om NAV-regimet.<sup>227</sup>

Mens et pålegg om møter for noen virker unødvendig, da de mener de ville hatt (og tidligere hadde) en dialog med den sykmeldte uansett, ser andre nytten av å ha noen fastlagte møtepunkt. Rapporteringskravet, i form av oppfølgingsplan og rapport etter henholdsvis 4 og 9 ukers sykemelding, er ofte et frustrasjonsmoment.<sup>228</sup> Som en informant ironisk uttalte "NAV er gode med skjemaer".<sup>229</sup> Det var imidlertid ikke alle som gav uttrykk for irritasjon over rapporteringskravet.<sup>230</sup> Det som ofte gir frustrasjon er mangel på fleksibilitet i regimet – har man en arbeidstaker som er gravid eller har brukket armen som er langtidssykmeldt, er det vanskelig å unngå å måtte følge NAVs krav, til tross for at det er overveiende sannsynlig at årsaken til sykmeldingen er forbigående.<sup>231</sup> Sanksjonsregimet med bøter er også

---

<sup>222</sup> 8\_42\_35; 11\_10\_16.

<sup>223</sup> 15\_30\_20.

<sup>224</sup> For en grundig forklaring av NAV-kravet og hvordan partene i arbeidslivet vurderer hensiktsmessigheten med den, se Ose m.fl. (2013) *Oppfølging av sykmeldte – fungerer dagens regime? Oppfølgingsplaner, dialogmøter, rapportering, kontroller og sanksjoner*. SINTEF, Teknologi og Samfunn, Avdeling Helse. Tilgjengelig på <http://www.sintef.no/uploadpages/314390/Rapport%20Oppf%C3%B8lging%20av%20sykmeldte%20-%20fungerer%20dagens%20regime%20april13.pdf> (210513).

<sup>225</sup> Eksempelvis 18\_48\_40.

<sup>226</sup> En informant anslo at for en person som var sykmeldt i 6 måneder, ville det gå med 2-3 dager til oppfølging 11\_10\_1. Se også 10\_3\_21; 12\_11\_16; 13\_17\_20; 14\_25\_13; 18\_48\_16.

<sup>227</sup> 2\_9\_28; 6\_34\_34; 15\_30\_28; 16\_32\_21.

<sup>228</sup> 8\_42\_34; 9\_50\_27; 10\_3\_21; 13\_17\_20; 18\_48\_16/40; 44\_20\_17.

<sup>229</sup> 13\_17\_20.

<sup>230</sup> 14\_25\_13; 16\_32\_21.

<sup>231</sup> 4\_21\_21; 8\_42\_34; 11\_10\_14; 16\_32\_21.

upopulært.<sup>232</sup> Det er delte meninger blant informantene om de synes NAV-regimet hjelper med å få ned sykemeldingstiden.<sup>233</sup> For foreslåtte endringer fra informantene, se avsnittet **NAV**.

## 9.4 HMS-arbeid

I en hverdag preget av tidspress oppgav flere informanter med personalansvar at de hoppet over medarbeidersamtaler<sup>234</sup> enn de som oppgav at de hadde det jevnlig.<sup>235</sup> Det var primært de som hadde ansvaret for sykepleiere som aktivt sa at de kuttet ut medarbeidersamtalene, da de som oftest har personalansvar for flere enn det leger i tilsvarende posisjon har. Selv om de ofte har dårlig samvittighet rundt dette, så oppleves det som vanskelig å sette av tid til medarbeidersamtaler. Man har derfor heller en "åpen dør-policy" der ansatte kan komme og diskutere problem ved behov,<sup>236</sup> i stedet for å ha strukturerte samtaler som ble dokumentert skriftlig.<sup>237</sup> Andre HMS-oppgaver som hjerte-lungeredning, og handlingsplaner i.f.t. brann, sikkerhet etc. ble sjelden nevnt som noe man brukte u hensiktsmessig mye tid på.<sup>238</sup> Dette var oppgaver som ofte var delegert fra ledere til verneombud eller andre av det rent kliniske personalet.<sup>239</sup>

---

<sup>232</sup> 10\_3\_21; 12\_11\_16.

<sup>233</sup> 12\_11\_16; 44\_20\_17.

<sup>234</sup> 11\_10\_16; 12\_11\_16; 13\_17\_18; 14\_25\_27.

<sup>235</sup> 8\_42\_33; 15\_30\_30; 44\_20\_15.

<sup>236</sup> 12\_11\_28; 14\_25\_27.

<sup>237</sup> 8\_42\_33.

<sup>238</sup> Unntatt 21\_15\_45 som opplevde at eksempelvis brannrunder tok uforholdsmessig mye tid.

<sup>239</sup> Eksempelvis 11\_10\_19.

## 10 Den vertikale aksen; dokumentasjon og rapportering til styringsformål og helseregistre

Statlige helsemyndigheter, regionale helseforetak og foretak har behov for informasjon som berører den kliniske driften av sykehusene som grunnlag for oversikt og styring av virksomheten. Med foretaksreformen kom et økt fokus på styring generelt og vektlegging av mål- og resultatoppfølging spesielt. Gjennom styringsdokumenter fra Helse- og omsorgsdepartementet til regionale helseforetak og krav til innrapportering til nasjonale registre gjennom lov og forskrift, som NPR o.l. pålegges foretakene å sørge for at det eksisterer teknologi og rutiner for å registrere/dokumentere og rapportere nødvendig informasjon til statlige organer eller myndigheter. I tillegg trenger selvsagt den lokale ledelsen på ulike nivå relevant styringsinformasjon. I praksis vil også den lokale ledelsen bruke mye av den samme informasjonen som det rapporteres på til de regionale helseforetakene og staten. Administrativ ledelse på ulike nivå og fagmiljøene nede på avdelingene kan ha ulike perspektiver på relevans og validitet av ulike styringsindikatorer og måltall. Måten de brukes på og graden av oppmerksomhet på enkeltparametere (som kan måles) på bekostning av forhold som er vanskeligere å måle (f.eks. kvalitet på behandling) er også et aktuelt tema.

Intervjuene med personell i førstelinjen og deres nærmeste leder har gitt oss informasjon om rapportering og kommunikasjon ut fra den enkelte posten/avdelingen og oppover i systemet. For ledere i en avdeling tilligger det stillingen en del administrativ oppfølging som innebærer rapportering og oppfølging som et ledd i helseforetakets drift og styring av virksomheten. Det er blant annet fokus på kvalitetssikring av aktiviteten/ avviksmeldinger på aktiviteten i avdelingene, økonomi, oppnåelse av styringsmål osv. Oppfølging av rapportering o.l. skjer dels gjennom møter i ulike lederfora, f.eks. på divisjonsnivå eller på avdelingsnivå. Se også avsnittet **Opplevd økning i rapportering, byråkratisering og krav om ad-hoc-rapporter**.

I tillegg til intern oppfølging av driften kommer oppfølging av nasjonale målsettinger knyttet til aktivitet, tilgjengelighet og kvalitet på tjenesten. Herunder kommer f.eks. ventetider (herunder forløpstider på kreft, fristbrudd), epikrisetid, korridorpasienter, strykninger av operasjonsprogram, infeksjonsmål osv.. Noen av disse indikatorene følges aktivt opp internt på linje med annen driftsmessig oppfølging. Det varierer i hvilken grad det kliniske personalet uten lederansvar er involvert i dette og i hvilken grad det griper inn i arbeidshverdagen. Noen slike indikatorer hentes ut fra de pasientadministrative systemene av personell i administrative stillinger høyere opp i foretaket, på regionnivå, eller av sentrale helseregistre basert på innrapportering fra foretakene. Tallgrunnlaget for andre indikatorer kan imidlertid være mer avhengig av særskilt manuell registrering og særskilt uthenting av informasjon fra ulike systemer fra ledere eller personale inne i avdelingene.

Hovedbudskapet i rapportering og dokumentering for bruk oppover i linjen er:

- Informantene forstår nytte av rapporteringen, men det oppleves ikke alltid så nyttig for en selv.
- Det er spørsmål om hva man prioriterer å bruke tiden på.
- Det er først og fremst ledere og overleger som opplever trykk på rapportering til styringsformål og forespørsler/oppfølging av måltall. Noen ganger delegerer overleger oppgaver til en sykepleier.
- Når det gjelder informantenes forslag til hvordan frigjøre tid til kjerneaktivitet foreslås følgende: I større grad å trekke inn annet personell til å bidra, bedre muligheter for å enkelt hente ut informasjon fra datasystemet, bedre support fra administrasjon.

## 10.1 Opplevd økning i rapportering, byråkratisering og krav om ad-hoc-rapporter

Svært mange oppgir å oppleve en klar økning i rapportering og oppfølging av aktivitets/styringstall. Det er også en frustrasjon at endringene i en del tilfeller oppfattes som økonomisk eller politisk motivert heller enn faglig. I tillegg til at man har en del fast oppfølging av styringsmål som medfølger lederfunksjonene, oppleves det også å være en økning i forespørsler fra ledelsen lenger opp om å få hentet ut spesielle tall eller få kartlagt bestemte forhold.

Informantene våre sa i varierende grad at økende rapporterings- og dokumenteringstrykk skyldtes økende sentralisering og byråkratisering av spesialisthelsetjenesten. Dette er mest utbredt blant mellomlederne som er de som i det daglige har dialogen med ledelse og administrasjon.<sup>240</sup> Noen mellomledere opplevde å motta mye epost der det ikke var klart hvordan man skulle forholde seg til dem,<sup>241</sup> og å bli innkalt til møter der lite ble gjort eller de følte seg overflødige.<sup>242</sup> Telefoner, epost fra og ulike møter med pasienter og pårørende såvel som administrasjon og ledelse oppleves som en frustrasjonsfaktor i en allerede hektisk hverdag.

En kontorsjef opplevde også at det tok en god del tid å rapportere tall oppover i linjen, men vedkommende så mer nytten i å bruke tid på det enn klinisk personell så.<sup>243</sup> En del av denne frustrasjonen går på ulike former for standardisering som ikke oppleves som sensitive til lokale forhold. En overlege uttrykte stor frustrasjon ved at det med noen års mellomrom kom handlingsplaner fra administrasjonen i foretaket som hadde liten rot i virkeligheten på avdelingsnivå.<sup>244</sup> En annen lege frustrerte seg over å sette et måltall på 20 % trombololysebehandling av slagpasientene, når det var svært sterke medisinskfaglige kriterier som måtte ligge til grunn for den enkelte behandling.<sup>245</sup> Flere overleger etterlyste at man styrte etter færre mål, som også har en høyere kvalitet.<sup>246</sup>

En del av frustrasjonen går også på at administrasjonen i sykehus og foretak på korte tidsfrister kan bestille rapporter, kalle inn til møter o.l., og mellomledere føler seg tvunget til å oppfylle kravene innen fristen.<sup>247</sup> En avdelingsoverlege som var relativt positiv til målstyring uttrykte det slik:

*Jeg er ikke imot mål, jeg er ikke imot å si at "vi skal ha null fristbrudd". Jeg tror at vi kan gjøre veldig mye med de ressursene vi har. Jeg blir svett når alle bare sier "ja men da må vi få mer ressurser". Det er det verste svaret jeg kan få. Jeg vet at det er fryktelig mye å hente på å gjøre ting på å jobbe på andre måter, men da trenger vi litt fred og det er for mye mas fra oven. Det er for mye som skal helt inn og opp i detalj."<sup>248</sup>*

Når det gjelder å være lydhør overfor tilbakemeldinger fra avdelingsnivå opplever mange informanter i liten grad å bli hørt.<sup>249</sup> En avdelingssjef hadde opplevd at foretakssjefen uttalte at han "ikke skjønnte at sykehusene torde å ha korridorpasienter, når styreleder [han selv] hadde sagt at det ikke skal forekomme". Informanten sa (sarkastisk) at uttalelsen var fin, men at de vitnet om lite kunnskap om hva som foregår på

<sup>240</sup> Eksempelvis 4\_21\_23; 10\_3\_42; 4\_21\_24.

<sup>241</sup> Eksempelvis 3\_18\_25; 15\_30\_22.

<sup>242</sup> 3\_18\_26; 5\_30\_51; 10\_3\_31; 27\_41\_39.

<sup>243</sup> 44\_20\_13.

<sup>244</sup> 3\_18\_31.

<sup>245</sup> 4\_21\_51.

<sup>246</sup> 1\_1\_50; 3\_18\_43.

<sup>247</sup> Eksempelvis 4\_21\_23; 10\_3\_42; 21\_15\_44.

<sup>248</sup> 1\_1 etter ca 46 minutter og 30 sekunder.

<sup>249</sup> Eksempelvis 13\_70\_30; 23\_22\_30; 26\_40\_44.

gulvet.<sup>250</sup> Mange opplever at de får for lite nyttig informasjon fra administrasjonen som de kan bruke i avdelingens daglige drift. Avsnittet **Tilbakemeldinger og kommunikasjon med ledelse** tar for seg denne problemstillingen nærmere.

En overlege irriterte seg over identiske eller nesten identiske forespørsler fra ulike instanser (Sykehus, Foretak, RHF) "Kreftforløpstider, det kommer fra tusen kanter" med spørsmål som man ikke kunne få ved automatisk datauttrekk hverken på avdelings- eller foretaksnivå, noe som førte til at man måtte telle manuelt, og deretter måtte informanten selv sende tall oppover i linjen. Når slike forespørsler kom på ulike tidspunkt, noe som krevde nytelling for å få oppdaterte tall, meldte vedkommende at det tok mye tid og at denne type rapporteringer var til stor frustrasjon i hele foretaket:

*Tilbakemeldingene er ganske sinte, altså. Det skaper enorm frustrasjon...dette gjøres av klinikere som, og må nesten gjøres av de fordi man må inn på operasjonsprogrammet...Jeg må gå igjennom på operasjonsprogrammet for hele 2012 og telle hvor mange vi har gjort av det inngrepet og se på hver enkelt pasienthistorie.<sup>251</sup>*

En annen overlege opplevde frustrasjon rundt liknende bestillinger fra administrasjonen i HF/Sykehus, der vedkommende på kort tidsfrist ble bedt om å redegjøre for hvordan man på avdelingen sikret pasientforløp, hentet inn informasjon om pasienters pårørende, sikret at pasientene har færrest mulige behandlere gjennom forløpet etc..<sup>252</sup> Disse frustrasjonene gjør seg klart i størst grad gjør seg gjeldende på overlegenivå, især blant de med administrativt ansvar.

## 10.2 Hvem rapporterer vertikalt

Det er svært varierende i hvilken grad informantene utførte aktiv vertikal rapportering, dvs. rapportering oppover i linjen som ikke genereres automatisk fra datasystemet pasientinformasjonen legges inn i (for avviksmeldinger se avsnittet **Avviksmeldinger/meldinger**). En del av respondentene henviser til at de selv ikke rapporterer oppover, men at dette er noe som kun gjøres i avdelings-, - eller klinikkleddelsen. En overlege sier at deres administrative enhetsleder står for registrering av kvalitetsmål, epikrisetider osv., men at overlegen får månedlige oversikter over aktivitet, kvalitetsindikatorer og andre relevante styringsparametere.<sup>253</sup> Vi tolker tilbakemeldingene slik at i mange tilfeller er ikke personalet på postene så mye i berøring med status for aktivitetsutvikling og en del av styringsmålene osv., men de registrerer ofte grunnlaget for tallene inn i det pasientadministrative systemet.

Majoriteten av sykepleierne hadde ikke befatning med denne typen rapportering, men enkelte spesialistsykepleiere rapporterte imidlertid til kvalitetsregistre som eksempelvis diabetesregisteret<sup>254</sup> eller hjerteinfarktregisteret.<sup>255</sup> I noen tilfeller hadde avdelingsoverlegen delegert det meste av det vertikale rapporteringsansvaret til en sykepleier.<sup>256</sup> Blant de intervjuede hjelpepleierne o.l. var det ingen som gjorde aktiv vertikal rapportering. Blant legene/psykologene rapporterte flere, et meget grovt anslag tilsier

---

<sup>250</sup> 4\_21\_32.

<sup>251</sup> 1\_1\_38, samt lydklipp 36 minutter og utover.

<sup>252</sup> 4\_21\_23.

<sup>253</sup> 7\_38\_21.

<sup>254</sup> Informant 35\_23\_24; 36\_29.

<sup>255</sup> 14\_25\_34.

<sup>256</sup> 2\_9\_32.

halvparten,<sup>257</sup> vertikalt,<sup>258</sup> noe som er naturlig i og med at med spesialisering følger gjerne et dedikert rapporteringsansvar. Kreftmeldinger ble i veldig varierende grad sendt av leger, mye avhengig av hvor i behandlingsforløpet de mottok pasienten – en lege på palliativ avdeling vil sjelden sende inn kreftmelding på en pasient som er døende av kreft. Når det gjelder nytten av rapportering av krefttilfeller eller rapportering til sentrale kvalitetsregistre som diabetesregisteret, hjerteinfarktregisteret, neonatalregisteret etc. var det svært få som så dataene i seg selv som unyttige, og noen syntes slike data var nyttige og kunne til en viss grad brukes som sammenligningsgrunnlag for egen avdelings situasjon<sup>259</sup> og/eller for egen forskning.<sup>260</sup>

Når det gjelder avdelingssykepleiere rapporterte flere av disse lite eller intet vertikalt, men mottok rapporter med jevne mellomrom på avdelingens produksjon som de måtte svare for.<sup>261</sup> På en avdeling var det en rent administrativt ansatt ikke-kliniker som stod for den vertikale rapporteringen av mye av aktivitetsmål.<sup>262</sup> Avdelingslederen på en annen avdeling hadde "outsourcet" mesteparten av rapporteringen på aktivitetsmål og økonomi til en merkantilt ansatt.<sup>263</sup> På førstnevnte avdeling var også frustrasjonen rundt rapportering og dokumentering lav. Det bør nevnes at de ansatte på denne avdelingen rapporterte om et relativt mildt arbeidspress. På sistnevnte avdeling gjorde sekretæren svært mye av rapporteringsarbeidet og avlastet slik avdelingslederen. Tidsbruken var imidlertid ikke spesielt effektiv grunnet til dels svært tregt it-materiell (se for øvrig avsnittet **Funksjonalitet i programvare**).<sup>264</sup>

Overleger og leger i spesialisering rapporterer også til spesialistforeningen o.l. på egen medisinsk aktivitet.<sup>265</sup>

Kjennskapen til hva som gjøres av aktiv rapportering oppover i linjen blant de som selv ikke gjør det er til dels nokså liten, men de fleste kjenner til at aktivitetsmål o.l. trekkes ut fra pasientdokumentasjonen samt at avdelingen gjør rapportering til enkelte kvalitetsregistre. Noen sekretærer eller sykepleiere henter imidlertid ut data selv, eller får rapporter tilsendt. En sykepleier med personalansvar på poliklinikk syntes aktivitetsoversikter var nyttige fordi de da kan dokumentere hva avdelingen gjør med den bemanning de har og slik kunne synliggjøre at de har det travelt. En sekretær forteller at oppgaven med å hente ut månedlige aktivitetsoversikter fra poliklinikken fort tar 2-4 dager i måneden, både p.g.a. innhold og ikke minst dårlig datautstyr og systemer. For hver ansatt skal det hentes ut f.eks. henvisninger mottatt; avvísninger; ventetid sluttdato i perioden; førstegangskonsultasjoner; tiltak med refusjon; telefonkonsultasjoner; tiltak uten refusjon; pasienter uten oppmøte; vurderingsfristbrudd; fristbrudd; pasienter på venteliste som ikke satt i gang; ventetid over 65 dager igangsatt; konsultasjonsserier etc. Vedkommende sier det har blitt både mer detaljert og nye oppgaver. Før var det nesten ikke rapportering, mens de nå bl.a. skal finne ut hvor mange av pasientene som har fått en diagnose. Informanten sier at det kanskje er litt unyttig og at de som vil ha informasjonen burde kunne ta de ut selv f.eks. måltall på diagnoser.

---

<sup>257</sup> Leger og psykologer som eksplisitt oppgav at de ikke rapporterte vertikalt: 20\_6\_53; 22\_19\_25; 23\_22\_31; 26\_40\_25; 27\_41\_35; 28\_45\_27; 29\_49\_29.

<sup>258</sup> Eksempelvis 23\_22\_31.

<sup>259</sup> 5\_26\_30; 36\_29\_28.

<sup>260</sup> 25\_35\_14.

<sup>261</sup> 11\_10\_33; 13\_17\_33; 14\_25\_34; 15\_30\_23; 16\_32\_31; 17\_36\_19; 18\_48\_28.

<sup>262</sup> 7\_38\_21.

<sup>263</sup> 8\_42\_45.

<sup>264</sup> 49\_43\_13/36.

<sup>265</sup> 5\_26\_28; 19\_4\_38.

### 10.2.1 Tilbakemeldinger og kommunikasjon med ledelse

Hensikten med dokumentasjon og rapportering avhenger av at man ser at det man dokumenterer og rapporterer kommer en selv eller andre til gode. I så måte er tilbakemeldinger fra og kommunikasjon med ledelse viktig, især for mellomledere som skal være lojale både overfor egne ansatte og ledelsen. En del av informantene var mindre fornøyd med kommunikasjonen med ledelsen i sykehus og/eller foretak.<sup>266</sup> Flere informanter opplevde at de ikke ble hørt oppover i systemet utover avdelings- eller klinikknivå.<sup>267</sup> Dette er i skarp kontrast til hvordan informantene opplevde takhøyden på den enkelte avdeling. Samtlige informanter opplevde at de kunne diskutere problemstillinger rundt rapportering mer eller mindre åpent på avdelingen, og nesten samtlige oppgav at de ble tatt på alvor hvis de hadde noe på hjertet.

Tilbakemelding ovenfra kan ved første øyekast se ut til å være mest relevant for ledere, da informanter uten personalerfaring i liten grad gjør aktiv vertikal rapportering og derfor i liten grad får rapporter ovenfra på aktivitet,<sup>268</sup> noe enkelte også gav uttrykk for at de savnet og hadde etterspurt.<sup>269</sup> Dette gjelder i stor grad for avviksmeldinger, se for øvrig avsnittet **Avviksmeldinger/meldinger**. Tilbakemelding som føles nyttig til andre ansatte enn de med personalansvar/annet ansvar kan imidlertid hjelpe på forståelsen på hvorfor man må registrere diagnose- og prosedyrekoder, hvorfor man bør melde avvik etc., og slik også kunne gjøre datakvaliteten og styringen bedre og frustrasjon rundt rapportering mindre.

Aktiv rapportering oppover i linjen til administrasjon og ledelse føles av noen som at man forer et "svart hull" der man får lite igjen. En sykepleier med personalansvar oppgav at hun især på personalsiden måtte rapportere oppover til stramme tidsfrister, men at tilbakemeldinger ovenfra tok svært lang tid uten å få tilbakemelding om at det ville ta litt tid.<sup>270</sup> Et eksempel på manglende kommunikasjon med ledelsen ble gitt av en hjelpepleier. Mens sykepleierne på post kunne lese legenes polikliniske notat, så hadde de ikke tilgang til sykepleieres polikliniske notat. Dette medførte at all kommunikasjon mellom sykepleiere på poliklinikk og post foregikk muntlig. Ansatte på avdelingen hadde sagt ifra om dette til ledelsen, uten å få noe svar.<sup>271</sup>

Likeledes ser en del ICD10 registreringer mest som et instrument for ISF (se for øvrig avsnittet **ICD10-koder, andre koder og registrering**), mens man sjelden oppfatter det som et nyttig planleggingsverktøy for egen avdelings aktivitet. Dette kan skyldes at en del ikke opplever å få nyttig informasjon på aktivitet fra ledelse og administrasjon.<sup>272</sup> En del melder imidlertid om at de får nyttig styringsinformasjon ovenfra,<sup>273</sup> eller fra merkantilt ansatte på avdelingsnivå<sup>274</sup> og at det er nyttig når man skal argumentere for mer ressurser.<sup>275</sup> Noen opplever imidlertid at grunnet en ressursmessig presset situasjon så er aktivitetstall av begrenset interesse da handlingsrommet er meget begrenset, og kan virke som å strø salt i såret.<sup>276</sup> I enkelte tilfeller opplever mellomledere hyppige og tidkrevende forespørsler fra samme administrasjon og ledelse på samme nivå. Dette er en viktig kilde til frustrasjon blant flere mellomledere (se også avsnittet

---

<sup>266</sup> 4\_21\_66; 7\_38\_44.

<sup>267</sup> 1\_1\_53; 3\_18\_47\_13\_17\_44; 22\_19\_29; 27\_41\_48.

<sup>268</sup> 21\_15\_17.

<sup>269</sup> 21\_15\_52.

<sup>270</sup> 14\_25\_52.

<sup>271</sup> 45\_24\_22.

<sup>272</sup> 1\_1\_37; 5\_26\_25; 6\_34\_36.

<sup>273</sup> 4\_21\_27; 11\_10\_33; 17\_36\_19.

<sup>274</sup> 7\_38\_21; 8\_42\_54.

<sup>275</sup> 17\_36\_19; 49\_43\_23.

<sup>276</sup> 12\_11\_44; 15\_30\_23.



**Opplevd økning i rapportering, byråkratisering og krav om ad-hoc-rapporter).**<sup>277</sup> Informanter med medisinsk fagansvar får rapporter tilbake på de kvalitetsregistrene de rapporterer til, men hvorvidt dataene oppleves som nyttig spriker veldig.<sup>278</sup>

### 10.3 Ønske om mer fokus på kvalitet

Mange er opptatt av kvalitetsindikatorer og en generell holdning blant legene er ikke uventet at man i større grad ønsker å kunne måle kvaliteten på behandlingen gjennom å se hvordan utfallet for pasientene er. En lege savner dokumentasjon på om det faglige arbeidet avdelingen gjør er godt nok, og sier at det generelt sett i liten grad stilles spørsmål ved den innholdsmessige kvaliteten i eksisterende kvalitetsindikatorer og kontrollregimer. Han bruker et eksempel hvor man må fylle ut masse skjemaer som skal til fylkeslegen og sier det vi blir målt på er om alt er krysset ut, ikke på om det faglige er godt nok.<sup>279</sup>

De nasjonale kvalitetsindikatorerne i regi av Helsedirektoratet er i hovedsak struktur og prosessindikatorer som kan si noe om utvalgte egenskaper ved sykehusene, forekomst av bestemte hendelser, eller hva som ble gjort når. Noen påpeker at noen av indikatorene, f.eks. epikrisetid, i deres øyne ikke har så mye med kvalitet å gjøre og at det lett kan bli mer fokus på selve registreringen heller enn innholdet. En overlege mente at mange avdelinger nok overvurderer kvaliteten på sin egen behandling. Vedkommende ønsket mer systematisk registrering av kliniske endemål, slik som overlevelse og komplikasjoner, symptomkontroll og i enkelte tilfeller også pasienttilfredshet. Han savnet å bli gått nærmere etter i sømmene på kvalitet, mens han var frustrert over fokuset på antallet åpne dokument (dokument som ikke er signert og lukket).

En sykepleier med personalansvar meldte at aktivitetstallene hun fikk tilsendt fra ledelsen ikke gjenspeilte kvaliteten i behandlingen som ble gitt, og hun mener det noen ganger var et motsatt forhold mellom kvalitet i behandling og økonomisk situasjon.<sup>280</sup>

Selv om de fleste informantene ikke uttrykte frustrasjonen på denne måten, opplever klinisk personell at det er stort sprik mellom de indikatorene man styres etter som skal måle kvalitet og kvantitet i produksjonen, og den faktiske kvaliteten på behandlingen ved at det favoriserer "*prosedyrer over tanke- og pasientarbeid*".<sup>281</sup> En informant sa det nokså treffende når han sa at det var økende grad av irritasjon på rapportering av tall som er interessante i seg selv, men som ikke sier noe om kvalitet.<sup>282</sup> Dette gjenspeiler at det er lite av rapporteringen, registreringen og dokumenteringen som oppleves som totalt unyttig, men den opplevde relevansen varierer i stor grad og variasjoner i holdninger til relevansen kan i betydelig grad måles opp mot hvor direkte det kan relateres til pasientbehandlingen. For informantene er dette et spørsmål om hvordan man bruker den tiden man har tilgjengelig.

Kvalitetsregistrene nevnes som aktuelle kilder til utfallsmål, mål som sier noe om resultatet av behandlingen. Samtidig er det ikke alltid kapasitet til å følge opp registreringen på en god måte fra legesiden, spesielt når antallet registre det skal rapporteres til øker. På noen sykehusavdelinger tar fagsykepleier e.l. seg av dette.

---

<sup>277</sup> 1\_1\_37; 4\_21\_24.

<sup>278</sup> Nyttig 36\_29\_28; Unyttig/upålitelig 35\_23\_24.

<sup>279</sup> 9\_50\_30.

<sup>280</sup> 12\_11\_44.

<sup>281</sup> 3\_18\_32. Se også informantutsagn 4\_21\_31/51; 21\_15\_22; 29\_49\_19; 39\_44\_36.

<sup>282</sup> 7\_38\_31.



Vi har i denne undersøkelsen ikke gått videre inn i problematikken rundt hva som er relevante kvalitetsmål og muligheten for å få gode data på dette. Overlevelse etter behandling er nevnt av flere som relevant informasjon. Helsedirektoratet publiserer i dag overlevelse 30 dagers etter innleggelse for hjerteinfarkt, hjerneslag og lårhalsbrudd. De er imidlertid forsiktige med å tolke forskjeller mellom sykehus som kvalitetsforskjeller. På nettsiden Helsenorge.no hvor tallene er publisert står det:

*Overlevelsesindikatorne egner seg ikke for rangering av sykehusene. Forskjellen i overlevelsestall mellom de fleste sykehusene er som regel såpass beskjedne at det er usikkert om forskjellene er reelle. Det er verd å merke seg at de minste sykehusene rent tilfeldig lett kan havne høyt opp eller langt nede på listen.*

Dette synliggjør noe av utfordringene med å finne gode kvalitetsmål som oppfattes som faglig relevante og samtidig kan måles på en slik måte at det er mulig å sammenligne sykehus/avdelinger.

## 10.4 Eksempler på styringsindikatorer som følges opp

### 10.4.1 Ventetider og fristbrudd

For avdelinger som driver elektiv virksomhet er det stort fokus på ventelistene og det å holde ventetiden nede. For å ha en reell og riktig venteliste kreves det at det jevnlig ryddes i den. Det synes også å være vanlig at oversikter sendes ut i avdelingene for kvalitetssikring. Dette brukes det en del tid på (sykepleiere, sekretær, pasientkoordinator), men det oppfattes å gi gevinst ved at ventelisten blir kortere og mer riktig, selv om enkelte meldte om at arbeidet med fristbrudd slik det foregår nå ikke var meningsfylt (se nedenfor). Ventetid/forløpstider og antall fristbrudd monitoreres nasjonalt og dette følges tett opp i foretakene. Foretaksledelsen signaliserer ofte at dette har svært høy prioritet og at man ikke skal ha noen fristbrudd. Det synes å være ganske vanlig at måltall knyttet til f.eks. ventetider mer enn for andre indikatorer følges opp på lavt nivå i organisasjonen. Det kjøres ut månedlige lister osv. som fagmiljøene må forholde seg til. Holdningen til dette blant det kliniske personalet varierer, men mange leger er kritiske til det svært store fokuset på fristbrudd. En lege sier at det begynner å bli håpløst og at det er kun økonomisk styrt, ikke medisinskfaglig. Vedkommende var positivt innstilt til prinsippet om rettighetsbasert behandling, men var frustrert over hvordan det ble håndhevet. For hans del ville en uke over fristen ikke bety noe medisinskfaglig sett, men i målingen av dette blir det registrert som fristbrudd hvis man går en time over.<sup>283</sup> En annen sier det bare er kosmetikk å bruke tid på plassering av pasienter i tidspunkt for å hindre fristbrudd, at det ikke hjelper pasientene til reelt å få tidligere behandling. I ett tilfelle oppgav en informant, som så hensikten med fristbrudd, at det store fokuset på fristbrudd medførte at de for å unngå dette måtte utrede ukompliserte pasienter på bekostning av pasienter de visste hadde en mer alvorlig diagnose.<sup>284</sup> En psykolog med personalansvar opplever at det til tross for mange på venteliste var det vanskelig å øke kapasiteten gjennom å få flere ansatte, f.eks. sekretær.<sup>285</sup> Vedkommende hadde ikke myndighet til å ansette og det var en stor prosess å få ansatt noen, derfor arbeidet vedkommende selv mer med pasienter enn det som lå i stillingen. En overlege ved et annet sykehus sa de overbooket for å unngå fristbrudd og at dette førte til mindre tid med pasienten enn de skulle ønske.

---

<sup>283</sup> 4\_21\_31.

<sup>284</sup> 24\_28\_24.

<sup>285</sup> 8\_42\_11.

På grunn av mye fokus på ventelistene får dette høy prioritet, og spesielt dette med å unngå fristbrudd. En kontorsjef sa at rapportering på avdelingsnivå generelt ofte ble nedprioritert, men at de hadde veldig fokus på 3-4 rapporter som fristbrudd, signering av dokumenter (prøvesvar, epikriser o.l.), epikriser innen 7 dager og at det hadde gitt gode resultater.<sup>286</sup> En annen sa at de klart brukte for mye tid på dette, at rapportering på ventelister var krevende og at især leder på inntakskontoret brukte mye tid på dette. Hun syntes det var nødvendig med ryddejobben i ventelistene som ble gjort ved innføringen av kravet, da det da var mye feilregistreringer, men slik implementeringen hadde blitt, jobbet *"alt for mange alt for mye med dette"*.<sup>287</sup>

### 10.4.2 Korridorpasienter

Antall pasienter på korridor er en nasjonal kvalitetsindikator og resultatene for HF 'ene legges ut på internett. Dette er en indikator som krever at personalet i avdelingen gjør manuell optelling klokka 7 hver morgen. Svært få av de intervjuede fokuserte spesielt på denne, kanskje fordi dette er i hovedsak et problem på noen avdelinger. En sykepleier ved en medisinsk avdeling framhevet viktigheten av å telle korridorpasienter og at det medfører bedre samarbeid innad i medisinsk divisjon. En annen informant fra et annet sykehus syntes også det var nyttig fordi det synliggjør arbeidsmengden de har. Samtidig sa vedkommende at det var ikke matnyttig når styreleder i helseforetaket uttalte at vedkommende ikke skjønnte at de "turte å ha korridorpasienter", når han hadde sagt at det ikke skulle forekomme. Dette mente vår informant var et tydelig tegn på at styreleder ikke skjønnte hva som skjer på "gulvet" i sykehuset.<sup>288</sup>

### 10.4.3 Epikrisetid

Når det gjelder epikrisen er det to forhold som opptar informantene. Det ene er vurderinger av epikrisetid innen 7 dager som nasjonal kvalitetsindikator og det andre er arbeidet med innholdet i epikrisen og nytten av denne for de som skal overta pasienten, som regel fastlegen. Også på dette temaet er det noe variasjon i holdninger og vurderinger hos våre informanter.

Noen informanter var bekymret for at fokuset på 7-dagersfristen for å sende ut epikrise gikk ut over kvaliteten på innholdet i epikrisen. Tidspress bidrar til at man gjør det enklest mulig- og skriver epikrisen på for kort tid. Andre mente epikrisen burde vært ferdig når pasienten ble utskrevet, også fordi man da har pasienten friskt i minne. Det vektlegges også at skriving av epikriser kommer på toppen av alt annet og at man må prioritere tidsbruken på de pasientene det haster mest for, f.eks. de som skal henvises videre den dagen. I tillegg vektla noen informanter at hos dem får pasienten med seg en foreløpig epikrise, som ofte ikke avviker mye fra den endelige. Den registrerte epikrisetiden slik den offisielt måles gjenspeiler derfor ikke alltid at informasjon ikke er gitt tidligere.<sup>289</sup>

En kontorsjef viste forståelse for at legene syntes det er u hensiktsmessig mye tid som går med til å få sendt ut alle epikrisene innen fristen. Hun kommenterte at legene hadde "protestert" ved å sende ut epikrisene litt etter fristen- på dag 8 eller 9 for å vise at dette var ikke deres hovedprioritering. Samtidig kan en tolkning av dette være at de har forståelse for hensikten med å sende ut epikrisene raskt.

---

<sup>286</sup> 44\_20\_41.

<sup>287</sup> 47\_33\_28.

<sup>288</sup> 4\_21\_32.

<sup>289</sup> Eksempelvis 21\_15\_22.

I en del avdelinger der man ikke hadde innført talegjenkjenning klarte man ikke å overholde utsendingsfristene p.g.a. underbemanning på sekretærer. En relativt fersk sekretær opplevde at det i perioder med lav bemanning hadde vært mye rot med 7-dagersfristen på epikrisetider og fristbrudd, noe som igjen hadde ført til påpakning ovenfra. På vedkommendes avdeling hadde enkelte tidligere skrevet fiktive datoer som gav "korrekte" tall, men at de nå hadde sluttet med det da hun ikke ønsket å bedrive tallmanipulasjon, især siden man da ville glatte over at man har det meget travelt og derfor bryter disse to tidsfristene.<sup>290</sup>

#### 10.4.4 Tvang i psykisk helsevern

En viktig indikator innen psykisk helsevern for voksne er omfang av tvangsinnleggelse. Informantene fra en voksenpsykiatrisk avdeling rettet et kritisk blikk på bruken av tvang som kvalitetsindikator innen psykisk helsevern og fokuset på at tvangsbruken skal ned uansett hvilket nivå av tvangsbruk man befinner seg på i utgangspunktet. En leder ved avdelingen mente de hadde samme krav på seg om reduksjon i tvang selv om de lå langt under enkelte andre sykehus. Vedkommende sier:

*Det er fint, men det hva skal man gjøre? Samme med suicid, det er utopisk å se for seg at det aldri skal skje. Hadde vi hatt et akutt rusmottak ville vi fått ned innleggelsene mye. Mye fyll og røl, pasienter som utagerer i fylla osv. Det ville påvirket tvangsbruken i sykehuset mye.<sup>291</sup>*

Informantene på avdelingen mente også det var unødig mye tid som gikk med til dokumentasjon og rapportering av tvangsvedtak, fordi dette skrives både i journal, i det pasientadministrative system og rapporteres til kontrollkommissjonen.

#### 10.4.5 Holdning til innsatsstyrt finansiering (ISF)

ICD10-diagnoseregistreringen knyttet av våre informanter mest opp mot ISF, og ikke så mye mulighetene for å bruke måltall på egen avdeling eller muligheten for forskning ved hjelp av data som rapporteres til sentrale helseregistre. Misnøye ved ICD10-kodingen inn i det pasientadministrative system kan derfor til en viss grad sies å være knyttet opp mot ISF-systemet, selv om andre faktorer også er viktige for å forklare hvorvidt man ser tid-nyttevurderingen av diagnose- og prosedyrekoder som positiv eller negativ. Noen, spesielt leger, er kritiske til tidsbruken. En overlege følte at hans avdeling brukte uforholdsmessig mye energi på koding for å skaffe penger. Selv om han mente man burde ha både ISF og rammefinansiering, opplevde han at instrumentet som brukes (DRG) genererte mye arbeid og at resultatet ble skjævt avdelingene imellom. Han anså hoveddiagnosekodene som stort sett greie men opplevde at bidiagnosekodene, som bare kanskje genererer ekstraintekter, som meningsløse.<sup>292</sup>

Andre tar mindre stilling til selve systemet, og velger å forholde seg til det slik det er. En sykepleier mente at alle har et økonomisk ansvar, og at når finansieringssystemet var basert på koding, så var det viktig at man kodet så det ikke skulle slå økonomisk tilbake på ens egen avdeling.<sup>293</sup>

---

<sup>290</sup> 49\_43\_23.

<sup>291</sup> 9\_50\_34.

<sup>292</sup> 4\_18\_32.

<sup>293</sup> 30\_2\_29.

En lege med personalansvar så nytten av å ha en stykkprisfinansiering av avdelingen og at man ble "holdt litt i øra". Informanten mente at holdningen til IDC-10 og ISF-løsningen til en viss grad var avhengig av hvor man stod politisk,<sup>294</sup> men hadde i likhet med en god del andre leger størst frustrasjoner rundt implementeringen av dagens ISF-ordning.<sup>295</sup> Andre var oppgitt over ISF-ordningen i seg selv, men hadde mindre problemer med implementeringen da kodingen tok liten tid.<sup>296</sup> En uttrykte stor skepsis og pekte på at ordningen kan gi overbehandling hvis det lønner seg.<sup>297</sup> Alt i alt er det en varierende grad av frustrasjon rundt ISF-delen av styringen av norske sykehus og hva det medfører av rapportering. Frustrasjonen er størst på ledernivå,<sup>298</sup> men en god del velger å akseptere at systemet er slik for å unngå irritasjon<sup>299</sup> og en god del ser nytten av å ikke bare ha rammefinansiering.<sup>300</sup>

## 10.5 Registre og særskilte rapporteringer

Helseforetakene er gjennom helseregisterloven pålagt å rapportere til sentrale helseregistre (se <http://www.helseregistre.no>). Herunder kommer blant annet Kreftregisteret, Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS), Hjerne- og karregisteret, Norsk pasientregister mm. I tillegg finnes det i dag ca. 200 medisinske kvalitetsregistre, hvorav ca. 19 har status som nasjonale registre. Kvalitetsregistrene er i hovedsak samtykkebaserte, til forskjell fra de sentrale helseregistrene. Innrapportering til kvalitetsregistrene er ikke en pålagt oppgave hjemlet i lov, men basert på fagmiljøenes egenmotivasjon. Vi har snakket med et begrenset utvalg avdelinger ved norske sykehus og type innrapportering disse gjør avhenger av type avdeling.

Flere påpeker at de merker veksten i registre. De fleste, men ikke alle, synes likevel å anerkjenne nytten av innrapportering til ulike registre og lignende, men det kan variere i hvilken grad dette prioriteres i en travel hverdag, spesielt hvis informasjonen ikke brukes lokalt. Dette gjør også at noen stiller spørsmålstegn ved kvaliteten på dataene som faktisk sendes inn. Dette illustrerer generelt en fare ved mange typer rapporteringer hvis de som rapporterer ikke føler tilstrekkelig eierskap til egne data og kvaliteten ikke følges opp. Man oppfylder kravet og sender inn data, men ikke alltid med god kvalitet. Noen skiller klart mellom rapportering til kvalitetsregistre o.l. og det en informant kaller "byråkratisk generert rapportering" som, ifølge informanten, ikke er pasientrettet og som man ikke kan prioritere på grunn av mangel på tid.

Endret arbeidsfordeling på rapportering mellom leger og annet helsepersonell er av mange leger lansert som en måte å effektivisere rapporteringsarbeidet på og mange etterlyser mer bruk av merkantilt personell også. På en avdeling gjorde også merkantilt personale mye av denne jobben. En overlege sier rapportering til helseregistrene kunne vært gjort av sykepleiere, som vedkommende mener har et mye nærmere forhold til pasientene. Unntaket er likevel kreftmeldinger, mener denne informanten. En del spørsmål i rapporteringen til kvalitetsregistre går på sosiale og ikke rent medisinske forhold og dette har ifølge informanten sykepleierne uansett mye bedre oversikt over, mens legene må gå inn i journal og det tar

---

<sup>294</sup> 1\_1\_37.

<sup>295</sup> 1\_1\_37; 3\_18\_32.

<sup>296</sup> 7\_38\_25; 21\_15\_17.

<sup>297</sup> Eksempelen som ble brukt var stråling mot svulster. Mens informanten mente 6-7 strålinger i snitt var tilstrekkelig, kunne han vise til andre institusjoner som gjennomførte 15 strålinger fordi det lønner seg i dagens ISF-system.

7\_38\_25.

<sup>298</sup> Eksempelvis 13\_17\_30; 20\_6\_29.

<sup>299</sup> 7\_38\_23; 8\_42\_18.

<sup>300</sup> Eksempelvis 1\_1\_37; 8\_42\_19.

lengre tid. Noen steder har man allerede arbeidet godt med dette, mens andre sykehusavdelinger ser mye potensiale i at andre enn legene gjør grunnarbeidet på dette.

Tungvinte løsninger p.g.a. manglende integrasjon mellom journalsystem og pasientadministrativt og lite muligheter for å trekke informasjon direkte fra journalsystemet er en gjenganger i tilbakemeldingene fra informantene i denne undersøkelsen (se avsnittene **Synkronisering mellom ulike programvarer** og **Automatisering av datauttrekk**).

Mange av avdelingene behandler kreftpasienter i større eller mindre omfang og må derfor melde til kreftregisteret. Ganske mange av informantene angir at dette er tidkrevende i en hektisk hverdag, men er selvsagt avhengig av hvor mange kreftpasienter den enkelte avdeling har. Det er ofte overleger/leger som har ansvar for denne oppgaven, og en vanlig kommentar til arbeidet med slike meldinger er at mye av dette kan gjøres av annet personell, som en dedikert sykepleier eller sekretær. Noen mener likevel at deler av dette bør gjøres av leger. Tidsbruken angis å være forskjellig. Mens noen antar at de bruker 5 minutter, sier en annen at det fort kan ta 30. En overlege som anga at kreftmeldinger tar ca. fem minutter sier at dette ikke prioriteres veldig høyt og vedkommende mener, med henvisning til Sverige, at arbeidet med fordel kunne vært gjort av sykepleiere.

*Hvis du har en dedikert sykepleier som gjør en ting, så gjør de det veldig godt fordi de er veldig samvittighetsfulle. Vi får jo brev om kreftmeldinger som skulle vært sendt inn for 2 år siden. Det kan du jo bare spørre Kreftregisteret om.<sup>301</sup>*

Data som innrapporteres til Norsk Pasientregister (NPR) hentes ut fra det pasientadministrative systemet og inkluderer mye informasjon om den enkeltes kontakt med sykehusene; hvor pasientene kommer fra, medisinske opplysninger, datoer for henvisning og behandling osv. Dette er standardinformasjon som legges inn for alle pasienter og det er i mange tilfeller informasjon som helseforetakene selv kan ha bruk for i sin styring av virksomheten. De fleste på grunnplanet i organisasjonene vil kanskje ikke ha et aktivt forhold til hvilke data som innrapporteres til NPR for nasjonal oppfølging. Et viktig unntak er antakelig koding i forbindelse med Innsatsstyrt finansiering (ISF) og informasjon knyttet til ventetider og fristbrudd.

---

<sup>301</sup> 20\_6\_39.

## 11 Rapporteringstrykk

Hvor mye rapportering og dokumentering den enkelte ansatte i spesialisthelsetjenesten gjør, varierer i svært stor grad. Mengden avhenger av profesjon. Klinisk støttepersonell som ikke har kontorarbeid gjør ofte svært lite rapportering og dokumentering. Også spesialitet spiller inn, og for sykepleiere vil pasientdokumentasjonen per pasient på en sengepost være mer omfattende enn på en poliklinikk. Mens enkelte sykepleiere på noen (men ikke alle) somatiske poliklinikker i veldig liten grad dokumenterte og rapporterte, opplevde informantene innen psykisk helsevern, dog med ett unntak, at rapporteringsmengden er stor. Det kan imidlertid synes som om den viktigste faktoren for å forklare graden av frustrasjon med rapportering, dokumentering og registrering ikke er hvor mye man gjør av det, men tidspresset på arbeidsoppgavene totalt sett. Totalt sett er det betydelig grad av frustrasjon rundt rapporterings- og dokumentasjonsmengden. Det er likevel med viktige unntak der man enten ikke følte man brukte mye tid på rapportering og dokumentering, eller at den tiden man brukte på dette var nyttig. Å anslå den totale tidsbruken på rapportering og dokumentering hos våre informanter er derfor både vanskelig og lite hensiktsmessig, da det i stor grad avhenger av hvilke arbeidsoppgaver man har. Er man lege med personalansvar må man både føre pasientdokumentasjon, herunder diagnose- og prosedyrekoder, svare på ad-hoc-forespørsler fra sykehus og foretak, dokumentere og rapportere på turnus, lønn og annet som har med personalansvar og gjøre og man har i kraft av sin spesialitet gjerne ansvar for særskilte meldinger til kvalitetsregistre eksempelvis Kreftregisteret. En sykepleier på poliklinikk uten personalansvar vil noen ganger ikke skrive pasientdokumentasjon selv og kun informere tilstedeværende lege om viktige momenter som bør være med i det polikliniske notatet, og unntaksvis selv føre notat. Tiden disse to eksemplene på profesjonsgrupper bruker på rapportering og dokumentering er derfor svært ulik fordi de har ulike arbeidsoppgaver.

I det store og det hele er det ikke enkeltstående rapporterings- og/eller dokumenteringskrav som er drivkraften bak frustrasjonen hos informantene i denne undersøkelsen, selv om mindre pasientnært arbeid gjerne frustrerer mest. Majoriteten av respondentene kunne ikke peke på rapporterings- eller dokumentering, som de brukte mye tid på, og som de så som kvalitativt unyttige. En erfaren overlege frustrerte seg over den totale mengden rapportering og organiseringen av sykehuset, og uttrykte holdningen til om rapporteringen var nyttig på en måte som representerer mange andre i undersøkelsen. *"...det er ingenting av de som er kvalitativt dårlig sånn sett, det. Nei det vil jeg ikke si".*<sup>302</sup> Men samtidig er det en del leger etterlyser bedre sammenligningsgrunnlag på kvaliteten i behandlingen.

Det er snarere mange enkeltkrav som i varierende grad føles hensiktsmessige, som til sammen frustrerer. Tilføyelsen av nye skjema og registre er til irritasjon. Når det i tillegg er en oppfatning av at "det man ikke har dokumentert har man heller ikke gjort", så fører det fort til at også mengden pasientdokumentasjon blir stor. Psykisk helsevern står muligens i en særstilling når det gjelder pasientdokumentasjon. En ansatt innen voksenpsykiatrien oppga at enkelte pasienter kan ha journaler på 100 sider.

Mellomledere som blir bedt om å bidra med innspill oppover i linjen, både i form av rapporter med kort frist og møter som ikke oppleves som nyttige. Mange opplever frustrasjon rundt dette. se for øvrig avsnittet **Opplevd økning i rapportering, byråkratisering og krav om ad-hoc-rapporter.**

Enkelte avdelingsledere opplevde mindre grad av frustrasjon rundt dokumenteringen av aktiviteten på avdelingen, og sa at et grundig fokus på dokumentasjon hadde vært nyttig for avdelingens gjennomslagskraft ved innkjøp av nytt utstyr og opprettelse av nye stillinger. Det var imidlertid også en god

---

<sup>302</sup>20\_6\_48.

del av informantene som var frustrerte over at det var vanskelig å få opprettet nye stillinger, og for noen fylt opp utlyste stillinger.

### 11.1 Trend i rapporteringen

Når det gjelder trenden i dokumentering og rapportering opplever nesten alle informanter at den har økt. Mange opplever at man skriver mer i pasientdokumentasjonen enn tidligere, og en erfaren sekretær sa at sykepleiedokumentasjonen hadde "eksplodert" det siste tiåret. Dette oppleves ikke nødvendigvis som galt i seg selv, da en del syntes at pasientdokumentasjonen tidligere (les før innføringen av PC) kunne være for tynn. Det uttrykkes også nokså unisont at det er til dels veldig ulik praksis på hvor mye man skriver på den løpende pasientdokumentasjonen og epikrisen, og at dette dels skyldes ulik oppfatning om hva den bør inneholde og hvor ofte man bør skrive i den. Enkelte påpeker at økningen i pasientdokumentasjonen også skyldes klarere forventninger ovenfra om hva som skal inngå. Også spesifikke registreringer knyttet til eksempelvis ernæringscreening, søvnregistrering og koding i h.h.t. medisinsk prosedyrekodeverk (HRRP-koder i psykisk helsevern) står for noe av økningen.

Samhandlingsreformens krav til mer formalisert kommunikasjon mellom kommune og spesialisthelsetjeneste bidrar også til økningen i rapportering, primært for sykepleiere uten lederansvar på sengepost, da det er disse som oftest har den løpende kommunikasjonen med kommunene. Se for øvrig avsnittet **Kommunikasjon med kommunehelsetjenesten**.

Informanter som har personalansvar og har hatt langtidssykemeldinger opplever at kravene fra NAV til rapportering, møter og oppfølging gjør at oppfølging av sykemeldte tar betraktelig mer tid enn tidligere. Se for øvrig avsnittet om **Oppfølging og rapportering til NAV**. Enkelte melder også om økt rapporteringsmengde i forhold til personalansvar ellers, men at det er dels en forbedring fra en situasjon med for lite oversikt. Dette må ses i sammenheng med at personal- og lønnsavdelingene ofte har blitt redusert eller sentralisert og dermed kan være vanskeligere tilgjengelig for ansatte med personalansvar, og i tråd med dette at mellomledere har fått flere administrative oppgaver (se også avsnittet **Savnet av støttefunksjoner og sekretærer**).

Mange av informantene oppgav ikke en spesifikk grunn til den økte rapporteringsmengden, men som nevnt i avsnittet **Rapporteringstrykk**, er det totaliteten av rapporterings- og dokumenteringsoppgaver som øker litt etter litt. Det er imidlertid noen faktorer som ifølge informantene våre mer systematisk kan ha bidratt til å øke totalmengden. Som nevnt ovenfor i avsnittet om **Strukturelle faktorer og hverdagen i spesialisthelsetjenesten** oppgav en del informanter at overgangen fra penn og papir til PC var en viktig forklaringsfaktor bak økningen. Enkelte opplever at siden de dokumenterer på en annen måte enn tidligere, så blir det mer detaljert.

Det å ha "ryggen fri" og dokumentere overfor pasienter at de har fått den behandlingen de mener å ha krav på, er også noe mange av informantene mener har vært med på å drive opp dokumentasjonsmengden, da især på pasientdokumentasjonen. Dette skyldes dels endrede forventninger blant pasientene. Se for øvrig avsnittet **Mer dokumentasjon for å ha ryggen fri**.

Kvalitetsregistre som har kommet de senere årene gjør også sitt til å drive den totale tidsbruken på rapportering og dokumentering opp. Selv om man ser nytten av disse isolert sett bidrar disse til frustrasjonen. I tillegg opplever leger som ofte fører kreftmeldinger til Kreftregisteret at dette kan ta en god

del tid, opp til en halv time per melding, selv om selve rapporteringen til Kreftregisteret har vært relativt lik siden det ble innført.

En del leger opplever at reduksjonen i sekretærstøtte frustrerer. Mellomledere opplever også at ad-hocrapportering etter forespørsel fra sykehus og foretak har økt med veksten i administrasjonen av disse. Denne formen for rapportering faller i all hovedsak på overleger med og uten personalansvar. Rapportering og overholdelse av behandlings-/vurderingsfrister og epikrisetider er også nye frustrasjonsmoment knyttet til rapportering. Se for øvrig avsnittene **Opplevd økning i rapportering, byråkratisering og krav om ad-hoc-rapporter**, **Ventetider og fristbrudd**, **Korridorpasienter** og **Epikrisetid**.

Det er ikke bare økningen i dokumentasjon og rapportering i seg selv som frustrerer, men også konsekvensene ved manglende rapportering og dokumentering. At administrasjonen har blitt raskere til å purre om noe ikke er inne og at man for enkelte rapporteringskrav får bot eller andre negative økonomiske konsekvenser om man ikke rapporterer innen tidsfristen.

For andre endringer som kan ha påvirket rapporterings- og dokumentasjonsmengden eksempelvis endringer i pasientgjennomstrømning på sengeavdelingene, se avsnittet **Opplevd økning i rapportering, byråkratisering og krav om ad-hoc-rapporter**.



## 12 Rom for forbedring slik informantene ser det

Som denne rapporten har vist varierer informantenes holdninger til dokumentasjon og rapportering. Av det som dokumenteres og rapporteres som en del av den direkte pasientoppfølgingen er det lite som føles unyttig. Det er heller snakk om mengde og innhold i det som rapporteres, arbeidsfordeling mellom personellgrupper og forhold ved de teknologiske verktøyene som det stilles spørsmål ved. Når det gjelder rapportering oppover i styringslinja og oppfølging av nasjonale mål synes det også å være ganske stor forståelse for at informasjonen kan være nyttig til styringsformål. Utfordringen er når dette i stadig større grad griper inn og fortrenger tid til oppfølging av det man oppfatter som sine kjerneoppgaver. Da skaper det stor frustrasjon, spesielt for informanter med lederansvar/fagansvar og spesielt på legesiden.

På spørsmål om man så behov for å utvide rapporteringen på enkeltområder svarte majoriteten av informantene at de ikke så mangler i dette.<sup>303</sup> Enkelte av informantene kunne heller ikke se at noe av rapporteringen burde kuttes,<sup>304</sup> mens andre mente det var rom for reduksjoner i rapporteringsmengden. Det er også en del av informantene som er grunnleggende kritiske til utviklingen av det man oppfatter som en byråkratisering av styringen av klinisk virksomhet. Den mest vanlige tilbakemeldingen var imidlertid at man så muligheter for å gjøre endringer i arbeidsfordeling mellom personellgrupper, organisering av rapporteringsarbeidet i sykehuset og/ eller bedre og mer bruk av teknologiske løsninger for å få til en mer hensiktsmessig tidsbruk. I det følgende vil vi skissere områder hvor informantene så et potensiale for endringer.

### 12.1 Lengde og substans i pasientdokumentasjon

Til tross for at enkelte opplevde at det i pasientjournalen ble gjort mindre intetsigende rapportering i dag enn tidligere grunnet mer eksplisitt evaluering av behandlingstiltak,<sup>305</sup> var for mye tekst i pasientjournal gjennomgående et klagemål.<sup>306</sup> I samtlige avdelinger vi intervjuet var det frustrasjon, men også en løpende diskusjon, om innholdet i pasientjournalen, og for legenes del også epikrisen. Våre informanter innen psykisk helsevern uttrykte til dels meget stor frustrasjon på tidsbruk som brukes til pasientdokumentasjonen.<sup>307</sup> Gjengangsmelodien i intervjuene på de aller fleste avdelingene er at det skrives for langt, beskrivende og detaljert om pasientene eksempelvis hva de har spist, hvor mye besøk de har hatt osv., og at det fra notat til notat er betydelig repetisjon, noe som dels skyldes litt ukritisk "klipp og lim" og dels at man ikke har lest foregående notat.<sup>308</sup> Selv om det kan være litt uenighet om hvor hyppig man skal skrive i pasientdokumentasjonen for at det skal oppfylle forsvarlighetskravet i dokumentasjonsplikten, var det stor enighet om at det enkelte notat burde være mer evaluerende og mindre oppramsende og beskrivende. En informant innen psykisk helsevern etterlyste at man heller kunne opplyse at tiltak og behandling var gjort uten å måtte begrunne dette videre.<sup>309</sup>

På sykepleiersiden var det en god del som etterlyste at man i større grad benyttet seg av behandlingsplanene og oppdaterte disse kontinuerlig og evaluerte pleien ut fra dette og at man slik ville

<sup>303</sup> 2\_9\_42; 3\_18\_45; 4\_21\_49; 5\_26\_43; 8\_42\_51; 10\_3\_44; 12\_11\_42; 14\_25\_45; 15\_30\_43; 16\_18\_48\_36; 21\_15\_39; 24\_28\_38; 27\_41\_41; 29\_49\_38; 33\_14\_38; 31\_8\_49; 32\_12\_39; 35\_23\_45; 36\_29\_37; 37\_31\_37; 40\_46\_41; 41\_5\_33; 43\_13\_31; 45\_24\_28; 46\_27\_33; 47\_33\_34; 48\_37\_33; 49\_43\_44.

<sup>304</sup> 16\_34\_42; 21\_15\_34; 25\_35\_25/35; 35\_23\_54; 43\_13\_29.

<sup>305</sup> 16\_32\_39.

<sup>306</sup> Eksempelvis 5\_26\_16/49; 8\_42\_25; 10\_3\_48; 25\_35\_39/40; 26\_40\_16; 29\_49\_45/49; 33\_14\_23; 38\_39\_17; 50\_47.

<sup>307</sup> 8\_42\_25/48; 29\_49\_45/49.

<sup>308</sup> 5\_26\_46.

<sup>309</sup> 29\_49\_34.

redusere mengden rent beskrivende tekst og dobbeltrapportering i journalnotatet<sup>310</sup>. Selv om dette var en veldig vanlig tilbakemelding, var det ut fra klagen åpenbart at man samtidig ikke fikk fulgt behandlingsplanen i tilfredsstillende grad. Hvor enkelt det derfor vil være å endre på sykepleieres for lange og upresise notat er derfor uklart når det allerede er så stor bevissthet rundt det.<sup>311</sup> En informant mente at mange syntes det var vanskelig å bruke behandlingskodene i behandlingsplanene ved at behandlingskodene ikke passet inn i behandlingen til den enkelte pasient. Når behandlingsplanene ble fulgt, fungerte de imidlertid tilfredsstillende.<sup>312</sup> En sykepleier på en avdeling som i stor grad hadde gått over til å bruke pasientdokumentasjonen til evaluering av prosedyrer, mente at man på hennes avdeling dokumenterte det som var relevant i motsetning til tidligere da det var mer intetsigende rapportering.<sup>313</sup> Flere informanter mente at en oppdatert pleieplan også ville gjøre det raskere å oppdatere seg på en pasients status.<sup>314</sup> Innen psykisk helsevern var det også fokus og debatt på utredningsrapporter kontra behandlingsplaner og at det var en del dobbeltarbeid rundt disse. Enkelte av behandlerne valgte, når de syntes dobbeltdokumentasjonen ble for stor, å kutte ut enten utredningsrapport eller behandlingsplan.<sup>315</sup>

Blant informantene i psykisk helsevern beskrev de aller fleste en arbeidshverdag med til dels mye dokumentering. Enkelte mente at man skrev mer enn i somatikken fordi behandlingen og dens effekt var vanskeligere å påvise. Derfor føler man i enda større grad at man må ha dokumentert at man har gjort noe for å kunne vise at man faktisk har gjort det.<sup>316</sup>

Det som gjelder pasientjournal gjelder i stor grad også epikriser. Især mer erfarne informanter, inklusive erfarent merkantilt personell,<sup>317</sup> opplevde at mindre erfarne legers epikriser og sykepleieres/legers journalnotat ofte var for lange, for detaljerte og for lite hensiktsmessig for mottakende part, som gjerne er fastlege (for epikriser).<sup>318</sup> I tråd med dette var en gjengs oppfatning at uerfarent helsepersonell skrev mer og dermed genererte merarbeid også for de som skulle lese rapporten i ettertid. En overlege etterlyste tiltak som kunne minske utskiftningen blant de ansatte. Han etterlyste også at man tydeligere presiserte at dokumentasjonskravet ikke betyr at det skal dokumenteres hver dag.<sup>319</sup> En erfaren overlege kjørte bevisst en hard linje på korte og konsise dokumenter hos de assistentlegene han hadde ansvar for, noe han mente over lengre tid reduserte gjentakelser og lite hensiktsmessig beskrivende tekst i legenes dokumentasjon.<sup>320</sup> Enkelte mente også at det å ha dårlig tid gjør at man skriver mindre konsist.<sup>321</sup>

En del informanter oppgav at det var en del unødig dobbeltrapportering mellom journal og medisinsk kurve, især på avføring og blodgivning. Enkelte mente man ikke trenger å føre medikamentliste i journalen da det allerede står i kurven,<sup>322</sup> og noen fulgte også denne praksisen.<sup>323</sup> Elektronisk kurve som er koblet

---

<sup>310</sup> 32\_12\_16; 34\_16\_17; 38\_39\_35.

<sup>311</sup> 11\_10\_41; 17\_36\_14.

<sup>312</sup> 17\_36\_15.

<sup>313</sup> 16\_32\_39.

<sup>314</sup> 17\_36\_16; 24\_16\_17; 32\_12\_41; 34\_16\_27.

<sup>315</sup> 27\_41\_17/18; 28\_45\_18; 39\_44\_18/27/46/52.

<sup>316</sup> 8\_42\_25.

<sup>317</sup> 47\_33\_15.

<sup>318</sup> 3\_18\_18; 5\_26\_49; 7\_38\_18; 8\_42\_25; 34\_16\_17.

<sup>319</sup> 3\_18\_18.

<sup>320</sup> 7\_38\_18.

<sup>321</sup> 26\_40\_16; 47\_33\_15.

<sup>322</sup> 17\_36\_17.

<sup>323</sup> 26\_40\_16.

direkte opp mot journalsystemet kan muligens bedre dette.<sup>324</sup> Enkelte sykepleiere meldte om at medisinkurven innebar en viss risiko da både legens håndskrift og doseringen kunne være uklare på papirkurven.<sup>325</sup> Relatert til medisinsk kurve er medikamentlisten som skal følge med fra fastlege eller annen henvisende instans. Denne var imidlertid ofte ikke i tilfredsstillende stand i følge enkelte av våre informanter, og noen savnet en elektronisk overføring av dette fra fastlege/henvisende instans.<sup>326</sup> Se for øvrig avsnittene **Medikamentliste og medisinsk kurve** og **Brukergrensesnitt generelt**.

En lege irriterte seg over at pasienter på poliklinikk i stor grad måtte ha samme dokumentasjon som en inneliggende pasient. Eksempelvis, er man inne til et lite inngrep, så skal man i prinsippet ha innkomstnotat, røntgen med vurdering og epikrise, til tross for at man er ute av sykehuset samme ettermiddag. Informanten etterlyste en enklere dokumentasjonsstandard på poliklinikk.<sup>327</sup> Tilsvarende var informanter i psykisk helsevern frustrert over at de måtte dokumentere det samme på gjengangerpasienter.

### 12.1.1 Mer dokumentasjon for å ha ryggen fri

Svært mange av informantene framhever at det skrives mer enn før journal og andre dokumenter. I noen grad oppfattes dette som positivt fordi det er lettere for andre som arbeider med pasienten å få oversikt, og noen påpeker at det tidligere ofte ble dokumentert for lite. Samtidig sier mange at den økende dokumenteringen i mange tilfeller fører til en overflod av både viktig og uviktig informasjon som kan være tidkrevende å gå gjennom og flere bekymrer seg over at det ofte blir mer og mer oppramsing og i mindre grad vurderinger. Dette anses å forringe kvaliteten på dokumentasjonen og spesielt med hensyn til f.eks. skiving av epikrise. En assistentlege sier at problemet er mye banal dokumentasjon som dobbeltregistreres og at det ikke er noen syntetisering av informasjonen. Legen tror ikke de fleste tenker på klagesaker, det ligger langt bak, men at det heller er slik at man skriver ned ting for da har man fått sin egen vurdering av pasienten fra hodet ned på papir. Ett par dager senere kommer en annen og leser notatene med litt annen vinkling og så lager hun/han også og sin egen vurdering sier informanten.<sup>328</sup>

Det er flere forhold som trekkes fram som drivkrefter i denne utviklingen. For det første sier mange, både leger og sykepleiere, at tilsyn med virksomheten og i noen tilfeller økt rettsliggjøring av hendelser bidrar til mer dokumentasjon. Noen har opplevd å måtte møte i rettsak og har blitt ekstra nøye med at ting skal dokumenteres, men de fleste tenker ikke først og fremst på juridiske konsekvenser i forhold til dokumentasjon.

På fagområder hvor det er utviklet lokale eller nasjonale retningslinjer for utredning, behandling, oppfølging kan det ligge en forventning i systemet om at disse skal følges, og ved tilsyn eller rettslig behandling kan man måtte forklare hvorfor man eventuelt ikke har fulgt disse eller satt i gang spesifikke tiltak. For å ha "ryggen fri" ligger det derfor et insentiv i systemet til å dokumentere mye. Usikkerhet m.h.t. hva som er tilstrekkelig dokumentasjon kan også være en faktor. En overlege mener det bør være en dialektisk prosess med tilsynsmyndigheten og sykehuset hva førstnevnte er ute etter. Uforutsette

---

<sup>324</sup> 17\_36\_17.

<sup>325</sup> 32\_12\_21; 33\_14\_21.

<sup>326</sup> 6\_34\_19; 35\_23\_22.

<sup>327</sup> 6\_34\_30.

<sup>328</sup> 22\_19\_18.

tilbakemeldinger fra tilsynsmyndigheter var noe han mente bidro til at man dokumenterte mer i journalnotatene fordi man ble usikre på hva og hvor mye som er tilstrekkelig.<sup>329</sup>

En annen viktig faktor flere informanter mener påvirker dokumentasjonen er større etterspørsel etter innsyn i journal fra pasienter og pårørende. Noen framhever dette som positivt, også fordi det viser at legene har mistet sin opphøyde status. En sykepleier sier at det ofte skjer at pasienter eller pårørende sier de ikke har fått informasjon og at det derfor er viktig å også dokumentere at informasjon er gitt og forstått, ikke bare med tanke på klager, men for å kvalitetssikre at informasjonen er forstått.

### 12.1.2 Bruk av andres rapportering

Når man skal undersøke tidsbruk på og nytte av rapportering bør man også stille spørsmålet om nytte til de som er mottagerne av en rapport – nærmere bestemt leseren eller brukeren. For det første vil det gi en indikasjon av hva som oppfattes som mer og mindre nyttig rapportering av de som skal benytte seg av den. For det andre vil tiden som brukes på å lese/bruke andres rapport kunne si noe om potensialet for forbedring i rapportskrivningen. Videre kan det å lese andres dokumentasjon i journalarbeidet forhindre dobbelrapportering (se for øvrig avsnittet **Dobbelrapportering**) – ved man hva andre har skrevet, så er det mindre sannsynlig at man skriver det samme selv, og ikke minst at pasienten slipper å bli spurt om det samme flere ganger noe som oppleves som flaut og bortkastet tid. En lege opplevde at på poliklinikk var det en del dobbelrapportering fordi sykepleierne ofte tok en undersøkelse først og legen kom deretter og gjorde mye av det samme. Vedkommende mente man kan spare tid både for seg og pasienten ved å informere seg bedre på det andre hadde dokumentert på forhånd.

Flere uttrykte tilfredshet med DIPS som tillot at leger og sykepleiere lett kunne lese hverandres notat. Det er svært vanlig at leger leser andre legers journalnotat, mens om de leser sykepleieres journalnotat varierer langt mer, da det ofte er tradisjon for kun å lese det første. En lege uttrykte at han ikke leste sykepleienotatene fordi det var "mest løst prat." Leger leser sykepleienotat gjerne ved lengre pasientopphold der det er mangel på dokumentasjon fra legesiden eller ved klagesaker og ved utskriving (epikrise). Henvisninger fra andre instanser leses også så og si alltid. På sengepost er det svært vanlig at sykepleiere leser andre sykepleieres og legers journalnotat fra siste vakt ved vaktskifte, men også innkomstnotat og henvisning ved ny pasient. Har man mange pasienter kan det å oppdatere seg i pasientjournal ta en del tid. En sykepleier oppgav at hun brukte ca. 1 time hver dag på å oppdatere seg, men at hun så det som meget viktig. Vedkommende mente også at hvis man var flinkere til å oppdatere pleieplan, så ville det gå kjappere å lese seg opp på inneliggende pasienter (se for øvrig avsnittet **Lengde og substans i pasientdokumentasjon**). Det var kun ved en avdeling det ikke var satt av tid til "stille rapport", da man i stedet hadde satt av tid til muntlig rapport. Allikevel brukte sykepleierne på denne avdelingen ofte å lese seg opp på pasienter når de følte behov for det. Ved andre poster som ikke har vaktskifte, leser sykepleierne seg ofte opp på pasientene (da gjerne innkomst og eventuelle journalnotat hvis pasienten er innlagt) før oppstart om morgenen. Sykepleiere med personalansvar er som oftest lite involvert i klinisk arbeid, og leser derfor også sjelden i pasientjournal, muligens ved kontroll, ved henvendelser utenfra eller hvis de må gå vakt ved fravær. Hjelpepleierne vi snakket med hadde i stor grad samme praksis på lesning av pasientdokumentasjon som sykepleiere.

Det later til at en del leger synes det er tilstrekkelig med muntlig rapport fra sykepleierne på previsitt og fortløpende gjennom dagen, men at denne overleveringen er meget viktig. Flere påpekte at muntlig

---

<sup>329</sup> 3\_18\_19.

overlevering har en åpenbar svakhet hvis vedkommende som avgir rapport har vært kort på vakt og kjenner lite til pasientens tilstand. Enkelte leger opplever også at sykepleienotat ikke alltid er relevante, men dette kan variere fra avdeling til avdeling. Det er verdt å legge merke til at også sykepleierne svært ofte selv er klar over at det skrives for mye som ikke strengt tatt er nødvendig i sykepleienotater (se avsnittet **Lengde og substans i pasientdokumentasjon**). I tillegg er leger ofte oppgitt over at andre legers notat og epikriser er for lange og lite konsise. Som en lege uttalte:

*Det som ofte tar tid er å orientere seg om pasienten gjennom den jungelen av informasjon som foreligger og det er der man kommer inn på den...det er jo en annen side av dette dokumentasjonshysteriet...det er mye å lese igjennom før man har fått et bilde av hva som feiler [pasienten].<sup>330</sup>*

Enkelte leger føler også at man på legesiden dokumenterer i journal for sjelden. Dette er ikke nødvendigvis en motsetning, da det som ofte ønskes er konsis rapportering uten for lange opphold i dokumentasjonen, men det er helt klart ulike holdninger til hvor ofte og hvor mye som er nok.

Sekretærer som også har en mer administrativ stilling samt merkantilt personale bruker ofte andres pasientdokumentasjon til å ta ut rapporter på aktivitetstall o.l.. Tilsvarende benytter noen leger og sykepleiere seg av måltall for sammenligning og økonomi, men her er det betydelig variasjon. En sykepleier med personalansvar etterlyser mulighet for å lese/bruke dette mer ved å kunne ta ut rapporter enklere fra DIPS. Det var ikke mange av informantene som selv bruker nasjonale databaser/kvalitetsregistre, men noen unntak var det.

### 12.1.3 Dobbelrapportering

I en hektisk hverdag med til dels betydelig frustrasjon rundt rapportering og dokumentasjon oppleves ofte dobbelrapportering som svært lite hensiktsmessig bruk av tid og er derfor gjenstand for en del irritasjon. Som nevnt ovenfor mente de fleste informantene at det skrives for langt, beskrivende og detaljert om pasientene i pasientdokumentasjonen, noe som dels skyldes litt ukritisk "klipp og lim" og dels at man ikke har lest foregående notat. En annen grunn var at DIPS ikke håndterte at en pasient skulle gå fra lege- til sykepleiebehandling på en smidig måte, noe som medførte at både lege og sykepleier ofte førte det samme i journal. Også usikkerhet rundt hvor mye man må ha dokumentert for å ha "ryggen fri" ble oppgitt som grunn for en del dobbelrapportering. For en mer utfyllende diskusjon rundt denne problemstillingen, se avsnittet **Mer dokumentasjon for å ha ryggen fri**. Når det gjelder epikrise har en del leger en praksis med å sende en uformell epikrise med pasienten ut. Siden dette som oftest ikke er den offisielle epikrisen irriterer enkelte seg over at dette blir litt dobbeltarbeid.

En del informanter opplevde også at det var en del unødig dobbelrapportering mellom journal og medisinsk kurve, især på avføring og blodgivning. Enkelte mente videre at man ikke trenger å føre medikamentliste i journalen da det allerede står i kurven, og noen fulgte også denne praksisen. Tilsvarende ønsket et par spesialister at dokumentasjon i kvalitetsregistre automatisk skulle føre til oppdatering i pasientjournal.

Det var en del frustrasjon rundt dobbelrapportering som skyldtes manglende integrasjon mellom ulike programvarer. En informant var fortvilt over gammeldags programvare som gjorde at man måtte telle

---

<sup>330</sup> 22\_19\_18.

manuelt innleggelsesfrekvens, pasientflyt m.m. og i enkelte tilfeller også måtte telles manuelt og dermed førte til dobbelrapportering, siden man hadde blitt pålagt å føre denne informasjonen manuelt i tillegg til i pasientopplysningsdata. En annen informant meldte om lignende problem ved forespørsler om aktivitetstall fra foretaksadministrasjonen.

På sykepleiersiden var det en god del som etterlyste at man i større grad kunne benytte seg av behandlingsplanene og oppdaterte disse kontinuerlig og evaluerte pleien ut fra dette og at man slik ville redusere mengden rent beskrivende tekst og dobbelrapportering i journalnotatet. Innen psykisk helsevern var det også fokus og debatt på utredningsrapporter kontra behandlingsplaner og at det var en del dobbeltarbeid på disse. Enkelte av behandlerne valgte når de syntes dobbeltdokumentasjonen ble for stor, å kutte ut enten utredningsrapport eller behandlingsplan. Som diskutert i avsnittet om **Samhandlingsreformen og utskrivningsklare pasienter** opplever sykepleiere som har dialogen rundt utskrivning av pasienter en god del dobbeltdokumentasjon i sammenheng med dette. For mer om hva informantene så for seg av løsninger på ulike former for dobbeltrapportering se avsnittet **Rom for forbedring slik informantene ser det**.

Ved innkommst mente også enkelte av respondentene at det ble dobbeltrapportering ved at både sykepleier og lege skrev hhv. innkommstnotat og innleggelsesnotat, og at pasienten dermed ble spurt om mye av det samme. I verste fall vil pasienten og dokumentasjonen gå en runde i akuten der både lege og sykepleier dokumenterer mye av det samme på hver pasient før pasienten blir lagt inn. Dette opplevdes som u hensiktsmessig tidsbruk, men også pinlig overfor pasienten. Tilsvarende beskriver en ansatt i psykisk helsevern at pleiere og behandlere skriver mye av det samme. I begge tilfellene etterspørres det mer hensiktsmessig arbeidsfordeling, både for å unngå at pasienten spørres dobbelt opp (og noen ganger mer enn det) og at man unngår dobbeltrapportering.

Det er et uttrykt helsepolitisk mål å redusere tvangsinnleggelsene i psykisk helsevern. Det er derfor viktig å ha god dokumentasjon på omfanget. Ifølge en informant på en voksenpsykiatrisk er det i dag en trippelføring av dette hos dem.

*Tvangsvedtak er også umulig å få ut av pasientsystemet, selv om alle vedtak er registrert i journalsystemet. Skal nå begynne å føre dette manuelt i tillegg i det pasientadministrative systemet. Føres da både i journal og PAS og protokoll til kontrollkommisjonen - trippelføring av et vedtak. Tar mye tid, og det er mange involverte.<sup>331</sup>*

#### 12.1.4 Muntlig rapport – nyttig og derfor gjenstridig

Enkelte mente man kunne spare tid på rapportskrivningen ved å informere seg bedre på forhånd<sup>332</sup> både ved å lese tidligere rapporter grundigere, men også gjennom muntlig rapport.<sup>333</sup> Mens det blant sykepleierne varierte om det var satt av tid til muntlig rapport ved vaktskifte, er dette rutine på legesiden på samtlige avdelinger vi intervjuet i form av et morgenmøte m.m.. I de tilfeller sykepleiere ikke hadde avsatt tid til muntlig rapport eller tiden til dette var mangelfull, savnet man det,<sup>334</sup> men det ble gjerne gjennomført på

---

<sup>331</sup> 9\_50\_23.

<sup>332</sup> 5\_26\_46.

<sup>333</sup> 21\_15\_15.

<sup>334</sup> 2\_9\_43; 20\_6\_19/50; 34\_16\_42.

en eller annen måte uansett.<sup>335</sup> Muntlig rapport ses ofte på som en mer effektiv måte å oppdatere seg på pasienter på enn stille rapport, selv om det er vanskelig å si noe konkret om det faktisk er mer tidsbesparende.<sup>336</sup> Enkelte føler man mister en del potensielt viktig informasjon ved å kun bruke stille rapport.<sup>337</sup> Det kan for eksempel være en del psykososiale ting man kvier seg for å nevne i en skriftlig rapport.<sup>338</sup> Mistenker man at en pasient eksempelvis har alkoholproblemer eller har en hysterisk ektefelle som påvirker pasientens helse negativt, vil mange unnlate å omtale dette i journalen. Til tross for at det kan være relevant for behandlingen, velger man ikke å skrive det, men heller ta det muntlig. Dette fordi man ikke kan dokumentere at dette faktisk er tilfelle, kun en mistanke, og derfor frykter man konsekvensene hvis pasienten ber om innsyn i journalen.<sup>339</sup> I tillegg oppleves samtalen med pasientene som fortrolig.<sup>340</sup> Muntlig rapport kan også være en effektiv måte og organisere arbeidsdagen og lage klare avtaler på.<sup>341</sup> Selv om muntlig rapport av de fleste ble sett på som meget nyttig, irriterte en del seg over at rapporteringsmøtene kunne gli over i mer uformelt prat og dermed ta unødig med tid,<sup>342</sup> noe som blant annet gikk utover tid for faglig oppdatering. En del savner derfor mer struktur på den muntlige rapporten,<sup>343</sup> og enkelte erfarne informanter opplevde mindre nytte av muntlig rapport.<sup>344</sup> En avdeling hadde en roterende rapporteringsansvarlig mellom vaktskiftene. Mens dette gjorde muntlig rapport mer kortfattet, fryktet en respondent at dette gikk utover kvaliteten på rapporteringen ved at en koordinator betød et ekstra ledd i overleveringen av informasjon fra de som gikk av vakt til de som skulle på.<sup>345</sup> På en avdeling der man kun praktiserte muntlig rapport, måtte man ofte lese seg opp på journal i tillegg fordi man muntlig kun fikk overlevering fra siste vaks hendelser.<sup>346</sup> En kombinasjon av stille og muntlig rapport ser derfor ut til å være det foretrukne blant våre informanter<sup>347</sup> – begge deler ses på som nyttig av det store flertallet av informanter, fordi de spiller litt ulike roller.

## 12.2 Informantenes forslag til kutt

### 12.2.1 Skjønn versus. screening

Både i somatikken, men kanskje især i psykisk helsevern, var en del frustrert over at man ved innleggelse måtte gjøre ulike former for screeninger på alle pasienter uavhengig er om man som helsefaglig utdannet så det som relevant eller ei. Eksempelvis følte enkelte sykepleiere at ernæringscreening som det er sterkt fokus på i en del avdelinger (det er en sykepleieroppgave) var lite hensiktsmessig når pasientene ligger inne kort tid<sup>348</sup> og det ikke åpnes for skjønnsvurderinger på hvorvidt det skal gjøres eller ei. Denne screeningen

---

<sup>335</sup> Eksempelvis hadde en avdeling gått tilbake til både skriftlig og muntlig rapport etter at forsøk med kun stille rapport ikke førte til at man i praksis kuttet ut stille rapport: 38\_39\_36. Se også 31\_18\_16; 34\_16\_19.

<sup>336</sup> En undersøkelse fra en avdeling ved Rikshospitalet fant at stille rapport var mer tidseffektivt en muntlig rapport. Se Solvang, Anette (2005) Stille rapport. *Sykepleien* 93(19):58–60.

<sup>337</sup> 34\_16\_19; 50\_47.

<sup>338</sup> 17\_36\_14; 38\_39\_20.

<sup>339</sup> 34\_16\_19.

<sup>340</sup> 17\_36\_16.

<sup>341</sup> 32\_12\_14.

<sup>342</sup> 17\_36\_14; 24\_28\_19; 34\_16\_19.

<sup>343</sup> 24\_28\_19; 34\_16\_27.

<sup>344</sup> 27\_41\_29.

<sup>345</sup> 38\_39\_15.

<sup>346</sup> 32\_12\_14; 33\_14\_40.

<sup>347</sup> Eksempelvis 25\_35\_28; 31\_8\_16; 34\_16\_27.

<sup>348</sup> 12\_11\_31.



tok ikke mye tid, men var en irritasjonsfaktor.<sup>349</sup> En sykepleier hadde også opplevd aggresjon hos overvektige pasienter når ernæringscreening ble foretatt.<sup>350</sup> Tilsvarende meldte en psykolog at det å måtte gå igjennom Helsedirektoratets standardiserte prosedyre for suicidfare for alle pasienter og i detalj dokumentere i journal at man hadde gjort dette opplevdes som unødvendig tidsbruk på enkelte pasienter, da man uansett ville gjøre en kvalitativ vurdering av hver pasient.<sup>351</sup> Det en del savnet var å kunne velge bort denne type screeninger i tilfeller det er åpenbart at det ikke er relevant for pasienten.<sup>352</sup> At man opplevde at programvaren ikke var veldig brukervennlig på dette punktet hjalp heller ikke på inntrykket. Som en sykepleier som savnet muligheten for å bruke skjønn istedenfor å screene samtlige uttrykte det *"...Er vi blitt så dårlige på det vi gjør at vi må registrerer absolutt alt for å sikre oss på alle bauger og kanter?...Hva er det vi holder på med? Har vi tid til å være hos pasientene?"*<sup>353</sup> Et pålegg om å screene samtlige pasienter kan derfor føles som manglende tillit til faglig vurderingsevne. I somatikken som i psykisk helsevern ønsker en del derfor muligheten til å kutte ut formaliserte screeninger i tilfeller der det er åpenbart irrelevant. I psykisk helsevern skal funksjonalitetsinstrumentene CGAS (Childrens Global Assessment Scale) og GAF (Global Assessment of Functioning) registreres på alle pasienter ved innleggelse og ved utskrivning. Disse oppleves tidvis som lite presise instrumenter, især ved innkomst, og derfor som unyttig tidsbruk,<sup>354</sup> eller at de i svært liten grad ble benyttet i behandlingen.<sup>355</sup>

### 12.2.2 Kutte i kronglete kodeverk

I nokså varierende grad opplever legene et komplisert diagnose- og prosedyrekodeverk og/eller at det oppleves som uhensiktsmessig detaljert.<sup>356</sup> Det skjer pragmatiske tilpasninger i tilfeller der kodeverket oppleves som for komplisert. En lege oppgav at vedkommendes sjef hadde gitt beskjed om at man ikke trengte å detaljrapportere på prosedyrer.<sup>357</sup> En annen lege så lett selvironisk at ICD10 kodingen og prosedyrekodingen ble tatt lett på og at *"[jeg] Tror ikke sykehuset tjener så mye penger på meg"*.<sup>358</sup> I de tilfellene kompleksiteten/detaljgraden i kodene ble sett på som et problem, etterlyses ofte færre koder som omfatter flere relativt sett like diagnoser.<sup>359</sup> Bidiagnosekodene oppleves av og til som unyttige.<sup>360</sup> Innen psykisk helsevern uttrykte flere stor frustrasjon rundt at man også må registrere telefonkonsultasjoner med egen kode, da det til tider kan være svært mye av dette og man anser et visst volum av telefonsamtaler som implisitt i pasientbehandlingen.<sup>361</sup> Her er det også en del frustrasjon ved at man må stille og kode diagnose ved innkomst, da dette er ofte svært usikkert og fører til at man tilbakekoder lenge etterpå bare for å få registrert data.<sup>362</sup> Se for øvrig avsnittene **ICD10-koder, andre koder og registrering** og **Ønske om flere ansatte og potensialet for oppgaveglidning**, samt **Synkronisering mellom ulike programvarer**.

---

<sup>349</sup> 31\_8\_38; 32\_12\_17.

<sup>350</sup> 31\_8\_38.

<sup>351</sup> 29\_49\_34; også informant 41\_27.

<sup>352</sup> 12\_11\_31; 29\_49\_34; 12\_11\_31; 31\_8\_38; 32\_12\_17; 33\_14\_14.

<sup>353</sup> 12\_11\_31 opptak 25:30 og utover (klipp 2).

<sup>354</sup> 39\_44\_25; 40\_46\_43.

<sup>355</sup> 50\_47.

<sup>356</sup> Eksempelvis 28\_45\_25.

<sup>357</sup> 26\_40\_18.

<sup>358</sup> 23\_22\_21.

<sup>359</sup> 3\_18\_32; 5\_26\_25; 6\_34\_66; 7\_38\_24; 26\_40\_18.

<sup>360</sup> 3\_18\_32.

<sup>361</sup> 8\_42\_14.

<sup>362</sup> 28\_45\_25; 39\_44\_24.



### 12.2.3 Kutte i kommunikasjonen med kommunene

En del av kommunikasjonen med kommunen som følge av samhandlingsreformen føles unøddig av sykepleiere, som står for denne kommunikasjonen i det daglige.<sup>363</sup> Eksempelvis opplevde en sykepleier at det ved korte innleggelse å sende utskrivningsrapport (ved overføring av pasient fra SHT til kommunalhelsetjenesten) hvis det allerede var sendt "lege og sykepleieopplysninger" hos pasienter som ville få endret pleiebehov i kommunen som unøddig dobbelrapportering. Disse to meldingene ble ofte sendt med noen timers mellomrom og inneholdt i stor grad overlappende informasjon,<sup>364</sup> og derfor ønsker noen å kun sende utskrivningsrapport.<sup>365</sup> Det må imidlertid påpekes at det er uklart om frustrasjonen rundt disse meldingene og eventuell dobbelrapportering i disse skyldes mest dobbelrapportering eller innkjøringsproblemer der kommunikasjonene med en del kommuner ikke er elektronisk og derfor tar unøddig med tid.<sup>366</sup> Se også avsnittet **Samhandlingsreformen og utskrivningsklare pasienter**.

### 12.2.4 NAV

Som beskrevet i avsnittet **Oppfølging og rapportering til NAV** er det til dels betydelig frustrasjon rundt rapporteringskravet i.f.t. NAV ved langtidssykemeldinger, mens frustrasjonen er påtagelig mindre med dialogmøtene. Det er også frustrasjon rundt manglende fleksibilitet og tilbakemelding fra NAVs side. Forslagene til endringer er deretter. Informantene gav ofte uttrykk for at man burde forenkle, eller i noen tilfeller kunne kutte ut rapporteringsregimet til NAV.<sup>367</sup> Ønsket om å redusere rapporteringsmengden er i tråd med ønsket i arbeidslivet generelt.<sup>368</sup> Noen informanter som til tider brukte betydelig tid på sykefraværsoppfølging, foreslo at en dedikert person i sykehuset kunne ha ansvaret for denne oppfølgingen,<sup>369</sup> gjerne en merkantilt ansatt.<sup>370</sup> Både i HMS-arbeid generelt, men også i sykemeldingsoppfølgingen savner flere informanter støtte fra HR-avdelingen.<sup>371</sup> En informant savnet også respons fra NAV på de tiltakene man som arbeidsgiver gjorde.<sup>372</sup>

### 12.2.5 Kutte i forespørsler ovenfra

Som beskrevet i avsnittet **Opplevd økning i rapportering, byråkratisering og krav om ad-hoc-rapporter** er det på mellomledernivå især blant legene til dels betydelig frustrasjon rundt ad-hocrapportering som pålegges avdelingene fra sykehus- eller foretaksadministrasjonen.<sup>373</sup> En klar melding fra flere av disse var

---

<sup>363</sup> 11\_10\_41.

<sup>364</sup> 31\_8\_20.

<sup>365</sup> 31\_8\_20.

<sup>366</sup> 17\_36\_18; 31\_8\_20; 32\_12\_39.

<sup>367</sup> 8\_42\_34; 10\_3\_21.

<sup>368</sup> Ose m. fl. (2013) *Oppfølging av sykmeldte – fungerer dagens regime? Oppfølgingsplaner, dialogmøter, rapportering, kontroller og sanksjoner*. SINTEF, Teknologi og Samfunn, Avdeling Helse. Tilgjengelig på <http://www.sintef.no/uploadpages/314390/Rapport%20Oppf%C3%B8lging%20av%20sykmeldte%20-%20fungerer%20dagens%20regime%20april13.pdf> (210513).

<sup>369</sup> 13\_17\_20.

<sup>370</sup> 4\_21\_21.

<sup>371</sup> 4\_21\_21; 10\_3\_52.

<sup>372</sup> 17\_36\_20.

<sup>373</sup> Eksempelvis informantutsagn 4\_21\_23.

derfor å kutte i antall forespørslers, at man i større grad samordner hva som etterspørres fra administrasjonen<sup>374</sup> og at man fokusere på færre indikatorer.<sup>375</sup>

### 12.3 Risiko ved reduksjon av dokumentasjon og rapportering

Et flertall av respondentene mener det har vært en økning i dokumentasjon og rapportering over tid. I de fleste tilfeller ser man også at det som dokumenteres og rapporteres har nytte for noen, selv om det ikke oppleves som direkte nyttig for dem selv eller for å drive avdelingen på en god måte. Utfordringen er tiden slike oppgaver tar i forhold til opplevd nytte. Sett fra helsepersonellens side kan risikoen ved å redusere omfang på, spesielt vertikal, rapportering oppleves som lav, men mange anerkjennes at andre lenger opp i systemet kan ha et annet perspektiv.

Når det gjelder dokumentasjon i journal o.l. er det en økende bevissthet på dobbelrapportering og at det her, ifølge mange informanter, skrives en del mindre viktig informasjon. Samtidig er det viktig å ha ryggen fri ved tilsyn eller forespørslers fra pasienter og pårørende, og ikke minst hvis en sak ender i rettssystemet. Det framheves derfor av noen som en potensiell risiko å skulle kutte mye ned på dokumentasjonen.

Noen nevner at det kanskje kan kuttet i noe av rapporteringen knyttet til styring. Mange av informantene, spesielt overlegene, melder om økt frustrasjon knyttet til lovpålagte rapporteringsoppgaver og ad-hoc forespørslers fra ledelsen. Det er ikke nødvendigvis slik at de underkjenner behovet for styringsdata. Kritikken går ofte på et opplevd misforhold mellom graden av oppmerksomhet f.eks. en indikator får (f.eks. en ukes fristbrudd) i forhold til konsekvenser det har for pasienten. En overlege påpeker behovet for mindre rapportering, samtidig som vedkommende ser en fare for at beslutninger blir tatt på tynt beslutningsgrunnlag.

Flere av informantene fra en avdeling innen psykisk helsevern påpekte at både GAF-skåring, som gjøres på alle pasienter når de kommer inn og når de skrives ut, og registrering av HRRP-koder opplevdes som unyttige sett fra deres side og at de aldri brukte denne informasjonen selv. Sett fra deres side ville det ikke være stor risiko ved å redusere på dette. Også når det gjelder lederes ansvar for å følge NAVs rapporteringsregime ved langtidssykemeldinger opplever flere informanter liten risiko ved å avvike dette, da det i stor grad oppfattes som overflødig.

### 12.4 Forbedringer i IT

#### 12.4.1 Tilgang på IT-materiell, funksjonalitet i programvare og innloggingstid

Informantene var stort sett ganske fornøyd med hvor mange PCer o.l. som var tilgjengelig for lesing av pasientdokumentasjon og dokumentering/rapportering,<sup>376</sup> og noen uttrykte at dette hadde forbedret seg.<sup>377</sup> Mengden PCer sier imidlertid lite om funksjonaliteten. For mange av våre informanter var det en viss grad av frustrasjon rundt brukergrensesnittet i programvaren de brukte. Dette kan ses i sammenheng med tidspresset de fleste opplever og det faktum at de aller fleste dokumentasjonsoppgavene oppleves som

---

<sup>374</sup> 1\_1; 44\_20\_34.

<sup>375</sup> 1\_1\_50; 3\_18\_35/43; 4\_21\_25.

<sup>376</sup> 8\_42\_42; 11\_10\_30; 30\_2\_40; 37\_31\_31; 39\_44\_39; 40\_46\_32; 42\_7\_32. Noen få oppgaver at det var for lite PCer 12\_11\_30; 41\_5\_27.

<sup>377</sup> 17\_36\_31; 33\_14\_29.

nyttige i seg selv. Frustrasjoner rundt rapportering og dokumentering i en hektisk hverdag topper seg derfor ofte når funksjonaliteten i IT-løsningene forhindrer effektivt arbeid.

### 12.4.2 Innloggingstid og tregt it-materiell

Et vanlig frustrasjonsmoment var at man brukte lang tid på pålogging eller å vente på at programvaren skulle respondere,<sup>378</sup> og flere klaget over gammelt it-materiell.<sup>379</sup> En respondent oppgav at han brukte 10-15 minutter hver dag på å vente på at han skulle få logget seg på eller at programvaren skulle respondere. En annen oppgav 30-45 minutter venting hver dag.<sup>380</sup> Problemet er størst for leger, da de ofte må bevege seg mellom ulike fysiske arbeidsplasser og dermed må logge seg på ulike PCer (se for øvrig avsnittet **Avbrudd og organisering**). Merkantil personell kan også få redusert effektivitet i arbeidet ved at PC henger ved rapportering. En informant oppgav at fra hun trykket "enter" til maskinen hadde kjørt spørringen på en type rapport, kunne det ta 30-45 minutter. Dette utgjorde betydelig med arbeidstid da det skulle kjøres ut på hver ansatt en gang i måneden.<sup>381</sup> Et relatert problem er at tregt/overbelastet IT-materiell "krasjer" eksempelvis hvis man har oppe for mange vinduer av gangen, og man må starte på arbeidsoppgavene forfra igjen,<sup>382</sup> eller at man rett og slett ikke får gjort arbeidsoppgavene sine.<sup>383</sup> En informant oppgav at faren for "krasj" medførte at han måtte skrive ut inkomstjournaler, observasjoner og persondata,<sup>384</sup> eller at man må kjøre rapporter på tidspunkt av døgnet med lite aktivitet ellers for å hindre at systemet på en avdeling "krasjer".<sup>385</sup> En annen informant meldte om at foredrag enkelte ganger måtte avlyses etter at man uten suksess hadde ventet på at maskinen skulle logge seg på.<sup>386</sup>

### 12.4.3 Funksjonalitet i programvare

Funksjonaliteten i IT-verktøy er meget viktig da mange av informantene opplyste å bruke flere timer foran en PC hver dag. Når det i tillegg er et ønske også fra informantenes side at flere funksjoner skal bli digitale,<sup>387</sup> belyser dette ytterligere viktigheten av god funksjonalitet.

Selv om de aller fleste avdelingene som inngår i undersøkelsen brukte programvaren DIPS for pasientdokumentasjon, journal m.m., brukte tre av avdelingene en annen programvare, hvorav en avdeling stod på terskelen til å innføre DIPS og spørsmål angående funksjonalitet i programvare ble nedtonet her. Vi har i dette avsnittet derfor valgt å betone de aspektene som er felles uavhengig av overordnet programvare med mindre annet nevnes eksplisitt.

Opplæring etterlyses av en god del klinisk personale. Det er usikkert hvor mye av frustrasjonen ved programvarene som skyldes faktiske mangler og hvor mye som skyldes manglende kunnskap. Hvis

---

<sup>378</sup> 3\_18\_39; 11\_10\_5; 18\_48\_32; 19\_4\_27; 20\_6\_41/55; 21\_15\_27; 25\_35\_30; 32\_12\_33; 33\_14\_30; 34\_16\_33; 47\_33\_14.

<sup>379</sup> Eksempelvis 30\_2\_27.

<sup>380</sup> 21\_15\_27.

<sup>381</sup> 49\_43\_36.

<sup>382</sup> 49\_43\_13.

<sup>383</sup> 37\_31\_30.

<sup>384</sup> 40\_46\_28.

<sup>385</sup> 10\_3\_37.

<sup>386</sup> 3\_18\_39.

<sup>387</sup> 11\_10\_39

førstnevnte er tilfelle,<sup>388</sup> bør man vurdere å endre programvaren kvalitativt. Hvis sistnevnte er tilfelle bør noe gjøres med brukergrensesnittet – at funksjoner eksisterer men som samtidig savnes av personalet tyder på et brukergrensesnitt som bør forbedres og at opplæringen kan være mangelfull.

Selv om det er en del frustrasjon rundt IT-materiell, er det viktig å nyansere dette punktet. Et vanlig syn var at man hadde en OK programvare til dokumentasjonsarbeidet rundt pasienter,<sup>389</sup> selv om man helt klart så forbedringspotensialet i den. For ledere som ofte må forholde seg til 7-8 programsystemer (saksbehandling, fakturering, personal og lønn, kvalitetssikring i tillegg til kliniske dokumentasjonssystem) savnes opplæring, og en del informanter opplever at programvarene ikke brukes ofte nok til at man klarer å lære seg dem tilfredsstillende.<sup>390</sup> Hvis supportfunksjonen er av mangelfull kvalitet kan dette føre til betydelig frustrasjon.<sup>391</sup>

En endring det var gjennomgående frustrasjon rundt var bestilling av pasienttransport. Mens det tidligere ofte var en relativt enkel prosedyre for å gjøre dette, må man nå inn på en nettside som ikke oppleves som veldig brukervennlig ([www.pasientreiser.no](http://www.pasientreiser.no)). Især blant sykepleiere var det frustrasjon rundt dette.<sup>392</sup>

#### 12.4.4 Synkronisering mellom ulike programvarer

Manglende synkronisering mellom ulike programmer var en vanlig frustrasjon blant våre informanter.<sup>393</sup> En overlege uttrykte frustrasjon rundt at mye av diagnosene som ble skrevet i pasientjournalen ikke automatisk registreres som koder i DIPS og at dette hadde betydelig økonomiske konsekvenser for avdelingen.<sup>394</sup> Flere savnet en synkronisering mellom journal og det pasientadministrative system.<sup>395</sup> En lege påpekte at DIPS' journalsystem i praksis er en digitalisert papirjournal, noe som forhindrer utnyttelse av potensialet i et elektronisk journalsystem.<sup>396</sup>

Det ble også meldt om at det var tungvint å ta ut data som skal inngå i melding til sentrale kvalitetsregistre, eller ved mer ad-hoc-pregede forespørsler. I enkelte tilfeller medfører dette manuell telling, noe som kan ta betydelig med tid.<sup>397</sup> Det innebærer også at informasjon til enkelte kvalitetsregistre ikke kan føres elektronisk, men må sendes på skriftlig skjema.<sup>398</sup> Det er et ønske om i større grad å kunne hente informasjon automatisk fra journal for å unngå dobbeltarbeid. En overlege sa at standardiserte operasjonsbeskrivelser ville lettet registreringsarbeidet betydelig og ønsket at man i fremtidig journal burde kunne registrere samtlige koder tabellarisk- inklusive ICD10-koder, prosedyrekoder, for deretter å skrive fritekst. Slik kunne man automatisk overføre informasjon fra journal inn i eksempelvis kvalitetsregistre.<sup>399</sup> Vedkommende opplevde at bidiagnosene som var ført i journal ofte ikke ble med i registreringen av

<sup>388</sup> Eksempelvis gav en informant eksempler på at man kunne gjøre effektive søk på operasjoner. Se 47\_33\_15.

<sup>389</sup> 3\_18\_37; 4\_21\_39; 5\_26\_34; 7\_38\_29; 10\_3\_18; 15\_30\_35; 17\_36\_37; 23\_22\_35; 24\_28\_29; 30\_2\_34; 32\_12\_33; 35\_23\_39; 36\_29\_29; 38\_39\_30; 39\_44\_32; 48\_37\_27.

<sup>390</sup> 4\_21\_39; 10\_3\_18.

<sup>391</sup> 10\_3\_18.

<sup>392</sup> 11\_10\_35/50; 27\_41\_31; 32\_12\_26; 33\_14\_24.

<sup>393</sup> 10\_3\_19; 14\_25\_13; 18\_48\_24; 25\_35\_13.

<sup>394</sup> 1\_1; 25\_35\_13/24.

<sup>395</sup> 1\_1\_37; 49\_43\_28.

<sup>396</sup> 3\_18\_33.

<sup>397</sup> 1\_1\_37; 9\_50\_23.

<sup>398</sup> 6\_34\_44; 36\_29\_28; 47\_33\_27.

<sup>399</sup> 25\_35\_20.

kodene.<sup>400</sup> Noen, men langt fra alle, opplevde at det tar uhensiktsmessig lang tid å lete seg fram til riktig kode.<sup>401</sup> Enkelte savnet "mest populære" funksjoner med autofullfør i programvaren.<sup>402</sup> Hvorvidt dette skyldes varierende kjennskap til ulike søkeverktøy,<sup>403</sup> eller om det skyldes kompleksiteten i å sette riktige koder i rett rekkefølge er uvisst. En annen ytret ønske om at programvaren skulle advare hvis det kommer to koder som medisinsk ikke ga mening sammen<sup>404</sup> eksempelvis inngrodd negl og utposning på hjertet. Et par leger uttrykte imidlertid også at kodingen var blitt enklere ved at it-systemenes hjelpefunksjoner var blitt forbedret.<sup>405</sup> Av de som brukte talegjenkjenning ble det av noen påpekt at talegjenkjenningsverktøyet Max Manus<sup>406</sup> er lite egnet til å identifisere koder korrekt.<sup>407</sup>

Grunnet manglende synkronisering mellom programvarer kan man ikke bestille røntgen i gjennom bruk av DIPS.<sup>408</sup> Prøvesvar havner ikke alltid hos de som har rekvirert dem, noe som medfører at sekretærer må sende de til rette vedkommende.<sup>409</sup> Videre må prøvesvar og røntgen skrives ut og signeres før sekretær skanner og legger de inn.<sup>410</sup> En lege savnet mulighet for elektronisk signatur,<sup>411</sup> mens en annen advarte mot dette da han mente det å måtte signere hvert dokument fysisk bidrog til å bevisstgjøre legen om ansvaret det medfører.<sup>412</sup> Det etterlyses også mulighet for en kortfattet epikrisemal der man enkelt kan legge ved prøvesvar for kommunehelsetjenestens informasjon.<sup>413</sup>

En sykepleier påpekte at en del dobbeltrapportering i arbeidsplanleggingssystemet GAT og det relativt nyinnførte internettbaserte administrative verktøyet Personalportalen skyldes at disse to programvarene snakker dårlig sammen.<sup>414</sup> Selv om hensikten bak Personalportalen er at den enkelte ansatte skal få tilgang på informasjon rundt sitt arbeidsforhold, medfører dette dobbeltregistrering for personalansvarlig. Her påpekes det et klart problem med manglende synkronisering av ulike programvarer som medfører dobbeltarbeid.

#### 12.4.5 Automatisering av datauttrekk

Det å kjøre rapporter i DIPS og andre programvarer (eksempelvis lønnsystem) oppleves som tungvint for en del. Her etterlyses det også mulighet for å automatisere kjøringene for å gjøre datauttrekk enklere, spare tid og kunne sikre seg at de samme spørringene gjøres over tid og mellom avdelinger.<sup>415</sup> Flere informanter meldte om at brukergrensesnittet i pasientadministrative system hadde store begrensninger som medførte at man ofte måtte gjøre tellinger manuelt.<sup>416</sup>

---

<sup>400</sup> 1\_1\_37.

<sup>401</sup> 2\_9\_24.

<sup>402</sup> 7\_38\_26; 19\_4\_26.

<sup>403</sup> Eksempelvis <http://finnkode.kith.no/>.

<sup>404</sup> 25\_35\_37.

<sup>405</sup> 21\_15\_32; 24\_28\_30.

<sup>406</sup> <http://www.maxmanus.no/>.

<sup>407</sup> 6\_34\_16.

<sup>408</sup> 20\_6\_55; 44\_20\_23.

<sup>409</sup> 1\_1\_42.

<sup>410</sup> 9\_50\_18; 14\_25\_40; 20\_6\_55.

<sup>411</sup> 9\_50\_18.

<sup>412</sup> 21\_15\_28.

<sup>413</sup> 5\_26\_18.

<sup>414</sup> 10\_3\_19.

<sup>415</sup> 1\_1 (opptak); 7\_38\_26; 10\_3\_20; 44\_20\_28; 49\_43 (opptak).

<sup>416</sup> 1\_1\_37; 9\_50\_23.

Andre informanter sa det stort sett gikk greit å bestille rapporter basert på pasientdokumentasjon, men man kunne ikke lage et script som sikret at man kjørte samme spørring ved gjentatte rapporteringer og reduserte tidsbruken. Det var derfor et betydelig ønske om et bedre brukergrensesnitt når det gjaldt automatisering av datauttrekk, eventuelt opplæring hvis dette allerede foreligger. Informanter som fikk forespørslers fra administrativt hold om aktivitetstall og lignende, etterlyste også at bedre muligheter for automatiske datauttrekk kunne lette trykket når det gjaldt forespørslers fra administrasjonen ved at en analyseavdeling e.l. kunne gjøre uttrekkene selv.<sup>417</sup>

#### 12.4.6 Brukergrensesnitt generelt

Når det gjelder pasientjournal er det også en del frustrasjon knyttet til at man må gjøre mange klikk for å få utført relativt enkle registreringer.<sup>418</sup> Det er et ønske om at det kommer mer autofullførfunksjoner for å redusere antall klikk.<sup>419</sup> Det er også et ønske om at en del andre funksjoner skal bli automatiske. Dette gjelder bl.a. elektronisk søknad om innleggelse<sup>420</sup> og elektronisk kurve og medisinerer. For medisinerer vil dette øke oversiktligheten<sup>421</sup> og sporbarheten og dermed ansvars plasseringen i medisinerer (se for øvrig avsnittet **Medikamentliste og medisinsk kurve og Lengde og substans i pasientdokumentasjon**).<sup>422</sup> Andre funksjoner som etterlyses er å kunne skrive ut A-preparater elektronisk;<sup>423</sup> samt å ha et adresseregister i DIPS for hjemmesykepleieadresser (fastlege kommer opp automatisk).<sup>424</sup> I likhet med sporbarheten og dermed ansvarliggjøringen i medisinsk kurve ønsket en informant at det i operasjonsbeskrivelser i DIPS skulle registreres hvem som gjorde endringer i den. Slik det er nå kan hvem som helst gjøre endringer uten at det kan spores hvem som har gjort dem.<sup>425</sup>

Noen er også frustrert over programvare som ikke kan avsluttes før alle felt er fylt inn, selv om en del informasjon ikke er relevant for alle pasienter. Dette ble eksempelvis nevnt i forbindelse med innleggelse i psykisk helsevern.<sup>426</sup> En lege ved samme avdeling var frustrert over at han ikke kunne begynne på epikrise i datasystemet før sykepleier hadde registrert pasienten ut. Vedkommende skjønnte at dette sikkert hadde en hensikt, men det forsinket prosessen med å skrive epikrise og gjorde det ofte vanskelig å få skrevet epikrisen på samme dag som pasienten ble utskrevet.<sup>427</sup> Videre påpekte en overlege at DIPS er dårlig på historikk og at man derfor ikke kan få ut eksempelvis en grafisk framstilling av en pasientprofil over flere år (med unntak av blodprøver) og det meste av framstillingen vil da bli oppstykket.<sup>428</sup> DIPS har også sine klare begrensninger ved bytte av behandler for en pasient eksempelvis å gå fra lege til sykepleierkonsultasjon på poliklinikk, noe som fører til at både lege og sykepleier må journalføre pasienten.<sup>429</sup> Flere sykepleiere

---

<sup>417</sup> 1\_1\_37.

<sup>418</sup> 6\_34\_41; 9\_50\_21; 19\_4\_19; 27\_41\_23; 49\_43\_25.

<sup>419</sup> 19\_4\_26; 27\_41\_23; 33\_14\_14/17; 39\_44\_32.

<sup>420</sup> 6\_34\_45.

<sup>421</sup> 6\_34\_46; 14\_25\_31.

<sup>422</sup> 34\_16\_21.

<sup>423</sup> 28\_45\_22.

<sup>424</sup> 26\_40\_31.

<sup>425</sup> 1\_1\_42.

<sup>426</sup> Eksempelvis 28\_45\_25.

<sup>427</sup> 9\_50\_18.

<sup>428</sup> 7\_38\_26.

<sup>429</sup> 7\_38\_28.

uttrykte frustrasjon rundt at pasienttransport ikke var godt integrert med resten av programvaren i tillegg til at rutine rundt pasienttransport opplevdes som til dels meget tidkrevende.<sup>430</sup>

Totalt sett er det mange funksjoner som av brukerne ønskes integrert i deres IT-systemer. Noen av disse funksjonene foreligger muligens allerede, men siden de fortsatt etterspørres kan man spørre seg om brukergrensesnittene ikke er gode nok.

### 12.4.7 Talegjenkjenning vs. diktat vs. å skrive selv

Det er mer og mer vanlig at legers journal- og epikriseskriving foregår ved diktat hvorpå talegjenkjenningsprogrammet Max Manus automatisk transkriberer lyd til tekst. Dette har i stor grad erstattet den klassiske legesekretærfunksjonen på en del avdelinger, selv om de ofte har en sekretær som gjør andre ting. Erfaringene med talegjenkjenningsprogramvaren er imidlertid delte. En del leger hadde ikke prøvd eller var i startfasen med talegjenkjenningsverktøyet.<sup>431</sup> Mens et par leger ga klart uttrykk for at de var tilfredse med talegjenkjenningsverktøyet,<sup>432</sup> så flertallet blant de som hadde prøvd dette klare begrensninger,<sup>433</sup> og en del av disse ønsket seg tilbake til en situasjon der sekretær skriver fra diktat.<sup>434</sup> En sykepleier med selvstendig funksjon på poliklinikk etterlyste muligheten for talegjenkjenning for å effektivisere skrivingen av polikliniske notat.<sup>435</sup>

Noe av skepsisen til talegjenkjenning går på at verktøyet kan "kjenne igjen" gale ord,<sup>436</sup> noen ganger motsatt av det man ønsker. Dette kan føre til at til dels alvorlige feil ikke fanges opp.<sup>437</sup> Talegjenkjenning fungerer ofte dårlig til å identifisere eksempelvis diagnose- og prosedyrekoder, noe som fører til at disse må føres manuelt av lege eller sekretær.<sup>438</sup> En lege oppga at hvis man har sekretærer som skriver epikriser, så unngår man dette i langt større grad.<sup>439</sup> Videre trengs det nokså grundig oppbygging av en personlig profil i programvaren for at den skal kjenne igjen ens egen stemme mest mulig korrekt.<sup>440</sup> Som konsekvens av at talegjenkjenningsverktøyet for noen fungerer dårlig, skriver enkelte selv i stedet.<sup>441</sup> Noen leger skriver selv – selv om de har tilbud om sekretærhjelp – opplever at skal de få epikrise eller annen dokumentasjon ut sammen med pasienten samme dag, så er det best å skrive selv.<sup>442</sup> De som er komfortable med talegjenkjenning opplever at dette verktøyet hjelper de med å få epikrisene ut i tide.<sup>443</sup>

Samlet sett er holdningene blant leger til hva som er mest hensiktsmessig måte å få skrevet journalnotat, epikrise o.l. på meget personavhengige. Få er kritiske til talegjenkjenning i seg selv, men en del føler seg lite

<sup>430</sup> 11\_10\_50; 32\_12\_26; 33\_14\_24.

<sup>431</sup> Eksempelvis 2\_9\_36; 23\_22\_36; 28\_45\_16.

<sup>432</sup> 6\_34\_81; 24\_28\_29.

<sup>433</sup> 1\_1\_31; 3\_18\_18; 5\_26\_19;

<sup>434</sup> Eksempelvis 1\_1\_31; 3\_18\_18; 27\_41\_21.

<sup>435</sup> 36\_29\_18.

<sup>436</sup> For en komisk konsekvens av dette se

[http://tidsskriftet.no/article/2993086?utm\\_source=Tidsskriftets+elektroniske+abonnenter&utm\\_campaign=a41b5dd330-Tidsskriftet\\_07\\_2013\\_ikke\\_utgivelsesdag&utm\\_medium=email](http://tidsskriftet.no/article/2993086?utm_source=Tidsskriftets+elektroniske+abonnenter&utm_campaign=a41b5dd330-Tidsskriftet_07_2013_ikke_utgivelsesdag&utm_medium=email) (210513).

<sup>437</sup> 1\_1\_31; 5\_26\_19; 42\_7\_44.

<sup>438</sup> 6\_34\_16.

<sup>439</sup> 1\_1\_31.

<sup>440</sup> 47\_33\_16.

<sup>441</sup> 4\_21\_15.

<sup>442</sup> 4\_21\_15; 21\_15\_16; 23\_22\_15; 26\_40\_14.

<sup>443</sup> 5\_26\_19; 24\_28\_29.



komfortable med dette for sin egen del. På enkelte avdelinger er det fleksibelt om man ønsker å bruke talegjenkjenning, sekretær eller skrive selv litt avhengig av tidspress og lengde på dokumentet.<sup>444</sup> Det er uklart om ulike holdninger til talegjenkjenning skyldes et generasjonsskille eller ei, da det var skepsis å spore også hos unge leger. Diskusjonen rundt talegjenkjenning vs. sekretær relaterer seg til den bredere diskusjonen rundt support og støttepersonell. Se for øvrig avsnittet **Ønske om flere ansatte og potensialet for oppgaveglidning.**

#### 12.4.8 Kommunikasjon med andre helseinstanser

Blant sykepleiere som jobber med inneliggende pasienter er det en del frustrasjon rundt at kommunikasjonen rundt utskriving av pasienter tar uhensiktsmessig lang tid fordi mange kommuner ikke er tilgjengelige for elektronisk kommunikasjon. I de tilfellene man hadde både elektronisk og manuell kommunikasjon med kommunene var det betydelige forskjell i tidsbruken.<sup>445</sup> Der det ikke er digital kontakt med kommunene, har det i enkelte tilfeller ført til feilsending av pasientopplysninger.<sup>446</sup> Enkelte etterlyser felles it-plattform som flere helseinstanser har tilgang på.<sup>447</sup> Det er uklart om det lar seg gjøre av juridiske hensyn. Allikevel kan alternativet – postsendinger av journaler til andre instanser i foretaket – også ha sine pasientsikkerhetsmessige svakheter ved at post kan komme på avveie.<sup>448</sup>

#### 12.4.9 Ny teknologi forutsetter (opp)læring

Ønsket om økt digitalisering hos mange må ikke ses på som et tegn på at man føler seg fullt ut it-kompetent. De fleste ser potensialet hvis et it-system fungerer optimalt, men de etterlyser samtidig mer opplæring i programvare.<sup>449</sup> Især ledere som har mange ulike ansvarsområder og derfor må forholde seg til mange ulike programvarer etterlyser bedre opplæring. Et annet spørsmål er om det rett og slett er kapasitetsbegrensninger hos den enkelte leder i å lære seg et relativt stort antall programvarer. Manglende opplæring kan også føre til at man kun lærer programvaren av hverandre og dermed hverandres feil. Oppdateringer og nye praktiske løsninger blir dermed ikke tillært i ønskelig grad.<sup>450</sup>

### 12.5 Kapasitet og oppgaveglidning

#### 12.5.1 Savnet av støttefunksjoner og sekretærer

Et stort antall informanter, ledere, merkantilt ansatte og rent klinisk personell, oppgir at de gjør rutineoppgaver som det ville vært mer hensiktsmessig å ha en sekretær eller annet personell som ikke har helsefaglig utdanning til å gjøre.<sup>451</sup> Det kan dreie seg om lukefunksjon, sette opp og rydde timelister, skanne prøver, bestille varer, ordne mat, rydde på lager, utføre portørtjenester, innhente personalia og kontaktopplysninger om pasienter, bestille adgang til it-systemer og annen administrasjon rundt

---

<sup>444</sup> 44\_20\_32; 28\_45\_16; 44\_20\_32.

<sup>445</sup> 31\_8\_20.

<sup>446</sup> 11\_10\_45.

<sup>447</sup> 14\_25\_40; 25\_35\_26; 32\_12\_19/39.

<sup>448</sup> 11\_10\_45; 14\_25\_40.

<sup>449</sup> 4\_21\_39/41; 19\_4\_26; 26\_40\_29.

<sup>450</sup> 47\_33\_20.

<sup>451</sup> 4\_21\_18/19; 5\_26\_38; 8\_42\_11; 12\_11\_47; 14\_25\_29; 15\_30\_17/29; 21\_15\_45; 33\_14\_42; 35\_23\_52; 36\_29\_43; 40\_46\_27; 44\_20\_20; 47\_33\_27; 49\_43\_15; 50\_47.



ansettelser etc.. En sykepleier som var oppgitt over mange oppgaver han følte ikke krevde medisinskfaglig utdanning uttalte at "Jeg bruker å si de dagene jeg er "restaurantsjef"... "te, kaffe, er alle forsynt?"...det er ikke så nyttig [at jeg gjør det], men det må gjøres".<sup>452</sup> En lege ønsket også at sekretærer kunne skrevet ut resepter som legen underskrev på.<sup>453</sup> Ofte savnes en mer aktiv personal- eller lønnsavdeling.<sup>454</sup> En informant oppgav også at mye tilrettelegging, hyppige sykemeldinger og varierende kompetanse hos sekretærene gjorde at det i en tilsynelatende godt bemannet sekretæravdeling fort kunne være mangel på sekretærer som kunne gjøre bestemte oppgaver.<sup>455</sup> Som diskutert i avsnittet **Ønske om flere ansatte og potensialet for oppgaveglidning** ønsket en mellomleder en mer fleksibel organisering av sekretærtjenesten for å kunne stå bedre styrket ved topper i rapporteringen.<sup>456</sup>

Leger som opplever kodeverket som unødig komplisert og tidkrevende etterlyser ofte en arbeidsfordeling der legen setter diagnosen som føres i journal og merkantilt personell setter selve koden.<sup>457</sup> En sekretær oppgav ønske om det samme.<sup>458</sup> En lege mente imidlertid at det totalt sett ville ta kortere tid om han gjorde alt kodearbeidet selv især hvis programvaren ble lagt opp mer hensiktsmessig.<sup>459</sup> Ved enkelte avdelinger er kodehjelp fra sekretærer med spesialopplæring innført ved at de dobbeltsjekker kodene eller veileder på annen måte, men fortsatt er det legene som setter diagnosekodene (enten på et ark eller i pasientinformasjonen) i tillegg til å sette diagnosene.<sup>460</sup>

Sekretærer foretrekkes fremfor talegjenkjenning av en god del leger,<sup>461</sup> men her er det betydelig variasjon (se også **Talegjenkjenning vs. diktat vs. å skrive selv**). En del leger savner skrivestøtten i en sekretær. En annen funksjon sekretærer har var ifølge en informant at sekretærene er meget samvittighetsfulle på å følge opp de dokumentene de arbeider med: Mens en epikrise for mange leger er "enda et ark", vil det for en sekretær være noe som oppleves som en kjerneoppgave. Dette sikrer f.eks. ved at epikrisene blir sendt ut i tide.<sup>462</sup> Eksempelvis hadde en avdeling som hadde innført talegjenkjenning hos legene etter et stygt avvik gjeninnført at sekretærene skumleste over epikrisene for å unngå brølere.<sup>463</sup>

Ved sykefraværsoppfølging savnet en informant med personalansvar støtte fra HR-avdelingen/personalavdelingen eventuelt at en sekretær gjorde denne jobben.<sup>464</sup> En del med personalansvar savner tettere samarbeid med personal- og lønnsseksjoner som oppleves som vanskeligere å nå enn tidligere.<sup>465</sup> Dette er mye på grunn av at oppgavene knyttet til dette er relativt sjeldne men nokså tidkrevende når de kommer.<sup>466</sup> Det er imidlertid noen begrensninger på den personaladministrative biten, da det i vurderingen ved faste ansettelser og vikariater kreves en viss grad klinisk kompetanse.<sup>467</sup>

<sup>452</sup> Informant 32\_12, opptak fra ca. 10 minutt og utover.

<sup>453</sup> 5\_36\_56.

<sup>454</sup> 4\_21\_18.

<sup>455</sup> 1\_1\_29; 14\_25\_38.

<sup>456</sup> 1\_1\_29.

<sup>457</sup> 1\_1\_37; 19\_4\_26/30/32; 28\_45\_25.

<sup>458</sup> 47\_33\_27.

<sup>459</sup> 25\_35\_16.

<sup>460</sup> 4\_21\_52; 5\_26\_23; 6\_34\_16; 7\_38\_22; 24\_28\_22; 25\_35\_13; 44\_20\_18; 48\_37\_14; 49\_43\_11.

<sup>461</sup> Eksempelvis 3\_18\_38.

<sup>462</sup> 1\_1\_31; 47\_33\_23.

<sup>463</sup> 47\_33\_23.

<sup>464</sup> 4\_21\_21/62.

<sup>465</sup> 10\_3\_20; 13\_17\_29.

<sup>466</sup> 10\_3\_18/52.

<sup>467</sup> 12\_11\_47.

En informant etterlyser et analysesenter som kan hente ut de data som trengs for styring av sykehus og foretak, for å redusere mengden forespørsler ned på avdelingsnivå.<sup>468</sup> En annen informant så at det ville være hensiktsmessig med at en sekretær avlastet med dette.<sup>469</sup>

Når det gjelder erfaringer med IT-support var disse delt. Mens noen var tilfreds med telefonsupport,<sup>470</sup> var andre mindre tilfreds med dette og ønsket support som kunne komme på kontoret.<sup>471</sup> En informant oppgav at det kunne ta flere uker etter melding før en skriver ble fikset.<sup>472</sup> En sekretær hadde gått over i en ren it-supportstilling, noe vedkommende mente hadde ført til mer effektiv support.<sup>473</sup>

### 12.5.2 Ønske om flere ansatte og potensialet for oppgaveglidning

I klinisk arbeid er det langt færre som ser at det kunne vært andre yrkesgrupper som kunne gjort arbeidsoppgavene.<sup>474</sup> I tråd med at de aller fleste opplever en hektisk arbeidshverdag (se avsnittet **Tid til arbeidsoppgaver**), savnes det derfor ofte mer klinisk personell,<sup>475</sup> og som avsnittet **Uerfarent personell** ovenfor viser, kan mange ferske ansatte oppleves som en belastning. Mer erfarent personell er derfor et ønske,<sup>476</sup> selv om det ikke alltid ses som realistisk.<sup>477</sup> Som en sykepleier sa: "*En skal være frisk for å være pasient av og til*"<sup>478</sup> i beskrivelsen av ferieavvikling og hvilke konsekvenser manglende opplæring av vikarer hadde.

Ønsket om mer helsepersonell er nokså rett fram, men selvsagt ressurskrevende og enkelte ledere oppgav resignasjon og/eller frustrasjon rundt at de ikke ble hørt i bemanningsspørsmål.<sup>479</sup> Enkelte informanter gav klare eksempler på at bemanningssituasjonen gikk utover pasientbehandlingen og/eller de ansattes sikkerhet.<sup>480</sup> Noen leger ønsker at sykepleiere skal gjøre mer tradisjonelle legeoppgaver, men også nyere oppgaver som å registrere i helseregistre.<sup>481</sup> I diskusjonen om oppgaveglidningspotensialet hos sykepleiere er det langt fra enighet legene imellom, noe som henger sammen med hvilke oppgaver man ser sykepleier kan og ikke kan gjøre.<sup>482</sup> Når det gjelder turnusleger og i hvor stor grad de kan gjøre oppgaver uavhengig av veiledning og kontroll er det delte meninger.<sup>483</sup> Se for øvrig avsnittet **Oppgaveglidning** over.

---

<sup>468</sup> 1\_1\_38.

<sup>469</sup> 4\_21\_24.

<sup>470</sup> 6\_34\_75; 8\_42\_37; 12\_11\_35; 32\_12\_29.

<sup>471</sup> 10\_3\_35; 14\_25\_22; 24\_28\_32; 26\_40\_30; 49\_43\_30.

<sup>472</sup> 26\_40\_30.

<sup>473</sup> 47\_33\_11/17.

<sup>474</sup> Eksempelvis 34\_16\_34; 36\_29\_18.

<sup>475</sup> Eksempelvis 4\_21\_24; 14\_25\_39; 23\_22\_19; 25\_35\_56; 30\_2\_30; 31\_8\_35.

<sup>476</sup> 4\_21\_16.

<sup>477</sup> 3\_18\_18.

<sup>478</sup> 37\_31 etter ca. 48 minutter.

<sup>479</sup> Eksempelvis 4\_21\_24; 13\_17\_30.

<sup>480</sup> 8\_42\_56; 13\_17\_30.

<sup>481</sup> Eksempelvis 24\_28\_28.

<sup>482</sup> 20\_6\_52; 21\_15\_36; 24\_28\_31; 25\_35\_53; 26\_40\_28.

<sup>483</sup> 23\_22\_48.

## 13 Avslutning

### 13.1 Hva har undersøkelsen bidratt med?

Undersøkelsen har gitt oss et bredt bilde av det opplevde dokumentasjons- og rapporteringstrykket hos personell i førstelinjen og laveste ledelsesnivå i norske sykehus. For de aller fleste, spesielt de uten lederansvar, er fokuset på den horisontale rapporteringen mellom helsepersonell og andre som bidrar i det konkrete pasientforløpet viktigst. Annen rapportering som ikke vurderes som direkte nyttig i den daglige driften og oppfølging av pasienter oppleves av mange som tidstyver som fortrenger tid til kjerneoppgaver. Vi har også vist at ledere og overleger med faglig ansvar opplever et økt trykk ovenfra i forhold til rapportering og oppfølging av styringsmål og problemstillinger som har høy prioritet nasjonalt og lokalt. I denne undersøkelsen var det viktig å se problemstillingene "bottom-up". En alternativ, eller heller en supplerende innfallsvinkel ville vært å innta en "top-down"-tilnærming hvor prosessene rundt oppfølging av konkrete rapporteringsoppgaver ble identifisert fra toppen og innover i organisasjonen.

### 13.2 Forhold undersøkelsen ikke har kunnet avdekke og noen forslag

Kvalitative intervju med 50 informanter høres i utgangspunktet ut som et meget stort dataomfang, og på overordnet nivå vil det være det. Når vi bryter ned på type stilling og spesialitet er 50 intervju imidlertid ikke veldig stort. Eksempelvis har vi kun gjennomført 10 intervju innen psykisk helsevern og her var intervjuene fordelt på 5 intervju innen BUP og 5 på en avdeling for voksne. Denne rapporten kan derfor i begrenset grad si noe om hverdagen til enkelte undergrupper, og er mer egnet til å gi en indikasjon på de viktigste fellestrekkene på tvers av avdelinger og spesialitet. Det er utvilsomt et behov for å få bedre kunnskap om hvilke refleksjoner enkelte undergrupper i spesialisthelsetjenesten gjør rundt de rapporterings- og dokumenteringsoppgaver de utfører.

Ved første øyekast kan det synes ønskelig å få ett tall på hvor mye tid en ansatt i spesialisthelsetjenesten i snitt bruker på rapportering og dokumentering. For å få et anslag på hvor mye tid som brukes på rapportering og dokumentering, må man få et representativt utvalg som i tilstrekkelig grad dekker alle relevante underkategorier av helsepersonell og merkantilt ansatte. Utfordringen i spesialisthelsetjenesten er nettopp at den er såpass spesialisert at en slik undersøkelse vil kreve et meget stort utvalg for å kunne være dekkende. Når vi vet at anslått tidsbruk på rapportering og dokumentering varierer etter hva slags arbeidsoppgaver man har og at frustrasjonen er størst hos grupper med mye og mange ulike rapporterings- og dokumenteringsoppgaver, er det rimelig å anta at en undersøkelse av tidsbruk hos spesifikke undergrupper ville hatt mer for seg. Det er naturlig å peke på personer i lederstillinger på avdelingsnivå som interessante for både en dypere kvalitativ, men også bredere kvantitativ undersøkelse med målsetning om å gi et representativt anslag av tidsbruk på rapportering og dokumentering.

Det er en levende og til dels opphetet debatt rundt statlig styring generelt og kanskje styring av spesialisthelsetjenesten spesielt. I undersøkelsen ble det avdekket et misforhold mellom opplevd kommunikasjon innad på avdelingen og kommunikasjon oppover/nedover i linjen. Ved å intervju informanter i førstelinjen har vi begrenset innsikt i den totale prosessen rundt hvordan den vertikale styringen og drift av sykehus foregår, herunder rapportering

Da det var til dels betydelig frustrasjon rundt rapportering og til administrasjon og ledelse på ulike nivå, ville dette vært naturlig å undersøke nærmere. Dette kunne tatt form av en slags "top-down" sporing av hvordan initiativ på nasjonalt nivå blir implementert helt ned til avdelingsnivå og hvordan informasjonen går oppover i linjen igjen.

I tillegg vil det være interessant å studere hvordan innrapportert aktivitet og annen pålagt virksomhet fra avdelingene blir benyttet på ulike administrative nivå og hvordan man eventuelt gir informasjon tilbake til den enkelte avdeling. Mens enkelte av våre informanter gav uttrykk for at de foret et sort "hull" med informasjon og fikk lite tilbake, opplevde andre at de fikk nyttig informasjon igjen. Dette krever en annen tilnærming enn vi har brukt i dette prosjektet. Her kunne en komparativ analyse mellom like avdelinger eksempelvis generell kirurgi i fire foretak fordelt på 2 RHF (med 2 HF på hvert) for å kunne spore variasjoner i implementeringen av krav. Med et liknende design kunne man studert hvordan uttrekk og analyse av administrativ informasjon foregår i det enkelte foretak. Som nevnt ovenfor, var det blant våre informanter varierende erfaringer med hvor nyttig informasjon man fikk fra administrativt nivå i foretaket.

## A Vedlegg 1. Intervjuguide

### INTERVJUGUIDE

**Les:** SINTEF gjennomfører i samarbeid med Helsedirektoratet en undersøkelse om helsepersonellens tidsbruk i norske sykehus. Vi vil totalt sett gjøre 50 intervju av sykepleiere, leger, helsefagarbeidere (hjelpepleiere) og andre ansatte på avdelingsnivå på 10 avdelinger fordelt på spesialiteter og sykehus i hele Norge. I intervjuet er vi interessert i å snakke om hva du bruker tid på i arbeidshverdagen din, hvor mye tid du bruker på ulike arbeidsoppgaver og hva din vurdering av nytten av de ulike arbeidsoppgavene dine er. Vi understreker at vi er ute etter din mening, ikke den ledelsen eller andre på sykehuset måtte ha. Forslag til endringer eller andre tiltak er også noe vi gjerne tar dine innspill på. Intervjuet vil bli behandlet konfidensielt. Det vil si at i den grad dine svar vil bli brukt i vårt arbeid, så vil du være fullstendig anonymisert slik at ingen kan finne ut at det er du som har sagt det du har sagt. Etter endt prosjekt vil eventuelle lydopptak av intervjuet slettes.

**Spør:** Er det greit for deg at vi tar lydopptak av samtalen?

**Spør:** Har du noen spørsmål om undersøkelsen før vi begynner intervjuet?

**Skriv:** Kjønn:

1. Hvilken stilling har du?
  - Hjelpepleier/Helsefagarbeider/ Servicemedarbeider/Helsesekretær
  - Sykepleier
  - Sykepleier med personalansvar
  - Assistentlege
  - Overlege/Lege meg personalansvar
  - Annet (skriv)
2. Hvor lenge har du jobbet i helsevesenet?
3. Hvor lenge har du jobbet i din nåværende stilling?
4. Hva er din stillingsbrøk?
5. Hvilke av følgende arbeidsoppgaver innebærer din stilling:
  - Direkte pasientkontakt
  - Personalansvar
  - Økonomiansvar
  - Leder for pasientadministrasjon
  - Driftsansvar (PCer, maskiner, medisiner)
  - Andre spesielle ansvar (HMS, fagutvikling, kvalitet/pasientsikkerhet etc.)

Egen beskrivelse av stilling:

### Vi skal nå fokusere mer spesifikt på rapportering og dokumentasjon.

**LES: Å dokumentere** er å sikre overførbar informasjon om det man observerer og gjør. Dette kan skje ved nedskrivning, lyd- eller bildelagring og/eller gjenstander. Eks. journalføring, møtereferat,

**LES: Rapportering** vil si å formidle opplysninger og informasjon rutinemessig eller om en hendelse eller sak videre til andre. Siden en del rapportering skjer muntlig, er ikke all rapportering dokumentering. Eks. muntlig rapport.

Rapportering kan skje horisontalt – f.eks. mellom helsepersonell som har ansvar for å følge opp pasienten, eller vertikalt – f.eks. fra helsepersonell til sykehusledelse.

6. Hvis du tenker på dine daglige gjøremål i jobben, hva slags **rapportering og dokumentasjon** gjør du i løpet av en arbeidsuke? Og hvor mye **tid** bruker du på dette? **Nytte** av dem?

(se hjelpeliste)

- **HVIS informanten ikke husker ETTER sagt hva hun/han gjør av rapportering og dokumentering**
  1. **Rapportere i pasientadministrative systemer, pasientjournal osv ( f eks DIPS)**
  2. **Skrive avviksmeldinger/behandle avviksmeldinger**
  3. **Utarbeidelse av prosedyrer og veiledende behandlingsplaner**
  4. **Pleieplaner for pasienter/sjekkliste utstyr**
  5. **Muntlig/uformell rapportering**
  6. **sykepleieplaner/pasientforløp**
  7. **Svare på henvendelser fra pasienter eller andre helseinstanser eks. arbeid med "Individuell plan"**
  8. **Utskriving og dokumentering av om pasienter er utskrivningsklare**
  9. **Annen organisering/fordeling av pasienter**
  10. **Rapportering og dokumentering rundt spesifikke pasientgrupper eller prosedyrer**
  11. **Skrive sykemeldinger for pasienter**
  12. **Behov for eksterne tjenester (tolk, prest, ledsager etc.)**
  13. **Krysse av for medisiner**
  14. **Krysse av for dusjing, toalettbesøk, måltider**
  15. **Skrive møtereferat**
  16. **Deltagelse i forskningsprosjekt**
- **Probe hvis PERSONALANSVAR:**
  1. **Oppfølging og rapportering til NAV (sykefraværsoppfølging og tilrettelegging)**
  2. **HMS-arbeid**
  3. **Kompetanseplaner for ansatte (kurs, oppfølgingsplan etter medarbeidersamtaler, sertifisering for bruk av utstyr)**
  4. **Overtid/brudd på arbeidsmiljøloven**
  5. **Administrering av turnus, ferie, permisjoner, vikarer etc.**
  6. **Dokumentasjon og rapportering rundt rekruttering**

- **Probe hvis ØKONOMIANSVAR:**

1. **Argumentere (muntlig og skriftlig) for ressurser**
2. **Rapportere økonomi og ressursbruk**
3. **Bemanningsplaner og ressursbehov**

7. Hvordan foregår rapporteringen og dokumenteringen i praksis? Rapporterer dere måltall vertikalt? Kjennskap til lovkrav om rapportering – **særskilte rapporteringskrav til kvalitetsregistre? Statlige rapporteringsregistre/kvalitetsregistre?** Hva har dere av hjelpemidler o.l.? Snakker de ulike datasystemene sammen? Er det noen flaskehals?
8. Utvikling mht. dokumentasjon og rapportering: Er det noe endring i mengden rapportering eller dokumentasjon over tid (siste 3-5 år; siste 2 år)? Hvis ja, er det noen konkrete endringer som kan forklare dette? Tar noen oppgaver mindre og andre mer tid enn tidligere? Har den eksisterende dokumentasjonen eller rapporteringen blitt mer detaljert?
9. Er det noe av rapporteringen og dokumenteringen som du mener bør utvides evt. er det noe som ikke rapporteres eller dokumenteres i dag som du synes burde rapporteres eller dokumenteres?
10. Bruker du egen eller andres dokumentasjon og rapportering, og hvordan?
11. Ser du noen risikoer ved å endre på rapporterings- og dokumentasjonsrutinene? (**Probe: dårligere klinisk tilbud; dårligere grunnlag for forskning og utvikling; dårligere planlegging; reduserte inntekter til den enkelte avdeling; svekkede pasientrettigheter; sykehuset/personalet står mer utsatt til ved eventuelle søksmål og medieoppslag**)
12. Hvis du ser på de ikke-pasientrettede arbeidsoppgavene du har, er det noen av disse du tror vil kunne gjøres mer effektivt ved endrede rutiner/nye hjelpemidler, at andre gjør oppgaven eller at de kuttes ut?
13. Hvordan vil du vurdere tiden som er satt av til dine ulike arbeidsoppgaver?
14. I hvor stor grad føler du at du kan diskutere tidsbruk og dine synspunkt om din og andres tidsbruk i arbeidstida åpent og uten negative konsekvenser på avdelinga? I hvilken grad føler du at dine synspunkt blir lyttet til og blir tatt på alvor?

**AVSLUTT INTERVJU OG TAKK FOR SAMTALEN OG TIDEN!**



Teknologi for et bedre samfunn

[www.sintef.no](http://www.sintef.no)