

Oppgave i *Kunnskapshåndtering, Ledelse og
Kvalitetsforbedring* Høst 2009

**Forbedring av bruken av daglige
journalnotat ved hjertemedisinsk
overvåkning, Rikshospitalet**

Av: Tor Erlend Pedersen, Monja West, Elisabet Wigaard,
Kjersti Kamilla Standal, Aida Kevelj, Frøydis Sørensen, Marit
Granholm Aarseth

*Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for allmenn og
samfunnsmedisin 29/10 2009*

Innholdsfortegnelse

Bakgrunn/emne	3
Lovgrunnlag	4
Kunnskapsgrunnlaget:	5
Søkeprosess	5
Resultater etter litteratursøk	7
Forbedringsarbeidet:	9
Observasjoner og praksis	9
Indikatorvalg	11
Begrunnet tiltak	12
Prosess og organisering for bedre praksis	15
Evaluering	16
Diskusjon	17
Referanser	19

Bakgrunn/emne

I prosessen med å velge tema for KLOK-oppgave, var vi i kontakt med professor Amlie ved hjertemedisinsk seksjon for å høre om han kjente til problemer ved hans avdeling som det kunne egne seg å se nærmere på. Han tipset oss om problemer med mangelfull føring av daglige journalnotater og henviste oss videre til avdelingsoverlege Bjørn Bentz ved hjertemedisinsk overvåkning. Dr. Bentz kunne bekrefte at dette var et problem på hans avdeling og det var også et tema han selv var opptatt av. Han har forsøkt å forbedre rutinene ved å utarbeide retningslinjer som finnes lett tilgjengelig på veggen i legenes arbeidsrom. (Se vedlegg). Dette ble gjort i september 2008 uten at han merket noe særlig forbedring siden den tid. På bakgrunn av dette har vi i vår KLoK-oppgave valgt å ta for oss bruken av daglige journalnotater ved hjertemedisinsk overvåkning på Rikshospitalet, og hvordan vi kan forbedre denne.

At det ikke skrives daglige notater i pasientjournaler er ikke spesielt for denne avdelingen. Som studenter har vi selv gjort tilsvarende erfaringer i forbindelse med praksis på studiet eller i arbeid på ulike sykehusavdelinger. Fordi problemstillingen er aktuell innenfor en rekke mikrosystemer i det norske helsevesenet, i tillegg til det vi ser på i oppgaven, er dette et svært relevant tema.

Manglende føring av journal medfører at en mister noe av kontinuiteten i pasientbehandlingen, og pasientens interesser blir dermed ikke like godt ivaretatt. En god, oppdatert journal blir spesielt viktig i en sykehusavdeling, der flere leger er involvert i behandlingen av en og samme pasient. Dokumentet er et redskap for å sikre pasientene at de får forsvarlig helsehjelp, og for å gi behandlende leger et best mulig beslutningsgrunnlag. Det fungerer som kommunikasjon mellom de ulike legene som deltar i behandlingen, og det bør derfor fremgå tydelig i journalen hva som er videre plan for pasienten, hva en bør være spesielt oppmerksom på og hvilke tiltak en skal sette inn dersom pasientens tilstand forverrer seg. En oppdatert journal vil også lette arbeidet når det skal skrives epikrise på pasienten, særlig med tanke på at legen som skal skrive epikrisen, ikke nødvendigvis kjenner pasienten fra før. Mangelfulle journaler gjør det vanskelig å beskrive pasientens hendelsesforløp i sykehusavdelingen, noe som igjen kan føre til mangelfull kommunikasjon mellom første- og andrelinje helsetjenesten.

Pasientjournalen har dessuten en annen funksjon, nemlig som bevis i eventuelle erstatningssaker og tilsynssaker. I et samfunn som blir stadig mer opptatt av rettssikkerhet, og hvor tendensen går mot mer ”amerikaniserte” tilstander i forhold til søksmål og forsikringssaker, vil journalen bli et enda viktigere juridisk dokument.

Vi kan tenke oss noen faktorer som kan bidra til at problemet med mangelfull journalføring oppstår ved hjertemedisinsk overvåkning:

- Holdninger blant legene og uenighet om hvorvidt daglige notater er nødvendig.
- Dårlig bemanning som medfører økt tidspress og arbeidspress blant legene og dermed nedprioritering av enkelte arbeidsoppgaver.
- Høy turnover av pasienter. Da dette er en avdeling med kort liggetid, kan faktum at enkelte pasienter utskrives etter kort tid medføre at det dannes en praksis hvor det heller ikke blir ført notater på de resterende pasientene.

Mange av disse mulige årsaksfaktorene er relatert til stor arbeidsbelastning, et velkjent problem innenfor legeyrket og helsevesenet som helhet.

Lovgrunnlag

Legers plikt til å føre journal er regulert av bl.a. helsepersonelloven(1), pasientrettighetsloven (2), kommunehelsetjenesteloven(3) og spesialisthelsetjenesteloven(4). I tillegg finnes utfyllende bestemmelser i forskrift om pasientjournal(5), fastsatt med hjemmel i de nevnte lover, og videre er det laget merknader til denne forskriften. Innholdet i lov og forskrift er bindende.

I helsepersonelloven §39 heter det at ”*Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i §40 i en journal for den enkelte pasient. (...) I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen (...)*”. §40 omtaler krav til journalens innhold m.m.: ”*Journalen skal føres i samsvar med god yrkeskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, (...)*”

Forskrift om pasientjournal spesifiserer nærmere hva som skal være med i journalen. Dersom opplysningene er relevante og nødvendige skal journalen i flg forskriften §8 inneholde: *”(...) opplysninger om pågående behandling. Beskrivelse av pasientens tilstand, herunder status ved innleggelse og utskrivning. Foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk som resultat av dette. (...)”* I flg §7 skal journalen føres fortløpende, *”uten ugrunnet opphold”*.

Etter å ha gjennomgått de relevante avsnittene i de nevnte lovene, ”Forskrift om pasientjournal” og ”Merknader til forskrift om pasientjournal”, finner vi at ingen av disse stiller noe absolutt krav om at det skal føres daglige journalnotater. Det blir derfor en vurderingssak i hvilken grad daglige oppdateringer av pasientens journal er nødvendig og relevant, en vurdering som skal gjøres av journalansvarlig lege. En slik vurdering vil naturligvis variere ut fra hva slags avdeling og hva slags pasientgruppe det er snakk om. I en avdeling som hjertemedisinsk overvåkning må man kunne si at det i aller høyeste grad er relevant å kunne følge et pasientforløp fra dag til dag gjennom hele sykehusoppholdet. Dette er også avdelingsoverlege Bjørn Bentz’ vurdering.

I mange situasjoner vil det være av like stor betydning å dokumentere at et sykdoms- eller behandlingsforløp går som forventet, som å dokumentere eventuelle uventede hendelser. Beskrivelser av pasientens tilstand, observasjoner, funn og eventuelle andre opplysninger som nevnes i ”Forskrift om pasientjournal” bør da dokumenteres i journalen, selv om de ikke avviker fra det en ville forvente. Dersom slike opplysninger vurderes som relevante og nødvendige, skal de i henhold til loven dokumenteres.

Dr. Bentz har utarbeidet egne retningslinjer for avdelingen som sier at det for alle innlagte pasienter *skal* føres daglige journalnotater. Innholdet i faglige veiledere og retningslinjer er ikke direkte rettslig bindende, men bør i prinsippet følges.

Kunnskapsgrunnlaget:

Søkeprosess

Vi utførte søk i Cochrane og Pubmed for å finne oversiktsartikler som tok for seg sammenhengen mellom pasientdokumentasjon og kvalitet på behandling.

Følgende søkeord ble brukt:

1. undocumented patient information

2. inadequate patient information
3. sign out (overførsel av informasjon om pasienten innad i et behandlingsteam, f.eks ved vaktskifte)
4. medical errors
5. quality of care
6. electronic
7. inadequate medical documentation
8. medical records
9. coronary syndromes
10. daily documentation

Søkeord	Antall treff i “All of the Cochrane Library”	In:	Antall treff i PubMed
1 OR 2 AND 4 NOT 6	1(0)	Title abstract or key word	90(5)
1 OR 2 AND 5 NOT 6	8(0)	Title abstract or key word	351*
3 AND 4 NOT 6	1 (0)	Title abstract or key word	50(4)
3 AND 5 NOT 6	3(0)	Title abstract or key word	57(2)
7 AND 4 NOT 6	1 (1)	Title abstract or key word	26(2)
7 AND 5 NOT 6	1 (1)	Title abstract or key word	84(10)
8 AND 7 NOT 6	4 (1)	Title abstract or key word	114*
8 AND 5 NOT 6	303*	Title abstract or key word	6646*
8 AND 9 AND 5 NOT 6	1 (0)	Title abstract or key word	15 (1)
10 AND 5 NOT 6	0	Title abstract or key word	0
10 AND 4 NOT 6	0	Title abstract or key word	0

*Ettersom dette søket gav et svært høyt antall treff ble ikke resultatene vurdert. Vi valgte heller å innsnevre søket gjennom de øvrige kombinasjonene.

Kun artikler på engelsk og norsk er inkludert. Det ble lagt til ”NOT electronic” for å utelukke treff som omhandlet innføring av elektronisk journalføringssystem. Vi søkte først i Cochrane med ordene som nevnt ovenfor. Deretter avgrenset vi ytterligere ved kun å inkludere søkeord under ”title, abstract or key word”. I Pubmed søkte vi også med kombinasjonene som vist i

tabellen. Tabellen viser antall treff samt antall artikler av relevans (i parentes) for det enkelte søk.

Ettersom kombinasjonene "medical records AND quality of care NOT electronic" resulterte i et høyt antall treff i begge databasene, valgte vi ytterligere å begrense dette søket. Dette ble gjort ved å tilføye søkeordet "coronary syndromes" i håp om å finne artikler som kunne være av spesiell interesse for vår problemstilling. Tilslutt valgte vi å bruke søkeordene "daily documentation" kombinert med "quality of care" og "medical errors" for å se om det var noen studier som tok for seg betydningen av daglige journalnotater, men her fikk vi ingen relevante treff.

Ved gjennomgang av titlene fant vi totalt 27 artikler som kunne være aktuelle. Etter vurdering av abstracts sto vi igjen med 8 artikler som vi syntes var relevante for vår problemstilling. Av disse ble 3 artikler ekskludert grunnet manglende fulltekst.

Resultater etter litteratursøk

En studie fra 2008 gjorde en empirisk vurdering av innholdet i medisinske journaler hos 607 tilfeldig selekterte pasienter med NSTEMI- akutt koronart syndrom (6). Journalene fikk en poengsum etter hvilke elementer de inkluderte, dette innebefattet tidligere sykdommer, medikamenter, resultat av klinisk undersøkelse, laboratorieprøver og medisinske beslutninger (dokumentasjon av problemer, differensialdiagnoser, diskusjon av komorbide tilstander – for eksempel diabetes og hypertensjon – samt bruk av evidence- basert medisinsk behandling). I tillegg ble korrelasjon mellom journalenes poengsum, bruk av evidence- basert medisin og mortalitet vurdert. Resultater avslørte at medisinske journaler hos denne gruppen pasienter hyppig manglet nøkkelinformasjon vedrørende anamnese og klinisk undersøkelse. Studiene viste at pasienter som ble behandlet ved sykehus med høyere journalkvalitet (i form av høy journalscore) hadde en signifikant lavere mortalitet med en justert odds ratio på 0,79 (95 % konfidensintervall, 0,65-0,97). Disse pasientene ville dessuten kunne få en høyere grad av evidence- basert medisinsk behandling. Forholdet mellom bedre medisinsk dokumentering og en forbedret medisinsk behandling kan dermed bidra til nye metoder for kvalitetsforbedring (6).

Negative hendelser i forbindelse med såkalte "sign outs" (det vil si overføringen av en pasient mellom forskjellige behandlere, ved for eksempel vaktskift eller avdelinger) er også blitt studert. Muntlige og skriftlige "sign outs" på en indremedisinsk avdeling ble først registrert. Deretter ble det identifisert problemer relatert til overføring av pasientinformasjon ved å

intervjue de som tok over ansvaret for pasientene. I løpet av 12 dager oppsto det til sammen 24 problemer som kunne vært unngått ved bedre kommunikasjonsrutiner i forbindelse med ”sign out”. Årsaken var manglende informasjon om blant annet pasientens kliniske tilstand, viktige hendelser, planlagte undersøkelser/aktiviteter og kontroll av prøveresultater. Problemene førte til forsinket diagnose eller behandling hos 5 av 503 pasienter, hvorav 1 måtte legges inn på intensiv avdeling. 4 pasienter hadde ”near misses” - tilfeller der problemet ble oppdaget akkurat i tide slik at man kunne forhindre pasientskade. I tillegg førte det til ekstra arbeid for personalet på avdelingen i 15 tilfeller, noe som igjen gjorde at andre viktige oppgaver som for eksempel pasientomsorg, hvile og faglig oppdatering ble nedprioritert (7).

Non-adekvat dokumentasjon av ulik art har også blitt kartlagt i en nylig studie i forbindelse med astmahåndtering (8). Dette ble gjort gjennom en retrospektiv studie av journalmateriale til pasienter innlagt på sykehus grunnet astmaeksaserbasjon. Ved utskrivelse manglet 85 % av pasientjournalene dokumentasjon vedrørende astma-trening/opplæring. 97 % manglet dokumentasjon på utarbeidelse av astma- tiltaksplaner og 79 % manglet en spesialisthenvisning. Luftveisinfeksjon var vanligste årsak til innleggelse og 58 % av pasientjournalene manglet dokumentasjon av eksaserbasjonsfaktorer. Kun 47 % av pasientene hadde blitt medisinert med inhalasjons- kortikosteroider i forkant av utskrivelsen. En fjerdedel av pasientene hadde dessuten ikke fått utskrevet inhalasjonssteroider som vedlikeholdsterapi før utskrivelse. Resultatene viser at dokumentasjon i forbindelse med astmahåndtering var insuffisient og understreker behovet for å sikre optimal oppfølging gjennom en forbedring av medisinske journaler (8).

En retrospektiv kohort studie undersøkte hvordan risikofaktorer i forhold til hjertesykdom og tidligere kardiologisk sykehistorie var dokumentert i journalene til sykehuspasienter med henholdsvis hjerteinfarkt eller hjertesvikt (9). Disse elementene ble brukt som indikator på kvaliteten av den medisinske behandlingen som pasientgruppene mottok. I en høy andel av tilfellene var ikke informasjonen dokumentert og det ble derfor konkludert med at dokumentasjon av viktige kliniske opplysninger kan være dårlig, selv i sykehusjournaler til pasienter innlagt med alvorlige tilstander (9).

En siste studie kategoriserer og beskriver sårbare situasjoner ved overflytning av pasienter fra akuttmottak til indremedisinsk avdeling (10). Avdelingspersonalet ved de ulike avsnittene ble spurt om å beskrive pasientskader som kunne tilskrives en såkalt ”adverse event”, det vil si

den medisinske håndteringen av pasienten og ikke pasientens underliggende tilstand. Totalt 40 (29%) av 139 respondenter rapporterte om slike opplevelser ved overføring av pasient fra akuttmottaket til annen avdeling på sykehuset. Også såkalte ”near misses” ble beskrevet her. Av de 40 rapporterte tilfellene ble 13 tilskrevet feil ved diagnostisering, 14 grunnet feilbehandling og 13 grunnet plassering på feil avdeling. Seks pasienter måtte overføres til intensiv avdeling. Respondentene ble bedt om å beskrive kommunikasjonsproblemer og en påfølgende analyse av responsene identifiserte flere faktorer som kunne bidra til feilbehandling. Av disse er blant annet følgende faktorer nevnt: inkomplett informasjon og tvetydig ansvar for såkalt ”sign outs” (det vil si overføring av pasient mellom forskjellige behandlere) eller oppfølging (10).

Forskning viser at pasientjournalen er et viktig kommunikasjonsverktøy mellom helsearbeidere. Likevel har et relativt begrenset antall studier fokusert på hvordan journalkvaliteten vil kunne ha betydning for videre pasientforløp og overlevelse. Studier som er blitt gjort understreker hvor viktig det er å dokumentere pasientinformasjon i medisinske journaler og at gode journalnotat har sammenheng med kvaliteten på helsehjelpen.

I vår oppgave har vi ønsket å forbedre bruken av daglige notat på hjertemedisinsk overvåkning. Selv om det i litteraturen er vist effekt av god dokumentasjon i pasientjournalen og loven krever at en skal føre journal, har vi ikke funnet noe i litteraturen som viser effekt av nettopp *daglige* notater.

Derimot har avdelingsoverlegen utarbeidet retningslinjer som sier at det skal føres daglige notat på inneliggende pasienter på hjertemedisinsk overvåkning, og vi mener derfor at det samlet sett er grunn til å sette inn tiltak for å forbedre bruken av daglige notat på avdelingen.

Forbedringsarbeidet:

Observasjoner og praksis

Vi fikk tidlig i oppgaveperioden bekreftet fra avdelingsledelsen ved hjertemedisinsk overvåkning at manglende journalføring var et problem på deres avdeling. Vi ønsket likevel å observere dette selv for å underbygge denne påstanden og for å danne oss et inntrykk av hvor omfattende problemet var. Derfor gikk vi sammen med Dr. Bentz inn for å registrere hvor stor

andel av pasientene som det ble skrevet fullstendig journal på i løpet av en 2 ukers observasjonsperiode. Dette foregikk selvfølgelig uten at legene på avdelingen var informert om registreringen. Vi forventet å finne manglende journalføring, og dermed et forbedringspotensiale som vi kunne ta utgangspunkt i under arbeidet med oppgaven.

Over en to ukers periode ble det registrert:

Totalt antall pasienter: 106

Totalt antall pasienter med >1 liggedøgn: 10

Pasientene som bare hadde ett liggedøgn ble registrert med et innkomstnotat og en epikrise, og i en slik situasjon er det ikke nødvendig med dagsnotater. Nedenfor følger en tabell med pasienter som har ligget mer enn ett døgn på avdelingen. I tabellen ser vi antall registrerte dagsnotater og forventet antall notater beregnet ut fra totalt antall liggedøgn:

Pas. nummer	Antall registrerte notater	Forventet antall notater (antall "mellomdager")	Andel notater registrert
1	6	9	6/9= 67%
2	5	9	5/9= 56%
13	1	1	1/1= 100%
14	0	1	0/1= 0%
26	3	4	3/4= 75%
32	0	1	0/1= 0%
35	3	3	3/3= 100%
41	7	7	7/7= 100%
59	0	2	0/2= 0%
101	0	1	0/1= 0%
	Totalt 25	Totalt 38	

Ut fra denne tabellen kan vi trekke følgende konklusjoner:

- Andel pasienter med mangler i dagsnotat-registreringen: 7/10= 70 %
- Andel dagsnotater som er ført totalt: 25/38= 66 %

- Andel manglende dagsnotater totalt: $13/38 = 34\%$

Vi ser dermed at hvert tredje dagsnotat mangler. De registreringene som ikke er tatt med i tabellen ovenfor inneholder pasienter som har fått registrert inntaksnotat og epikrise. Dette gjelder totalt 96 pasienter, hvorav 4 kan skilles ut som unntak:

- 2 av pasientene hadde ingen skriftlig dokumentasjon for deres sykehusopphold
- 1 av pasientene manglet inntaksnotat
- 1 av pasientene manglet epikrise.

Hjerteovervåkingen på Rikshospitalet har høy turnover med mange pasienter som kun ligger ett døgn før de reiser hjem eller blir overflyttet til en annen avdeling. Ut fra våre registreringer ser vi at avdelingen er god på skriftlig dokumentasjon på akkurat denne pasientgruppen, det er kun 4 av 96 (4,2 %) pasienter som har manglende dokumentasjon.

Problemet oppstår når pasientene blir liggende over flere døgn. Som forventet viser resultatene fra registreringen at det er betydelig mangelfull føring av daglige journalnotater hos denne pasientgruppen: Kun 66% av notatene er ført, og problemet berører hele 70% av pasientene i denne gruppen.

Indikatorvalg

Vi har sett for oss to mulige indikatorer, en prosessindikator og en resultatindikator. Et forslag til resultatindikator kunne her ha vært reduksjon i andel uheldige hendelser etter innføring av tiltaket. Uheldige hendelser ville for eksempel kunne være overføring til intensivavdeling, igangsetting av respiratorbehandling eller hjertestans. Dersom vi kunne ha vist til effekt på disse parametrene, ville det ha vært svært motiverende og sannsynligvis ført til en mer konsekvent gjennomføring av det ønskede forbedringstiltaket. Dessverre tror vi ikke denne indikatoren vil være målbar, da dette er en relativt liten avdeling. Det kan også være muligheter for feiltolkning her, da en eventuell reduksjon i uheldige hendelser kan skyldes andre forhold på avdelingen og ikke nødvendigvis være relatert til innføringen og effekten av tiltaket.

En prosessindikator kan muligens virke mindre motiverende på de som skal utføre arbeidet, enn en resultatindikator, men på grunn av problemene med å trekke konklusjoner på bakgrunn av resultatindikatoren, har vi forkastet denne til fordel for prosessindikatoren i vår oppgave.

En prosessindikator vil kunne være;

- 1) andel av pasienter som har en fullstendig journal der det er skrevet daglige notater.
- 2) andel av det forventete antall daglige notater som har blitt journalført.

På hjertemedisinsk overvåkning har de fleste pasienter kort liggetid, og mange blir skrevet ut av avdelingen allerede innen ett døgn. "Indikatorpopulasjonen" vil være alle innlagte pasienter med mer enn ett liggedøgn i avdelingen, dvs de pasientene som bør ha en journal som i tillegg til innkomstnotat og epikrise/utnotat, inneholder minst ett daglig notat.

Alternativ 1) er en god indikator for å vise hvor mange av pasientene som er berørt av problemet, men den sier ingenting om hvor stor andel av notatene som mangler. For eksempel vil en pasientjournaler som inneholder henholdsvis 1 av 7 og 6 av 7 forventete notater ha like stort utslag på indikatoren. Vi mener derfor at alternativ 2) gir et mer nyansert bilde, og har valgt å gå for denne. Denne indikatoren er lett tilgjengelig via pasientjournalen og enkel å måle ved retrospektive gjennomganger av journalene. Indikatoren er pålitelig og kan følges over tid.

Journalen er nyttig både som kommunikasjonsverktøy og juridisk dokument. Som nevnt tidligere i oppgaven er det også vist i litteraturen at god dokumentasjon vil medføre færre uheldige hendelser og bedre pasientsikkerhet. Disse aspektene gjør at en økning i antall journalnotater er en kvalitetsforbedring i seg selv. Indikatoren fungerer dermed som et indirekte mål på kvalitetsforbedring fordi pasientsikkerheten ivaretas bedre og som et mer direkte mål på i hvilken grad gjeldende lover og retningslinjer følges. Den er derfor relevant for det vi ønsker å se på.

Begrunnet tiltak

Vi vurderte flere ulike tiltak som kunne benyttes i kvalitetsforbedningsarbeidet. Vi kom fram til forslagene ved idédugnad innad i gruppa og samtaler med ledelsen på den aktuelle avdelingen. I tillegg foretok vi en rundspørring blant ulike leger ansatt ved andre avdelinger på Rikshospitalet og Aker Universitets sykehus. Vi spurte om de opplevde manglende journalføring som et problem på avdelingen hvor de jobbet og om de hadde forslag til tiltak som kunne bidra til å redusere dette problemet. Ulike tiltak vi har sett for oss er;

- 1) *Undervisning:* Internundervisning på avdelingen, f.eks i forbindelse med morgenmøter, kan være en anledning til å fokusere på problemet med mangelfull føring av daglige journalnotater. En motiverende faktor for forbedring av arbeid kan være å vise til hvor dårlig en faktisk gjør arbeidet. Vi tenker oss at det er mulig å vise til resultatene fra den to uker lange registreringsperioden. En kan da samtidig undervise med tanke på de artiklene som er funnet på temaet med nytten av god dokumentering i journalen, og gjennomgå aktuelle lover og retningslinjer. Tiltaket er lett gjennomførbart og er uten store kostnader, men vil gå på bekostning av annen undervisning. Studier har vist at ren didaktisk undervisning kan ha noe effekt på endring av atferd (11), men dersom man velger å gjøre undervisningen mer interaktiv, bl.a. ved at legene blir mer deltakende, blir effekten større (11,12). En årsak til dette kan være at delaktighet fører til økt engasjement. Et mulig problem med tiltaket kan være at selv om undervisningen kan virke inspirerende i øyeblikket, kan effekten avta med tiden slik at man kun ser en forbigående forbedring. Det hadde vært mulig å regne ut ukentlig evt. månedlig andel notater som blir skrevet, og at det for eksempel blir hengt opp på legenes kontor som en påminnelse og motivasjonsfaktor. Men det krever en del arbeid å lage den statistikken. Dessuten fordrer det en engasjert person som sier seg villig til å gjøre det. Sannsynligvis ville det å gjøre nye registreringsperioder ikke være kostnadseffektivt. Et annet problem kan være at legene føler seg overvåket, og motsetter seg bruken av denne type registrering.
- 2) *Engasjere ledelsen:* Dette er et tiltak som erfaringsmessig har god effekt. Vi er så heldige at vi allerede har med oss en engasjert person fra ledelsen av avdelingen. Dermed vil dette tiltaket være enkelt å gjennomføre, vi forventer oss lite motstand og det er uten kostnader. Et problem vi kan tenke oss er at avdelingsoverlegen allerede har påpekt at dette har vært en mangel på avdelingen en god stund, og at han dermed kan bli lei av å stadig skulle stå i bresjen for å få dette gjennomført.
- 3) *Notatmal:* Ved å innføre en standardisert, kort mal som notatene skal følge, vil en lettere huske hva en skal ha med i notatet, og en vil også være sikret at det viktigste kommer med. Malen kan enten henges opp (som en huskeliste på skjermen) på dataene som tas i bruk for å skrive notater, eller en kan - dersom det er mulig- legge dem inn i dataprogrammet hvor notatene skrives. På denne måten vil den kunne

fungere som en påminnelse/”reminder”. Et slikt tiltak har vist seg effektivt i forhold til å endre legers atferd (13).

Det er mulig at dette tiltaket vil medføre noe motstand fra legene dersom de føler det blir kunstig å skulle følge en bestemt mal for notatet. Dessuten kan tiltaket virke tidkrevende og unødvendig dersom legen ikke føler at det har skjedd noe i pasientens tilstand som krever å journalføres. Vi ville ha samarbeidet med legene på avdelingen og avdelingsoverlegen om innholdet i den eventuelle malen, og det er mulig at dette ville ha gjort motstanden mot tiltaket mindre. Vi tror at tiltaket er mulig å gjennomføre, og at det vil kunne ha en god effekt, men at det totalt sett vil bli tungvint å innføre en slik standardisert mal av de overnevnte grunner.

- 4) *Sjekkliste/reminder*: En kan innføre en egen rubrikk på arket som en daglig printer ut med oversikt over inneliggende pasienter på avdelingen. Det skal være en rubrikk for hver pasient, hvor legen selv kan krysse av om han eller hun har skrevet notat på pasienten den dagen. Vi tenker oss at dette kun skal være for legen selv, det er ikke noe han eller hun skal levere inn. Da hver pasient har en rubrikk, vil listen fungere som en sjekkliste. I tillegg vil den være en daglig påminnelse (reminder) om at en skal skrive notat på pasientene. Tiltaket er enkelt å gjennomføre, det vil ikke koste noe og vi forventer oss lite motstand. Dette er, som tidligere nevnt, et effektivt tiltak (13). Tiltaket er enkelt å gjennomføre, da en slik liste over inneliggende pasienter allerede er i bruk blant legene som går visitt på avdelingen, og det kreves minimal innsats å legge rubrikken inn i pasientlisten på datasystemet. Det er mulig at vi med dette tiltaket kun når de mest motiverte legene, og at de som oftest ikke skriver notater ikke vil bry seg med den rubrikken.
- 5) *Sykepleierne sjekker legene*: Vi ser for oss et mulig tiltak hvor sykepleierne (som ofte har gode og utfyllende notater) kunne ha minnet legene på at de skal skrive notat på pasienten, evt. sjekket om det ble gjort. Det er mulig at dette ville ha vært effektivt, men vi tror det ville ha medført en god del motstand fra både leger og sykepleier. Det er som regel ikke noe morsomt å være den som skal sjekke at andre gjør jobben sin, og det er i hvert fall ikke populært å bli overvåket. Det ville også medført en ekstra tids- og arbeidsmessig belastning på sykepleierne. Selv om dette hadde vært et tverrfaglig prosjekt, tror vi ikke det hadde vært mulig eller ønskelig å gjennomføre det.

Etter å ha vurdert de ulike alternativene og diskutert dem med dr. Bentz, kom vi fram til at en kombinasjon av to tiltak, nemlig internundervisning og sjekkliste/reminder, ville være den beste løsningen. Det er vist god effekt av å kombinere flere ulike tiltak rettet mot å endre legers atferd (13). Dessuten er dr Bentz, som sitter i ledelsen, positiv til prosjektet, hvilket vil gjøre gjennomføringen lettere. Et argument mot å bruke undervisning som virkemiddel, var at vi trodde effekten ville avta med tiden. Ved å forandre pasientlistene og tilføre dem en rubrikk der man skal krysse av for daglig journalføring (sjekkliste/reminder), gir man imidlertid legene en daglig påminnelse som kan bidra til at fokus på problemet og effekten av undervisningen opprettholdes.

Prosess og organisering for bedre praksis

Ved ethvert kvalitetsforbedringsprosjekt er det viktig at sentrale nøkkelpersoner i det systemet der prosjektet skal gjennomføres, er involvert fra begynnelsen. For å lette prosessen bør det være mest mulig grad av enighet i ledelsen om at det er ønskelig å gjennomføre prosjektet. Det er også viktig at alle berørte parter, også nedover i systemet, tas med i prosessen. Dette kan være helt avgjørende for resultatet, spesielt dersom initiativet til å sette i gang et slikt prosjekt primært kommer fra ledelsen.

Vårt kvalitetsforbedringsprosjekt går ut på å øke andelen daglige journalnotater som skrives på hjertemedisinsk overvåkning ved Rikshospitalet, og deltakerene i prosjektet blir dermed assistentleger og overleger på denne avdelingen. Da det er avdelingsledelsen som har påpekt at dette er et problem og de derved er motivert for å gjennomføre et evt. prosjekt, vil den største utfordringen være å skape engasjement blant de øvrige legene i avdelingen.

Vi tenker oss at tiltakene, nemlig innføring av en enkel sjekkliste kombinert med undervisning, kan iverksettes nokså raskt. Endring av pasientlistene slik at disse inneholder en ekstra rubrikk krever så godt som ingen planlegging og forberedelser. En person, f.eks. overlege Bjørn Bentz, må gå inn i datasystemet og legge til en ekstra kolonne med overskriften ”Daglig notat”, og deretter kreves det kun at alle legene gjøres oppmerksomme på endringen og hensikten med den. Undervisningsdelen krever derimot litt forberedelser. Den kan for eksempel gjennomføres i forbindelse med et morgenmøte en dag det er satt av tid til internundervisning. Vi ser for oss at den bør inneholde:

- en gjennomgang av relevant litteratur og lovverk for å understøtte viktigheten av å sette i verk tiltak og forventet effekt av tiltaket
- en gjennomgang av resultatene fra registreringene
- en diskusjonsdel der alle legene oppfordres til å komme med synspunkter og innspill
- presentasjon av tiltak (sjekklister/reminder) og mål for forbedringsprosjektet, nemlig at det skal føres daglig notat for *alle* pasienter *hver* dag.

For at alle legene, også de som ikke er til stede på det aktuelle morgenmøtet, skal motta informasjon, bør det i tillegg deles ut skriftlig informasjon til alle. For å sikre at evt. forbedringer opprettholdes, er det viktig at rubrikken på pasientlistene ikke fjernes, og at det i blant kommer påminnelser om viktigheten av fullstendige journaler. Forhåpentligvis kan selve prosjektet bidra til å skape en holdningsendring og gjøre at det å føre notater hver dag blir en rutine.

Trinnene i denne prosessen svarer i all hovedsak til trinnene i Demings PDSA-sirkel (14) som består av de fire hovedelementene:

- Plan (planlegge): I denne fasen har vi identifisert problemet, gjort undersøkelser i avdelingen, forsøkt å analysere mulige årsaker og vurdert mulige tiltak.
- Do (utføre): En tenkt måte å utføre prosjektet på i avdelingen er beskrevet tidligere i avsnittet.
- Study (kontrollere): En kvalitativ og kvantitativ evaluering av prosjektet etter at det evt er gjennomført, er drøftet i avsnittet under.
- Act (korrigere): Avhengig av hva slags resultater man finner i evalueringen, må man vurdere å gjøre endringer og gå gjennom prosessen på nytt.

Evaluering

Etter få uker bør det gjennomføres et nytt møte der legene får anledning til å komme med tilbakemeldinger. Da kan man høre fra legene selv i hvilken grad de forholder seg til den nye rubrikken på pasientlistene, og hvilket inntrykk de har av egen "compliance". Opplever de at journalen har blitt et bedre arbeidsverktøy? Er det lettere å oppdatere seg på den enkelte pasients sykdomsforløp? Er det enklere å skrive epikriser dersom journalen er mer fullstendig? Går tiden dette tar på bekostning av andre arbeidsoppgaver? En slik uformell, kvalitativ evaluering kan kartlegge evt. problemer knyttet til forbedringsprosjektet. Ved at berørte parter blir involvert både før og etter innføringen av tiltaket, skaper man lettere

engasjement og forståelse for prosjektet, og det vil sannsynligvis gi en bedre effekt på gjennomføringen av tiltaket.

En kvantitativ evaluering av prosjektet kan en få ved å gjennomføre en ny registreringsperiode der man bruker indikatoren, andel daglige notater som er ført, til å se om det faktisk har skjedd endringer i retning av å nå målet. En eventuell forbedring kan for eksempel legges fram for avdelingen og skape motivasjon til å opprettholde forbedrede arbeidsrutiner.

Diskusjon

Manglende journalføring er etter våre erfaringer og de undersøkelser vi har gjort, et problem man finner igjen på flere avdelinger på ulike sykehus. Hovedargumentet for å innføre bruk av daglige notater vil være at pasientsikkerheten bedres og at uheldige hendelser reduseres. I tillegg vil man stå juridisk sterkere ved en oppdatert og riktig journal, samt at kommunikasjonen mellom ulike avdelinger, samt første- og andrelinjehelsetjenesten bedres.

Vi vurderte følgende tiltak:

- 1) Undervisning
- 2) Sjekkliste
- 3) Notatmal
- 4) Engasjere ledelsen
- 5) Sykepleiere sjekker leger

Etter grundig gjennomgang av alle tiltakene, beskrevet under kapittelet om ”begrunnet tiltak”, konkluderte vi i samarbeid med Dr. Benz at en kombinasjon av undervisning, sjekkliste og engasjert ledelsen vil kunne ha en synergistisk effekt. Det er i studier vist god effekt av å kombinere flere ulike tiltak rettet mot å endre legers atferd (13). Når det gjelder undervisning kan et problem med tiltaket være at selv om undervisningen kan virke inspirerende i øyeblikket, kan effekten avta med tiden slik at man kun ser forbigående forbedring. For å unngå dette kan man gi legene en daglig påminnelse i form av sjekkliste/reminder som kan bidra til at fokus på problemet og effekten av undervisningen opprettholdes. Dette i tillegg til en engasjert ledelse mener vi gir et godt utgangspunkt for både gjennomføring og oppfølging, og dermed gode muligheter for et vellykket prosjekt.

Innføringen av daglige notater er ikke en tids- og kostnadsfull affære. På tross av argumentasjonen med at legene vil komme til å bruke mer tid på å føre journaler, og at dette igjen går ut over andre legedelegerte arbeidsoppgaver, mener vi at den ekstra tiden det tar i stor grad vil kunne spares inn igjen ved at skriving av epikriser går lettere. Dette er en avdeling med høy turnover både av leger og pasienter, hvilket betyr at legen som skriver pasientens epikrise ikke nødvendigvis har hatt noe med pasienten å gjøre. Dette betyr da nødvendigheten av gode dagsnotater for å kunne skrive en adekvat epikrise.

Det er ikke store forandringer og ressurser som kreves for at prosjektet skal kunne gjennomføres. Vi mener det er svært viktig at alle berørte parter blir involvert både før og etter innføringen av prosjektet. Det beste ville være å gjennomføre en ny registrering av dagsnotatskrivingen og på den måten utføre en kvantitativ evaluering av prosjektet. Dette er noe Dr. Benz selv ønsker, men da det er et noe tidkrevende arbeid er det usikkert om det vil bli gjort og i så fall av hvem. Forhåpentligvis vil man etter en tid diskutere legenes erfaringer med innføringen av prosjektet, og dermed evaluere prosjektet på en mer uformel og kvalitativ måte.

Da vi tror at hovedproblemet med innføringen av prosjektet vil være legenes holdning til prosjektet og nytten av det, vil det at legene gjennomgående blir involvert og dermed forhåpentligvis motivert kunne være medvirkende til at motstanden mot prosjektet reduseres. Da ledelsen allerede er engasjert i prosjektet og viser interesse for å innføre tiltakene, tror vi at det er sannsynlig at prosjektet blir gjennomført og fulgt opp.

Referanser

1. Helsepersonelloven. Kap. 8. 02.07. Nr. 73 1999
2. Pasientrettighetsloven, Kap. 5. 02.07. Nr. 63 1999.
3. Kommunchelsetjenesteloven, Kap 1. 19 11. Nr. 66 1982.
4. Spesialisthelsetjenesteloven, Kap. 3, 02.07. Nr. 61 1999.
5. Forskrift om pasientjournal. 21.12 nr. 1385 2000.
6. Dunlay SM, Alexander KP, Melloni C, Kraschnewski JL, Liang L, Gibler WB, Roe MT, Ohman EM, Peterson ED. Medical records and quality of care in acute coronary syndromes: results from CRUSADE. *Archives of Internal Medicine* 2008;168:1692-8
7. Horwitz LI, Moin T, Krumholz HM, Wang L, Bradley EH. Consequences of inadequate sign-out for patient care. *Arch Intern Med.* 2008;168:1755-60
8. Arnold LB, Utery JB, Finch CK, Wallace JL, Deaton PR, Self TH. Inadequate documentation of asthma management in hospitalized adult patients. *South Med J.* 2009;102:510-4
9. Cox JL, Zitner D, Courtney KD, MacDonald DL, Paterson G, Cochrane B, Mathers J, Merry H, Flowerdew G, Johnstone DE. Undocumented patient information: an impediment to quality of care. *Am J Med.* 2003;114:211-6
10. Horwitz LI, Meredith T, Schuur JD, Shah NR, Kulkarni RG, Jenq GY. Dropping the baton: a qualitative analysis of failures during the transition from emergency department to inpatient care. *Ann Emerg Med.* 2009;53:701-10
11. Forsetlund L, Bjøndal A, Rashidian A, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Apr 15;2:CD003030
12. Davis D, Thomson O'Brian MA, Freemantle N, et al. Impact on formal continuing medical education. Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA* 1999 Sep 1;282:867-74
13. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995 Sep 6;274(9):700-5
14. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Veileder IS-1162. 2005. Oslo, sosial-og helsedirektoratet.

INSTRUKS FOR LEGER VED HJERTEMEDISINSK OVERVÅKNINGSPOST (HMAINT).

Hjerteovervåkningen har til en hver tid to leger i utdanningsstilling som roterer innom i perioder på 3-6 mnd eller mer. I denne tiden skal de utøve selvstendig legearbeid under supervisjon av overlege. Legene må raskest mulig sette seg inn i avdelingens rutiner og bruk av utstyr. Det rapporteres til seksjonsoverlegen eller dennes stedfortreder.

Til daglig skal legene drive anvist del av posten (avtales under previsitt). På dager hvor arbeidsbyrden er stor avlaster overlegen fortrinnsvis med de mer kompliserte avgjørelsene/prosedylene.

1. Møter/rapporter

0730-0800:	Morgenmøte med HMAAs leger (vaktrapport/undervisning)
0800-0900 (fredag; 0830-0930):	Previsitt med leger/sykepleiere
0900:	Previsitt/visitt på Intensiv i 4 etg
1515-1530:	Hjertemøte med thoraxkirurger
1530-1600:	Kurvevisitt med sykepleiere på aftenvakt
1600-1615:	Vaktrapport med påtroppende vaktteam

Det er viktig at disse tidspunktene overholdes for at driften skal bli effektiv.

2. Utskrivelser/mottak av pasienter

Etter previsitten skrives aktuelle pasienter ut. Alle epikriser skal være signert når pasienten forlater Hjerteovervåkningen. Utskrivelser må koordineres med mottak av nye pasienter for å unngå flaskehalsen både på avdelingen og i ventende laboratorier (angio, ekko, el.fys). Legene må rådføre seg med ansvarlig sykepleier/scopvakt for å få aktuelle tidsrammer slik at utskrivelse/mottak av pasienter blir rask og effektiv.

3. Overliggende pasienter

Pasienter som blir liggende på Hjerteovervåkningen i flere dager skal ha vanlig visittgang, men tidspunktet og tidsbruken bestemmes av problemstillingen. Felles for alle disse pasientene er at det alltid skal skrives dagsnotater i journalen. Det er spesielt viktig at fremgår klart hva slags tiltak som skal iverksettes ved forverring (f.eks flytting til intensiv, respirator, dialyse, resuscitering etc).