

# RAPPORTERING TIL NYTTE ELLER PLAGE?

Om rapporteringskrav i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling



# OPPSUMMERING

Helse- og omsorgsdepartementet gav følgende oppdrag til dei regionale helseføretaka (RHF-a) i 2023:

*Dei regionale helseføretaka skal i samarbeid, og under leing av Helse Vest RHF, gjennomgå rapporteringskrav i psykisk helsevern og TSB og kvar dei ulike rapporteringskrava kjem frå.*

*Det blir bede om framlegg til eventuelle endringar i rapporteringskrav og framlegg til tiltak som kan bidra til effektivisering av nødvendig rapportering, under dette støtte for behandlarane i rapporteringa.*

*Målet er ein lågare rapporteringsbyrde for behandlarar og klinikarar, og at rapporteringa skal opplevast som nyttig for arbeidet med pasienttryggleik, forskning og kvalitets- og tenesteutvikling.*

*Rapporteringa skal ta hand om behovet for å følgje med, samstundes som det skal bli enklare for tenestene og ein skal unngå unødvendig rapportering.*

RHF-a valgte å løyse oppdraget gjennom eit interregionalt prosjektarbeid. Med godkjenning frå Styringsgruppa inkluderte Prosjektgruppa også det arbeidet klinikarar har med dokumentasjon og koding. Rapportering er uløyseleg knytta til arbeidet med dokumentasjon og koding i elektronisk pasientjournal (EPJ).

Oppdraget har blitt drøfta med ei klinisk referansegruppe bestående av erfarne klinikarar frå dei fire helseregionane. I tillegg har det blitt gjennomført ei spørjeundersøking der om lag 2500 klinikarar frå heile landet responderte på undersøkinga. Tilbakemeldingane frå referansegruppa og svara frå spørjeundersøkinga er samanfallande, og ligg til grunn for anbefalingane.

Klinikarar sitt arbeid med å dokumentere i journal, koding og rapportering tek tid bort frå den tida klinikanane har saman med pasientane. Forslaga som blir lagt fram vil redusere tida klinikarar nyttar til dokumentasjon, koding og rapportering, gje klinikarar betre tid saman med pasientane, og med det betre kvalitet i behandlinga av pasientane, og auka behandlingsskapitet. Den viktigaste begrunninga for forslaga til tiltak er at aktivitetane ikkje er dokumentert å vere til nytte i pasientbehandlinga.

I rapporten er forslaga om endring presentert i kapittel 5. Forslaga er:

- Prosjektgruppa legg fram forslag om at koding av aktivitet må vere så enkel som mogleg og bør vere begrensa til å registrere episodar med diagnosedata. Koding av prosedyrar og liknande med føremål innsats-styrt finansiering bør bli avslutta.

Prosjektgruppa foreslår at PHV og TSB bør vere 100% rammefinansiert og at ei slik endring vil bidra til redusert tid brukt til koding.

- Prosjektgruppa vurderer at pasientforløpa innan PHV og TSB er av fagleg høg verdi, men ser ingen samanheng mellom måla for forløpa og registrering av kodar. Prosjektgruppa legg difor fram forslag om å halde fram med pasientforløpa som normerande produkt, men at kodinga utgår.

Prosjektgruppa legg fram forslag om krav til automatisk hausting av data til registre:

- Helsedata blir skapt og lagra for primærføremål, i tråd med Pasientjournallova og Helsepersonellova
- Helsedata blir lagra i EPJ med struktur, der klinikarar meiner at struktur av helsedata vil bidra til forenkling og forbetring av dokumentasjonsarbeidet, og strukturen kjem til nytte i pasientbehandlninga
- Hausting av helsedata til registerløyisingar skal skje automatisk, med heimel i Helseregisterlova, til sekundærføremål
- Eksisterande registerløyisingar som ikkje er bygd opp slik at hausting av data skjer automatisk får ein frist på fire til fem år til å løyse utfordringa. Etter fristen skal all rapportering til registre skje gjennom automatisk hausting av data

Prosjektgruppa legg fram forslag om at helseføretaka får i oppdrag å auke merksemda på journalføring. Alle som har direkte pasientretta arbeid og dokumentasjonsplikt i EPJ bør få kurs og rettleiing i journalføring. Opplæring i journalføring må bli gjennomført slik at det blir opplevd som støtte og rettleiing, og eit bidrag til å tryggje klinikarane i sin arbeidssituasjon.

Prosjektgruppa slutter seg til både målsettingar og tiltak som er foreslått i Direktoratet for e-helse sin rapport om automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre. For helseføretaka er dei viktigaste tiltaksområda

- Begrepsharmonisering og normering av variablar
- Utvida bruk av nøkkelregister
- Tekniske løysingar for bedtre integrasjon og gjenbruk av data
- Avklaring vedkomande pasientrapporterte data (PROM / PREM)



# INNHALD

## INNHALD

<b>1. Mandat, prosjektdirektiv</b>	<b>5</b>
1.1 Bakgrunn	5
1.2 Mål for prosjektet	5
1.3 Oppgaver	6
<b>2. Prosjektorganisering</b>	<b>6</b>
2.1 Prosjekteigar	6
2.2 Styringsgruppe	6
2.3 Prosjektgruppe	7
2.4 Klinisk referansegruppe / ressursgruppe	8
<b>3. Innhenting av informasjon</b>	<b>8</b>
3.1 Innhenting av informasjon om ulike register	8
3.2 Spørjeundersøking til tilsette	9
3.3 Kliniske dokumentasjonskrav	11
3.4 Koding og rapportering vedkomande pasientforløp (tidlegare pakkeforløp)	12
<b>4. drøfting av omgrepa dokumentasjon, koding og     rapportering</b>	<b>13</b>
<b>5. forslag til tiltak for å forenkle og forbetre arbeidet med     dokumentasjon, koding og rapportering innan phv og     tsb</b>	<b>14</b>
5.1 Avslutte ISF koding	15
5.2 Avslutte koding i pasientforløp	16
5.3 Krav om automatisert hausting av data til registre	18
5.4 Kompetanseløft, journalføring	19
5.5 Tilslutning til tiltak i rapport 'Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre' (jfr kapittel 3.3)	21
<b>6. Kjelder</b>	<b>24</b>

# 1. MANDAT, PROSJEKTDIREKTIV

## 1.1 Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet gav følgende oppdrag til dei regionale helseføretaka (RHF-a) i 2023:

*Dei regionale helseføretaka skal i samarbeid, og under leiing av Helse Vest RHF, gjennomgå rapporteringskrav i psykisk helsevern og TSB og kvar dei ulike rapporteringskrava kjem frå.*

*Det blir bede om framlegg til eventuelle endringar i rapporteringskrav og framlegg til tiltak som kan bidra til effektivisering av nødvendig rapportering, under dette støtte for behandlarane i rapporteringa.*

*Målet er ein lågare rapporteringsbyrde for behandlarar og klinikarar, og at rapporteringa skal opplevast som nyttig for arbeidet med pasienttryggleik, forskning og kvalitets- og tenesteutvikling.*

*Rapporteringa skal ta hand om behovet for å følgje med, samstundes som det skal bli enklare for tenestene og ein skal unngå unødvendig rapportering.*

Helse Vest har i samråd med dei tre andre RHF-a vedteke å opprette eit prosjekt for å løyse oppdraget.

## 1.2 Mål for prosjektet

Mål for prosjektet går fram av oppdraget:

- Redusere rapporteringsbyrda for behandlarar og klinikarar
- Bidra til at rapporteringa som blir utført av helsepersonellet blir opplevd som nyttig for arbeidet med pasienttryggleik, forskning, kvalitet og tenesteutvikling
- Sikre at rapporteringa er tilstrekkeleg til å følgje med, samstundes som det skal bli enklare for tenestene og unngå unødvendig rapportering
- RHF-a vil legge til eit mål ut over det som går fram av oppdraget:
- Bidra til at helsepersonellet opplever forenkling og forbetring av kvalitet i dokumentasjonsarbeidet generelt

Grunngevinga for målet som er lagt til er at dokumentasjon av klinisk verksemd og rapportering i stor grad er overlappende og tilgrensande både tematisk og med omsyn til løysing.

### 1.3 Oppgåver

Oppgåver utført gjennom prosjektarbeidet er følgande:

- Gjennomgang av rapporteringskrav for behandlarar og klinikarar innan PHV og TSB
- Identifisering av opphavet til og grunngjevinga for dei ulike rapporteringskrava
- Framlegg om tiltak som kan redusere volumet innan dokumentasjon og rapportering
- Framlegg om endring, forenkling og forbetring av sjølve arbeidsprosessane innan det som framleis skal bli dokumentert og rapportert (effektivisere)
- Gjennomgang av kliniske dokumentasjonskrav
- Gjennomgang av pasientadministrative data og rapporteringskrav innan pasient logistikk
- Gjennomføring av ei omfattande spørjeundersøking blant medarbeidarar i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling
- Dialog med Helsedirektoratet og Direktoratet for eHelse om liknande og til dels overlappende oppdrag frå departementet

## 2. PROSJEKTORGANISERING

### 2.1 Prosjekteigar

Prosjekteigar er AD i Helse Vest, Inger Cathrine Bryne

### 2.2 Styringsgruppe

Leiar av styringsgruppa er fagdirektør i Helse Vest, Bjørn Egil Vikse.

Styringsgruppa var samansett av det interregionale fagdirektørmøtet, supplert med ein konserntillitsvald, utnemnd av dei interregionale fora for tillitsvalde og verneombod. I tillegg var det to brukarrepresentantar, utnemnt av regionalt brukarutval i Helse Sør-Øst og Helse Vest.

Styringsgruppa har hatt ansvar for:

- at prosjektorganisering og framdriftsplan sikrar levering i tråd med mandat
- å forankre prosjektet i organisasjonen
- å godkjenne leveransar frå prosjektet, og ta nødvendige avgjerder

Følgjande styringsgruppe er etablert for prosjektet (i tillegg møter prosjektleiar):

Rolle	Stilling	Namn	Representerer
Leiar av styringsgruppa	Fagdirektør	Bjørn Egil Vikse	Helse Vest
Representant	Fagdirektør	Geir Tollåli	Helse Nord
Representant	Fagdirektør	Bjørn Gustafsson	Helse Midt
Representant	Fagdirektør	Ulrich Spreng	Helse Sør-Øst
Representant	Konserntillitsvalgt	Lindy J. Schweder	Helse Midt
Representant	Brukarrepresentant	Asbjørn Larsen	Helse Nord
Representant	Brukarrepr., vara	Ernly Eriksen	Helse Nord

### 2.3 Prosjektgruppe

Prosjektgruppa har hatt ansvar for å løyse planlagde oppgåver, og rapporterer til styringsgruppa.

Rolle	Stilling	Namn	Representerer
Prosjektleder	Ass fagdirektør	Ola Jøsendal	Helse Vest
Prosjektdeltakar	Seniorrådgjevar	Ruben Sletteng	Helse Nord
Prosjektdeltakar	Overlege	Håvar Stokke Hegseth	Helse Midt
Prosjektdeltakar	Avdelingsdirektør	Cecilie Skule	Helse Sør-Øst
Prosjektdeltakar	Spesialrådgjevar	Thomas Vestre Hansen	Helse Sør-Øst
Prosjektdeltakar	Konserntillitsvalgt	Birgit Aanderaa	Helse Sør-Øst
Prosjektdeltakar	Brukarrepresentant	Fredrik Nilsson	Helse Sør-Øst
Observatør	Seniorrådgjevar	Eva K Håndlykken	Helsedirektoratet
Prosjektstøtte	Seniorrådgjevar	Brita Næss	Helse Vest
Prosjektstøtte	Spesialrådgjevar	Ina N Wille	Helse Vest
Prosjektstøtte	Seniorrådgjevar	Lene Lie	Helse Vest
Prosjektstøtte	Seniorrådgjevar	Kjartan K Osmundsen	Helse Vest



## 2.4 Klinisk referansegruppe / ressursgruppe

Prosjektet har også nytta ei referansegruppe / ressursgruppe med ni klinikarar, behandlarar med omfattande klinisk erfaring, frå ulike helseføretak i landet. Referansegruppa har vært samla til to fysiske møter, eitt i oppstarten av prosjektet og eitt etter at resultata frå spørjeundersøkinga kom. Gruppa har også vært nytta som referanse på både utarbeiding og testing av spørjeundersøkinga, drøfting av tiltak og på endeleg rapport.

## 3. INNHENTING AV INFORMASJON

I oppdragsteksten går det fram at ein skal sjå på kva som er opphavet til dei ulike krava til rapportering. Bakgrunnen for at ulike register blir oppretta er variert, for det meste dreier det seg om kvalitetssikring, forskning, aktivitetsoversyn, kontroll eller økonomi. Dette kapittelet drøfter kort kva register som har krav til utlevering av data frå EPJ løysingane i spesialisthelsetenesta.

### 3.1 Innhenting av informasjon om ulike register

Klinikarar bruker tid på å avgje helsedata til sentrale helseregistre (rapportering). For å kunne vurdere omfanget og nytteverdi av rapportering til sentrale helseregistre blei det henta inn synspunkt og informasjon frå forvaltarar av ulike register:

- Folkehelseinstituttet (FHI) (Dødsårsaksregisteret, Legemiddelregisteret, Medisinsk fødselsregister, MSIS, Sysvak, Nasjonalt register over hjerte- og karlidelser, NOIS, NORM, Register over svangerskapsavbrudd, Reseptbasert legemiddelregister, (RAVN)
- Helsedirektoratet (Norsk pasientregister NPR, Kommunalt pasient- og brukerregister KPR, Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS)
- Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) (59 nasjonale medisinske register)
- Statens legemiddelverk (System for bivirkningsrapportering)
- Oslo Universitetssykehus (OUS) (Kreftregisteret)

Registerforvaltarane blei stilt fylgjande spørsmål:

1. *Hvordan vurderes kvaliteten på de data som rapporteres til hvert enkelt register. Det må gjerne gjøres en forenkling av vurdering, for eksempel en likert-skala fra 1- 10 der 1 er lav kvalitet og 10 er topp kvalitet*
2. *Hvor stor er inklusjonsraten? Dersom det ikke foreligger nøyaktige tall på dette, kan det gjøres kvalifiserte gjetninger.*
3. *Hvor mange forespørsler om utlevering av data har hvert register fått, og hvor mange utleveringer har funnet sted?*
4. *Hvor mange artikler og/eller rapporter har blitt utformet på bakgrunn av data fra registeret?*

### 5. Har data fra registeret kommet til nytte ut over det som kommer fram i pkt 4?

Svar frå registerforvaltarane er vedlagt rapporten. Det går tydeleg fram at det er stor nytte av dei fleste register, i alle fall der det er høg dekningsgrad og god datakvalitet. Ei svært kort oppsummering av tilbakemeldingane fylgjer her. Merk at det er registerforvaltarane sine egne vurderingar.

#### Eigenvurdering frå registerforvaltarane:

Frå FHI, smittevernregistra BIVAK, NOIS, NORM, RAVN, MSIS, SYSVAK: Gjennomgåande høg datakvalitet, høg dekningsgrad, stor etterspurnad etter data og høg nytteverdi

Frå FHI, helseregistra Dødsårsaksregisteret, Register over svangerskapsavbrot, Medisinsk fødselsregister: Gjennomgåande høg datakvalitet, høg dekningsgrad, stor etterspurnad etter data og høg nytteverdi

Frå Helsedirektoratet, NPR og KPR: Gjennomgåande høg datakvalitet, høg dekningsgrad, stor etterspurnad etter data og høg nytteverdi

Frå Helse Nord, Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering; SKDE er eit nasjonalt ressurscenter for registerforvaltarar for i alt 59 nasjonale medisinske kvalitetsregistre. SKDE har gitt ei tilbakemelding i form av to tabellar, der første tabellen inneheld data om dekningsgrad og tal publikasjonar. Den andre tabellen viser utviklingsstadium både med omsyn til kvalitet og nytte på ein skal frå 1 til 4. Kvart nivå ( 1 – 4) har også ei 'indre' nivådeling i A, B eller C. C er best. Aller øverste nivå er altså 4C.

Det er to registre som er særleg aktuelle for PHV og TSB, Norspis (spiseforstyringar) og Kvarus (Rusproblem). Dekningsgrad for Norspis er 58 er 8 for Kvarus. Det er ikkje registrert publikasjonar basert på data frå dei to registra. Begge register er plassert i utviklingsnivå 2C. Dette nivået er for lågt. Det er vanskeleg å sjå føre seg at dei to registra vil bidra til auka innsikt utan at datakvalitet blir monaleg betra. For fagområda vil det i tida framover vere svært viktig at datakvalitet og dekningsgrad blir vesentleg auka, slik at utviklingsstadiet blir løfta.

### **3.2 Spørjeundersøking til tilsette**

Vedlagt fylgjer ein delrapport med talmessig oppsummering av spørjeundersøking til tilsette. Spørjeundersøkinga blei gjennomført anonymt, altså slik at ein ikkje kjenner svarprosent. Resultata held altså ikkje forskningsmessig kvalitet. Det er likevel så stort tal respondentar, at det er godt grunnlag for å nytte svara som sterke indikatorar på kva klinikarane innan PHV og TSB meiner.

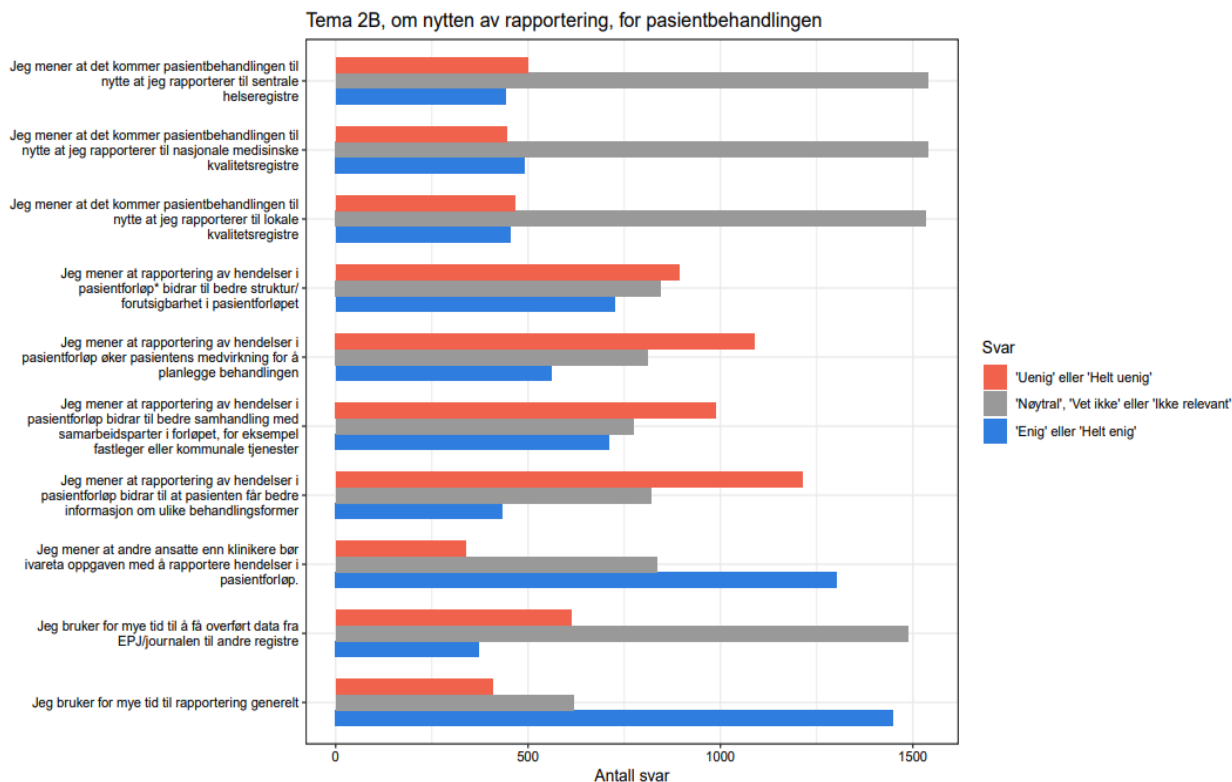
Målgruppa for spørjeundersøkinga (inklusionskriteriene) var tilsette som har direkte pasientretta arbeid, som har journalplikt, og som arbeider i minst 50% stilling.

Med om lag 2500 respondentar har det vore godt grunnlag for å etterprøve konsistens i ulike grupper. Det er god konsistens i svara mellom grupper av tilsette med kort, mellomlang og lang ansiennitet. Det er også god konsistens mellom grupper av tilsette som arbeider i høvesvis PHV vaksne, PHV born og unge, og TSB. Når ein ser på svar frå tilsette i kvar av dei fire helseregionane er også svara konsistente.

Etter prosjektgruppa si vurdering er dei viktigaste funna frå spørjeundersøkinga:

- Om lag 70% meiner at det er for lite tid til direkte pasientkontakt
- Om lag 70% meiner at det blir brukt for mykje tid til å dokumentere i EPJ
- Om lag 70% meiner at det er for lite tid til å drøfte pasientsaker med kolleger
- Om lag 60% meiner at det er liten nytte i å føre prosedyrekoder
- Om lag 65% meiner at det er liten nytte i føre pasientforløpskoder
- Om lag 70% meiner at ein fører for mykje i journal for å ha 'ryggen fri'
- Om lag 70% meiner at det er ikkje er godt anvendt tid å rapportere for ISF
- Det er ikkje klare teikn på at kvart einskild rapporteringskrav er til stor plage
- Om lag 65% meiner at summen av rapporteringskrav krever for mykje tid
- Om lag 50% meiner at andre enn klinikarane bør ivareta rapportering
- Om lag 80% meiner at det er stressande å ha for lite tid til direkte pasientkontakt
- Om lag 65% meiner at det er stressande å ha for lite tid til faglige diskusjonar
- Om lag 15% meiner at anbefalte forløpstider bidreg til meir effektiv utredning

I vedlegget med tal og deskriptiv statistikk frå spørjeundersøkinga er det ein del tabellar der ein har slått saman svaralternativ 1 og 2 (heilt eller delvis ueinig), 4 og 5 (heilt eller delvis einig), og 3, 6 og 7 ('nøytral', 'ikkje relevant', og 'veit ikkje'). Dei tre svaralternativa frå dei som ikkje tek stilling til utsegnet blir grafisk framstilt som ei grå søyle. Som vi ser i tabell 2B, første utsegn, er det stort fleirtal av respondentar som ikkje tek stilling til utsegnet. Prosjektgruppa har drøfta dette med ressursgruppa av klinikarar. Klinikarane meiner at mange av respondentane som er nøytrale til utsagnet faktisk ikkje opplever at dei rapporterer til sentrale helseregistre, eller at dei velger å ikkje rapportere (slik vi kjenner til at mange gjer vedkomande Kvarus).



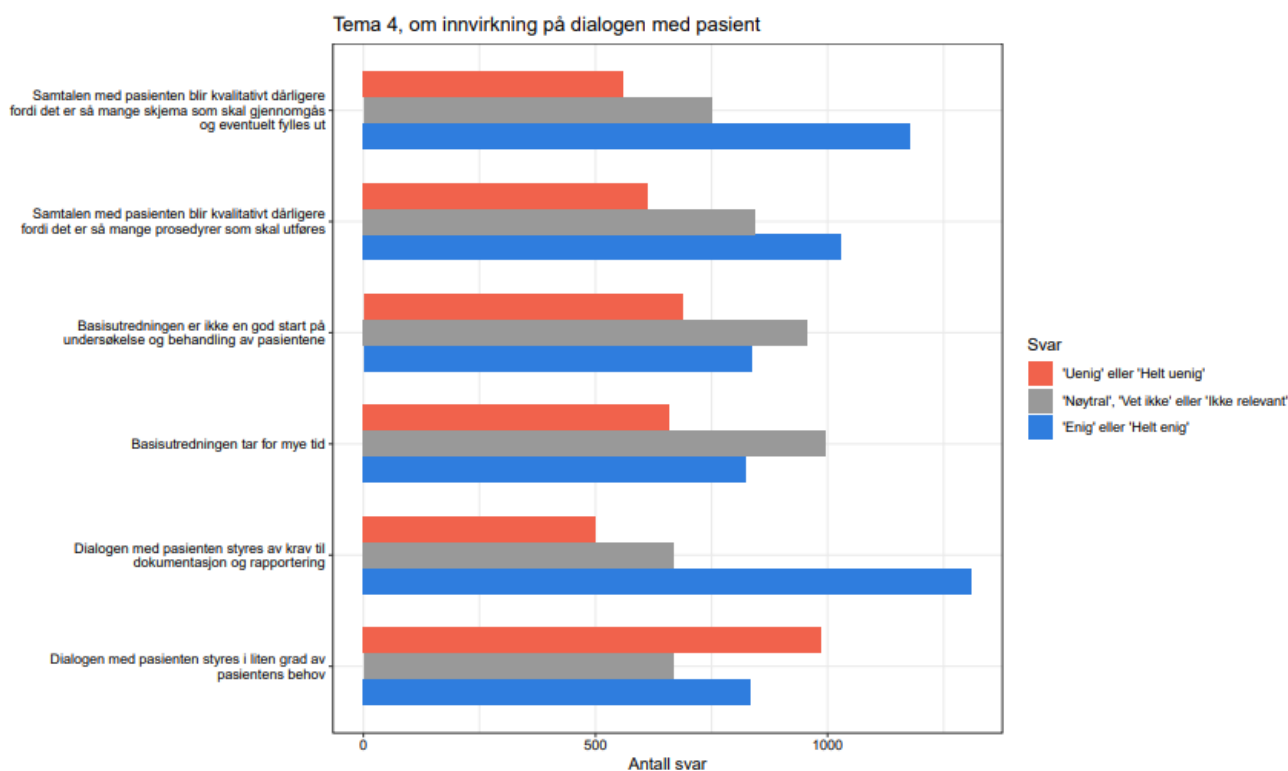
Prosjektgruppa meiner at tabell 2B delvis avkreftar hypotesen om at det er krav til rapportering som er mest til plage eller tidstjuv for klinikarane. Dei tre første utsegna gjeld sentrale helseregistre, nasjonale kvalitetsregistre, og lokale kvalitetsregistre. For alle tre er det tydeleg at det store fleirtalet av respondentar ikkje tek stilling til utsegna. Som nemnt meiner prosjektgruppa og ressursgruppa at det igjen skuldast at klinikarane enten ikkje opplever å rapportere eller at dei velger å ikkje rapportere.

I noko kontrast til dette ser vi at eit veldig stort fleirtal likevel meiner at dei bruker 'for mykje tid til rapportering generelt.' Ressursgruppa av klinikarar meinte at spørsmålet kan ha blitt tolka og nytta som ei oppsummering av tid brukt på skjerm og tastatur.

### 3.3 Kliniske dokumentasjonskrav

Om lag 70% av respondentane i spørjeundersøkinga meiner at det blir brukt for mykje tid til å dokumentere i journal, og at det blir ført for mykje i journal for å halde 'ryggen fri'. Klinikarar frå ressursgruppa og i prosjektgruppa peiker også på at opplæring i journalføring er mangelfull, og at det er tradisjon for å skrive lange prosatekster i journalen som er til for liten nytte i dokumentasjonsarbeidet. Informasjon i form av lange prosatekstar er lite tilgjengeleg for både behandlarar og pasientar.

For behandlarar med kort fartstid kan det vere hensiktsmessig å ha faste rutinar og prosedyrar for både samtalen med pasienten og for dokumentasjonsarbeidet. Men det ligg føre eit stort antal strukturerte skjema og verktøy for utgreiing av pasienten sin tilstand. To viktige døme er kartlegging av sjølvmondsrisiko og risiko for valdeleg åtfærd. I veldig mange tilfelle er det ikkje indikasjon for å gjennomføre kartlegging av slik risiko, men mange behandlarar velger likevel å gjennomføre kartlegginga for å halde 'ryggen fri'. Respondentane i spørjeundersøkinga peiker på at samtalen med pasienten blir kvalitativt dårlegare fordi det er så mange skjema som ein må gå igjennom og eventuelt bli fylt ut (spørsmål 1 under tema 4). Respondentane gjev også uttrykk for at dialogen med pasienten blir styrt av krav til dokumentasjon og rapportering (spørsmål 6 under tema 4):



### 3.4 Koding og rapportering vedkomande pasientforløp (tidlegare pakkeforløp)

Helsedirektoratet har stått i spissen for eit omfattande arbeid med pakkeforløp, som no blir kalla pasientforløp ( [Nasjonale anbefalinger, råd, pakkeforløp og pasientforløp - Helsedirektoratet](#) ). Etter både prosjektgruppa og den kliniske ressursgruppa si vurdering er tilnærminga til pasientforløpa av fagleg høg verdi. Som rettleiing for fagleg verksemd er sjølv tilnærminga svært god. Det er koding og rapportering som er til plage.

Opprinneleg var det krav om rapportering av i alt 16 indikatorar, og slik er det framleis. Men Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å greie ut forenkling av rapporteringa. Forslaget frå Helsedirektoratet vil bli lagt ut til høyring våren 2024. I direkte dialog med Helsedirektoratet har prosjektgruppa blitt informert om retning for endring, mellom anna redusert tal indikatorar for rapportering og redusert bruk av særkoding.

Både revisjonen av pasientforløpa i regi av Helsedirektoratet, og aktiviteten til Direktoratet for eHelse som er omtalt i kapittel 3.4 har noko overlapp med oppdraget som blir svart ut i denne rapporten. Utfordringane som ligg til grunn for dei tre prosjekta er samanfallande, og forslag til løysingar er i stor grad samanfallande mellom dei tre prosjekta. Etter prosjektgruppa si vurdering styrker det konklusjonane.

#### **4. DRØFTING AV OMGREPA DOKUMENTASJON, KODING OG RAPPORTERING**

Klinikarar dokumenterer helseopplysningar i elektronisk pasientjournal (EPJ). EPJ er eit behandlingsretta helseregister med heimel i Pasientjournallova. EPJ er eit samlande omgrep for dei ulike løysingane som til saman inneheld pasienten sine helseopplysningar. Helseopplysningane blir dokumentert og lagra til primærformål, altså for å understøtte behandling av den einskilde pasient. Tradisjonelt har helseopplysningar blitt dokumentert i journalen som fritekst. I tidleg fase av EPJ utviklinga blei også helseopplysningane dokumentert (digitalt) som fritekst.

Over tid er det større og større del av digitale helseopplysningar som blir dokumentert med ein eller annan form for struktur. Strukturerte helsedata er eit godt utgangspunkt for bruk til forskning, kvalitetsutvikling, monitorering og fagleg utvikling. Når helsedata blir nytta til andre føremål enn å understøtte pasientbehandling, blir dei nytta til sekundærføremål. Dei fleste helsedata som blir nytta til sekundærføremål blir avlevert frå EPJ til eit register, oppretta med heimel i Helseregisterlova. Når ulike register ber om utlevering av helseopplysningar / helsedata, er det mogleg å få til automatisk hausting og utlevering dersom dei ligg føre i EPJ med struktur. Dersom eit registermiljø ynskjer å få utlevert helsedata som ikkje er strukturert i EPJ oppstår problema med dobbeltregistrering og lite ynskjeleg ekstra arbeid for klinikarane.

Over tid har fleire og fleire helseopplysningar, som tidlegare berre blei dokumentert gjennom fritekst, blitt tildelt kodar. Godt kjente døme på kodar er diagnosekodar og prosedyrekodar. Innsatsstyrt finansiering (ISF) er eit omfattande system av kodar, som til saman er grunnlaget for om lag 40% av finansieringa til helseføretaka innan somatikken, og 25% av finansieringa av polikliniske tenester innan PHV og TSB.

Klinikarar dokumenterer aktivitet både ved å skrive fritekst, og ved å føre kodar i pasientjournalen. Omgrepet koding blir nytta om at klinikarane må dokumentere ulike helseopplysningar eller tiltak gjennom ein eller fleire kodar. Ganske mange kodar er

gode i den forstand at dei bidreg til oversyn, dei bidreg til god pasientbehandling, og klinikarane ser nytten av dei.

Klinikarar må nytte ganske mange kodar som i liten grad er klinisk relevante, men som er relevante for forskarar, leiarar, sentral helseforvaltning og andre. Koding som medfører ekstra arbeid og ikkje kjem pasientbehandlinga til nytte er ei plage for klinikarane.

Utlevering av helsedata til register er synonymt med rapportering. Merk at register kan vere lokale, regionale eller nasjonale. Register kan også vere arbeidsreiskap for leiinga, til dømes for å monitorere aktivitet. I dette dokumentet er rapportering definert som utlevering av helsedata til alle former for register.

## **5. FORSLAG TIL TILTAK FOR Å FORENKLE OG FORBETRE ARBEIDET MED DOKUMENTASJON, KODING OG RAPPORTERING INNAN PHV OG TSB**

Prosjektgruppa har tilnærma seg oppgåvene i prosjektet ut frå eit grunnleggande prinsipp: Målet med helsetenestene er å oppnå helsegevinst for pasientane. Ut frå dette prinsippet er det ei plikt for alt helsepersonell og alle tilsette i helsetenestene å kritisk vurdere om tid og ressursar direkte eller indirekte bidreg til helsegevinst for pasientane. Det er publisert mange ulike mål for helse og helsegevinst, dei mest kjente er:

**Forventa levetid** (Life expectancy, LE): Gjennomsnittlig antall år ein person kan forvente å leve

**Forventet levetid med god helse** (Healthy Life Expectancy, HLE): Forventa levetid utan begrensning av sjukdom eller funksjonsnedsetting

**Funksjonsreduerte leveår** (Disability-adjusted life years, DALY): Eit mål som kombinerer antall tapte leveår med antall år levd med funksjonsnedsetting, kombinerer morbiditet og mortalitet

**Kvalitetsjusterte leveår** (Quality Adjusted Life Years, QALY): Eit mål som kombinerer kvalitet og kvantitet av leveår, justert for helsetilstand og opplevd livskvalitet

**Tap av potensielle leveår** (Years of Potential Life Loss, YPLL): Antall tapte leveår for individer som dør før oppnådd forventa levealder, eit mål på tapte leveår i en populasjon

**Helsejusterte leveår** (Health adjusted Life Expectancy, HALE): Antall år ein person kan forvente å leve med god helse, justert for antall år med redusert eller dårleg helse

**Dødelegheit**. Antall døde pr 1000 eller pr 100 000 over eit gitt tidsrom.

For klinikarar betyr dette at den tid ein nyttar til dokumentasjon, koding og rapportering tydeleg må understøtte målsettinga om helsegevinst for pasientane. Prosjektgruppa meiner at det er svært vanskeleg å forstå at det kjem bidrag til direkte eller indirekte helsegevinst for pasientane for ein del av det arbeidet som blir lagt ned innan dokumentasjon, koding og rapportering.

Dette ligg til grunn for forslaga i kapittel 5.

## 5.1 Avslutte ISF koding

Innsatsstyrt finansiering (ISF) er ei aktivitetsbasert finansieringsordning frå staten til dei regionale helseføretaka (RHF-a). Det gjeld all somatisk helseteneste, men berre polikliniske tenester innan psykisk helsevern (PHV) og tverrfagleg, spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB). Føremålet med ordninga er å understøtte 'sørge-for' ansvaret til RHF-a, og legge til rette for kostnadseffektiv pasientbehandling. Prinsippet er at tilskott til poliklinisk verksemd vil variere saman med rapportert aktivitet, auka aktivitet gjev auka tilskott og vice versa.

Innan somatikken er ISF meint å dekke om lag 40% av kostnadane, medan det for polikliniske tenester innan PHV og TSB er meint å dekke om lag 25% av kostnadane ( [Innsatsstyrt finansiering \(ISF\) – regelverk - Helsedirektoratet](#) ). I 2024 er einingsprisen for somatikk 52 248 kroner, for PHV og TSB er den 3 765 kroner. For å utløyse denne 25% andelen må helsepersonellet finne rett kode for gjennomført aktivitet. Dette er arbeidskrevjande, personellet må både lese og forstå regelverket, evaluere kva aktivitet som faktisk har funne stad, og finne og nytte rett kode. Det er svært mange kodar å velje mellom, og det kan vere tidkrevjande å finne ut kva kode ein skal nytte. Dette kan føre til vilkårleg koding og svakt grunnlag for finansieringa. For å setje det på spissen så kan ein «meister» i koding, få den beste finansieringa utav kodinga. For langt dei fleste klinikarar er vurderinga at det å bruke mykje tid på å setje seg inn i kodeverket ikkje kjem pasienten til gode. Tvert imot men bidreg denne tidsbruken til oppfatninga om at det går for mykje tid til aktivitet som ikkje er til nytte for behandlinga av pasientane.

Prosjektgruppa meiner at det er nyttig å bruke eit (av mange moglege) konkret døme frå ISF regelverket. I 2024, kapittel 4.4 om legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er dei to siste setningane i første avsnitt :

*Hovedtilstand for disse kontaktene skal være Z50.30. Dette gjelder også når det gjennomføres samtale som naturlig inngår ved utlevering eller administrasjon av LAR medikament, som spørsmål om livsførsel, sidemisbruk og somatisk helse. Aktiviteten vil da grupperes til TD99L.*

I eit forsøk på å grunngje kvifor slik koding skal gå føre seg, skriv direktoratet i siste setning på side 11 i kapittel 4.4:

*Helsedirektoratet oppretter også et eget tjenesteforløp for disse pasientene uavhengig av hvordan pasientene følges opp i LAR for å gjøre det enklere å holde oversikt over det samlede aktivitetstilbudet.*

Prosjektgruppa stiller store spørsmålsteikn ved denne grunngjevinga. Kvifor skal Helsedirektoratet halde oversikt over det samla aktivitetstilbudet? Det er åpenbart at klinikarane blir utfordra sterkt på å bruke tid på dette. Kva er Z50.30, kva er TD99L, må ein lese igjennom og forstå heile 'ISF 2024 grunnlagsdokument' for å kunne avgjere rett koding? Er tida klinikarane nyttar for å oppnå dei 25% økonomisk gevinst for helseføretaket betre nytta tid enn å gje behandling til pasientane?



Etter prosjektgruppa si vurdering er det feil bruk av tid og ressursar innan PHV og TSB å kode for ISF finansiering. Helseføretaka bør framleis registrere episodar med diagnosedata og helseføretaka og klinikarane vil då ha god oversyn over eigen aktivitet.

**Prosjektgruppa legg fram forslag om at PHV og TSB blir 100% rammefinansiert, slik at koding som ligg til grunn for ISF blir avslutta.**

## 5.2 Avslutte koding i pasientforløp

Som omtalt i punkt 3.5 vurderer både prosjektgruppa og den kliniske ressursgruppa at pasientforløpa innan PHV og TSB er av fagleg høg verdi. Som rettleiing for fagleg verksemd er sjølve tilnærminga svært god. Det er verdt å spørje seg kva nytte gjer registrering av koder i pasientforløpa?

Målet med pasientforløpa er å få til:

- meir medverknad frå brukar og brukartilfredsheit
- samanhengande og koordinerte pasientforløp
- unngå unødig ventetid for utgring, behandling og oppfølging
- likeverdig tilbod til pasientar og pårørande
- bedre ivaretakinge av somatisk helse og gode levevaner

Måla skulle bøte på utfordringar som tenesta har kjent til i ein årrekke, mellom anna uønska variasjon, manglande medverknad frå brukar, behov for meir samanheng og koordinering i tenesta og bidra til å forlenge levealder hos menneske med psykiske lidningar og rusmiddelproblem.

Formålet med koding av nasjonale pasientforløp er å kunne følgje med på om måla med forløpa blir oppnådd, og å gje behandlar og institusjon moglegheit til å følgje med på eigen utvikling på dei indikatorane som blir målt, jf. [Kodeveileder – pakkeforløp for psykisk helse og rus - Helsebiblioteket](#). For å undersøke om dei nasjonale pasientforløpa oppfyller sine mål er det viktig at rapporteringa er god og riktig frå behandlarar og kodarar.

Dei fleste aktivitetane i nasjonale pasientforløp blir koda med nyoppretta administrative koder som er utvikla for dette formålet. Nokre av aktivitetane blir koda med prosedyrekoder, det vil si administrative og medisinske koder med tilsvarande innhald og som allereie er i bruk i helsetenesta.

Forløpskodar for nasjonale pasientforløp PHV og TSB finn ein i ulike kodeverk:

- Eitt kodeverk angir kva type forløp pasienten er i.

- Eitt kodeverk angir hendingar i forløpet. Koder frå dette kodeverket blir nytta gjennom heile forløpet for å dokumentere kva som blir gjort.
- Tre kodeverk inneheld kodar som angir utfall for, eller ei beskriving av hendingar. Desse kodane blir nytta gjennom heile forløpet saman med kodar for hendingar.

Til dømes finst følgande kodar for hendingar:

- Nasjonalt forløp start
- Første frammøte i nasjonalt pasientforløp
- Klinisk beslutning
- Tilbakemelding til tilvisar og fastlege sendt undervegs i forløpet
- Evalueringsspunkt
- Utført aktivitet (her er fleire: pasient/pårørnde er informert om ulike behandlingsformer, brukt feed-backverktøy og pasient og/eller påørnde er involvert i utarbeiding av behandlingsplan, fleire særkoder)
- Avslutning av nasjonalt pasientforløp
- Hjelpebehov ved avslutning

Statistikk som er knytta til registrering av kodar i pasientforløp viser at dei første kodane som gjeld forløp start og første frammøte har relativt høg andel registrering. Ofte er det merkantilt personell som fyller ut desse kodane. For fleire av dei andre kodane er det langt lågare dekningsgrad. Til dømes viser tal for heile landet for 1. og 2. tertial 2022 at klinikarar rapporterer at mellom 40 – 42 % av pasientane har utarbeidd ein behandlingsplan saman med behandlar. Vidare blir det rapportert at det er gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for mellom 37 – 51% (både PHV og TSB). Dette er dei to indikatorane som RHF blei bedne om å rapportere på til Helse- og omsorgsdepartementet i 2022, for dei andre kodane er det lågare andel registrering.

Låg registrering kan tyde på låg opplevd nytte, noko som blir stadfesta gjennom spørjeundersøkinga. Låge tal for registrering kan både skuldast at aktiviteten ikkje har blitt gjennomført, eller at aktiviteten er gjennomført men ikkje registrert. Det kan også førekomme at aktivitet som ikkje har blitt gjennomført er koda, men ikkje gjennomført. Det er med andre ord all grunn til å vurdere kva informasjonsverdi som kan ligge i slike tal.

Spørjeundersøkinga viser klar tendens til at medarbeidarar ser liten nytte av rapportering av hendingar i pasientforløp, sjå tabell i punkt 3,2: *Tema 2B om nytten av rapportering, for pasientbehandlingen*. Prosjektgruppa har særleg merka seg at mange ikkje ser nytten i denne rapporteringa, når målsettinga med rapporteringa er å gje betre informasjon til pasienten om ulike former for behandling, å auke pasienten sin medverknad i forløpa, eller å bidra til betre samhandling. Eit stort fleirtal av klinikarane ser enten lita nytte i kodinga eller tek ikkkje stilling til temaet.

Prosjektgruppa vurderer at det ikkje er hensiktsmessig at klinikarar held fram med koding som ikkje er til nytte. Koding av pasientforløp fungerer ikkje etter føremålet. Analyser av innkomne registreringar gjev ikkje svar på om måla med pasientforløp blir nådd, all den tid datakvaliteten er svak. Det er også grunn til spørje om det er registrering av koder som bidreg til at helsetenesta når dei overordna måla for pasientforløpa. Om det er tenkt at koder kan fungere som ei oppmuntring til og motivasjon for å kunne følgje med på eigen aktivitet, så kan faktisk sjølve kodinga ha stikk motsatt effekt: klinikarane ser ikkje nytten i arbeidet, det er ikkje eit trykk i tastaturet (med tilhøyrande leiting etter kva er riktig kode) som stadfestar godt fagleg arbeid. Tenestene har sjølv oversikt over og kontroll over aktivitet og kvalitet.

Det er stor semje i tenesta om at rettleiing i forløpa bidreg i positiv retning fagleg, og det er grunn til å tru at pasientforløpa bidreg til å nå måla om betre pasientbehandling. Klinikarane har stor tillit til det faglege innhaldet. Men Helsedirektoratet har levert mange fagleg gode normerande produkt for både PHV og TSB utan at det følgjer med eit krav til koding og rapportering.

**Prosjektgruppa vurderer at pasientforløpa innan PHV og TSB er av fagleg høg verdi, men ser ingen samanheng mellom måla for forløpa og registrering av koder. Prosjektgruppa legg difor fram forslag om å halde fram med pasientforløpa som normerande produkt, men at kodinga utgår.**

### 5.3 Krav om automatisert hausting av data til registre

Som nevnt i kapittel 4 er rapportering definert som avlevering av helsedata til ulike register.

Rapportering kan bli gjennomført med ulik grad av effektivitet. Det mest effektive er at klinikarar gjennom arbeidet med dokumentasjon i EPJ legg inn helseopplysningar med struktur, slik at strukturen bidreg til forenkling og forbetring av klinikarane sitt arbeid med dokumentasjon. I tillegg vil strukturen vere ei støtte for behandlinga av pasientane. Strukturerte helseopplysningar (helsedata) kan bli hausta automatisk. I dette tilfellet er både dokumentasjon og rapportering nyttige og smertefrie prosessar.

Klinikarar har i ein del tilfeller blitt pålagt å dokumentere i EPJ med ein struktur som er til liten eller ingen nytte i det kliniske arbeidet. Men, - helsedata kan i det minste i ettertid bli hausta og bli utlevert til registeret automatisk. I dette tilfellet er det eit ekstra arbeid med omsyn til dokumentasjon, mens rapporteringa skjer automatisk. Dette er allikevel ekstra arbeid som tek tid bort frå pasientretta arbeid.

Ineffektiv og ytterligare plagsom rapportering skjer når klinikarane ikkje har strukturerte data å tilby frå EPJ, til aktuelt register. Då må klinikaren repetere / dobbeltregistrere dei helseopplysningane som er etterspurt, med struktur, i registerløysingar utanfor EPJ-løysinga. I dette tilfellet blir det eit stort, ekstra og plagsomt arbeid med både dokumentasjon og rapportering.

Registerløysingar som ikkje er bygd opp slik at data kan bli hausta automatisk frå EPJ medfører mykje ekstra arbeid for klinikarar. Ganske mange aksepterer å yte ekstra fordi nytten av registra kan vere høg. Men for mange klinikarar er det mykje arbeid knytta til ulike registerløysingar der ein ikkje opplever at innsatsen kjem pasientbehandlinga til gode, det blir opplevd som unyttig arbeid.

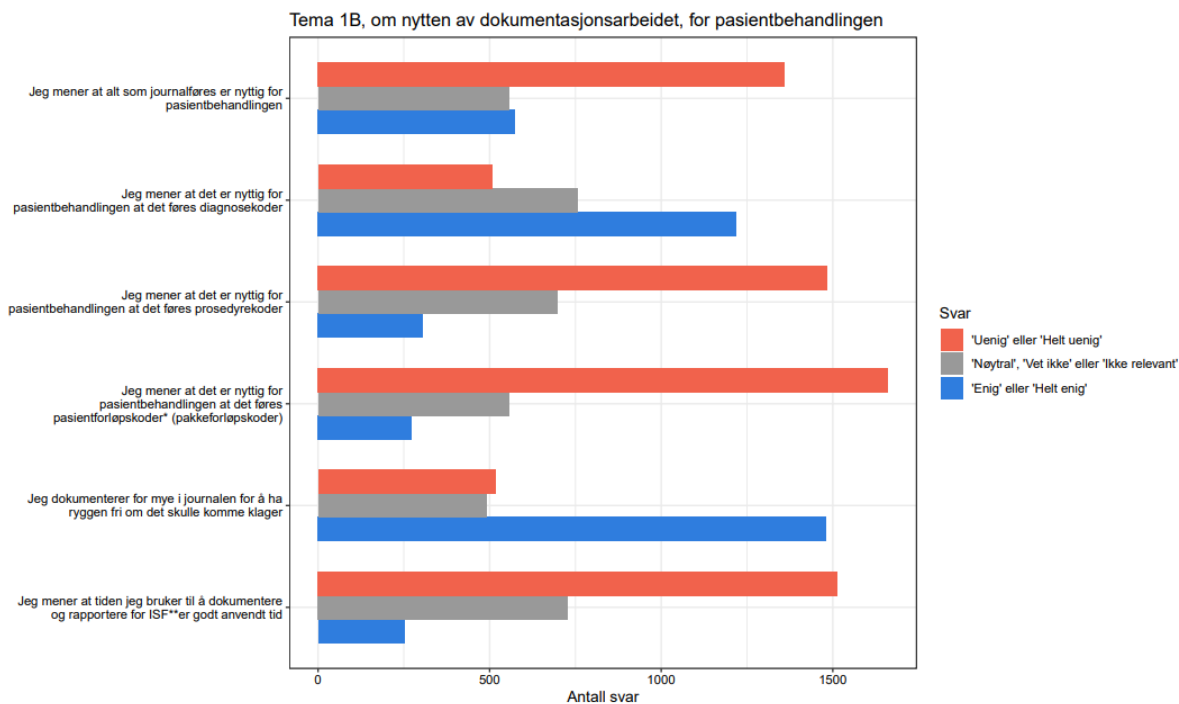
Etter prosjektgruppa si vurdering bør helsetenestene følge ein slik strategi for å effektivisere arbeidet med helsedata og registerløysingane:

- **Helsedata blir skapt og lagra for primærføremål, i tråd med Pasientjournallova og Helsepersonellova**
- **Helsedata blir lagra i EPJ med struktur, der klinikarar meiner at struktur av helsedata vil bidra til forenkling og forbetring av dokumentasjonsarbeidet, og strukturen kjem til nytte i pasientbehandlinga**
- **Hausting av helsedata til registerløysingar skal skje automatisk, med heimel i Helseregisterlova, til sekundærføremål**
- **Eksisterande registerløysingar som ikkje er bygd opp slik at hausting av data skjer automatisk får ein frist på fire til fem år til å løyse utfordringa. Etter fristen skal all rapportering til registre skje gjennom automatisk hausting av data**

#### **5.4 Kompetanseløft, journalføring**

Gjennom spørjeundersøkinga gav klinikarane klar tilbakemelding om at delar av det som blir dokumentert i journal ikkje er til nytte i behandlinga av pasientane (Tema 1B, spm 1, sjå figur). Om lag 2/3 av respondentane gav uttrykk for at dei skreiv for mykje i journalen, for å ha 'ryggen fri' (Tema 1B, spm 5, sjå figur).

Figur, tema 1B:



Som figuren viser er klinikarar mest eining i at det er nyttig å føre diagnosekodar, medan prosedyrekodar, pasientforløpskodar og ISF kodar ikkje gjev opplevd nytte for pasientbehandlinga.

Funna blei drøfta både i prosjektgruppa og i den kliniske ressursgruppa. Dei stadfesta dette inntrykket ut frå egne erfaringar. For mykje blir ført i journal, det kan både vere fritekst og kodar. Moglege årsaker til dette kan vere uvisse om kva som er tilstrekkeleg, risiko for tilsyn, og pasient og pårørende sin rett til innsyn i journal. Den kliniske ressursgruppa var særleg oppteken av at kvar einskild klinikar sjølv må vurdere når ein tilstand er tilstrekkeleg utgreidd, og behandling kan starte.

Det er lagt fram politisk ein nullvisjon vedkomande sjølvmod. Dette har medført ei utilsikta meirbelastning for behandlarar. Nullvisjonen har medført unødvendige og lange notater, og unødvendig kartlegging av suicidalrisiko. Særleg innan BUP feltet blir det utarbeidd lange rapportar, som i liten grad kjem pasientbehandlinga til gode.

Både nyleg utdanna og meir erfarne medarbeidarar kan vere ukjent med kva som er mogleg å få til i sjølve journalløysinga, med tanke på effektivisering. Kvar enskild kan lagre formuleringar (fraser) som ofte er aktuelle, til dømes ved suicidalvurdering, valdsrisikovurdering, traumer, problematisk bruk av medikamenter og rusmidler osv. På gruppenivå kan einingane etablere ulike maler for samtalar, utgreiingar, attestar, vurderingar osv. Det burde også vere innan rekkevidde at EPJ løysingane automatisk kunne samanfatte sjukehistorien.

Det er aukande merksemd på strukturering av informasjon i EPJ, dette er også drøfta i andre kapittel i dette notatet. Ein har allereie struktur på mange områder i EPJ løysingane, til dømes pasientadministrative data, dokumenttypar, dato, klokkeslett for

aktivitet osv. Etter prosjektgruppa si vurdering er det eit potensiale for å utnytte slike data betre, ved automatisk gjenbruk.

På nasjonalt nivå foreslår prosjektgruppa at det blir starta eit arbeid saman med Statsforvaltarembudet. Etter prosjektgruppa si vurdering gjev Statsforvaltar / tilsynsmynde ut signaler som er ulike ved ettersyn av journalføring i tilsynssaker, og undersøking av helsepersonell i klagesaker. Det kan sjå ut som om Statsforvaltar / tilsynsmynde legg eit høgt kvalitetskrav til grunn for vurdering av kvaliteten av journalføring i klagesaker. Ved vurdering av reaksjonar etter påstand om uforsvarleg utøvelse av helsehjelp, ser det ut til at eit anna og langt lågare krav til journalføring blir lagt til grunn. Denne problemstillinga bør blir adressert.

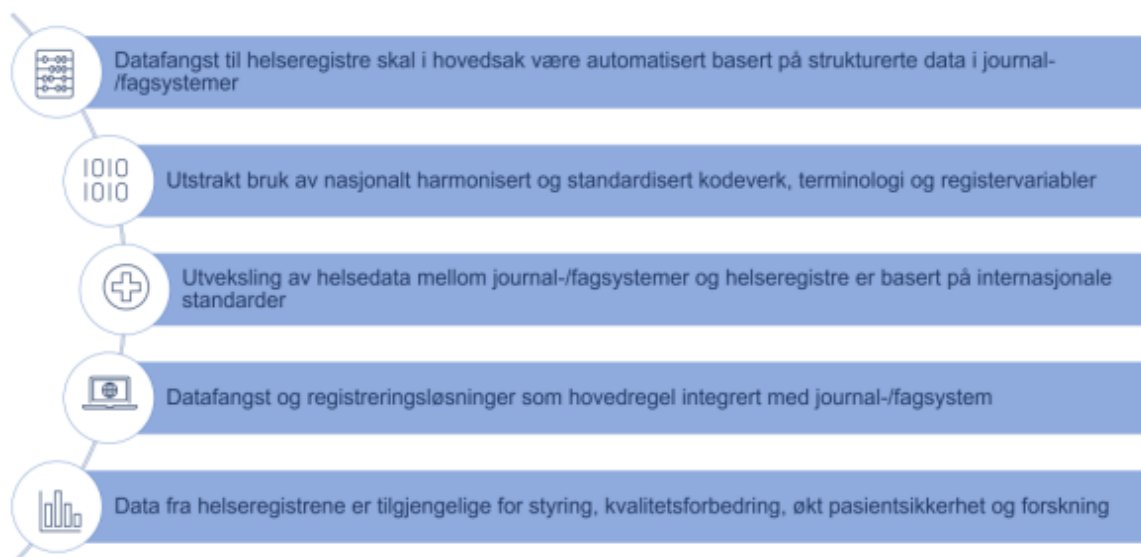
**Prosjektgruppa legg fram forslag om at helseføretaka får i oppdrag å auke merksemda på journalføring. Alle som har direkte pasientretta arbeid og dokumentasjonsplikt i EPJ bør få kurs og rettleiing i journalføring. Opplæring i journalføring må bli gjennomført slik at det blir opplevd som støtte og rettleiing, og eit bidrag til å trygge klinikarane i sin arbeidssituasjon.**

### **5.5 Tilslutning til tiltak i rapport 'Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre' (jfr kapittel 3.3)**

I 2023 gav Direktoratet for eHelse ut rapporten 'Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre. Samordning og koordinering av aktører og tiltak 2023.' Rapporten er den siste av i alt fire rapportar som bygger på kvarandre, den første kom i 2020. I oppdragsteksten står mellom anna:

*Arbeidet med automatisk innrapportering og datafangst til helseregistre skal samordnes med direktoratets øvrige arbeid med begrepharmonisering, normering og innføring av standardisert språk. Departementet viser til at det er ønskelig med mer data fra kommunale helse- og omsorgstjenester og ber om at virkemidler for å øke dette datatilfanget vurderes som del av arbeidet.*

Oppdraget til direktoratet overlapper i stor grad med oppdraget som gjekk til RHF-a. Hovedmålsettinga med å rapportere helsedata er at data skal vere tilgjengeleg for kvalitetsforbetring, helseovervaking, styring og forskning. Det er også eit mål at innrapportering til register skal skje mest mogleg automatisk, utan dobbeltregistrering, og vere ein integrert del av dei faste arbeidsprosessane. Direktoratet foreslår å løyse det gjennom definerte mål (figur 1):



**Figur 1 Mål for automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre<sup>5</sup>**

I rapporten foreslår Direktoratet for eHelse ein del tiltak, innan dei fleste tiltaka er det allereie aktivitet:



**Figur 2 Tiltaksområder i utviklingsretningen for automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre**

Direktoratet legg også stor vekt på strukturering av journal, og bruk av standardisert språk (Terminologi, SNOMED CT).

**Prosjektgruppa slutter seg til både målsettingar og tiltak som er foreslått i Direktoratet sin rapport om automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre. For helseføretaka er dei viktigaste tiltaksområda**

- **Begrepsharmonisering og normering av variablar**
- **Utvida bruk av nøkkelregister**
- **Tekniske løysingar for bedtre integrasjon og gjenbruk av data**
- **Avklaring vedkomande pasientrapporterte data (PROM / PREM)**



## 6. KJELDER

[ISF-regelverk 2023.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

[Nasjonale anbefalinger, råd, pakkeforløp og pasientforløp - Helsedirektoratet](#)

[Kodeveileder – pakkeforløp for psykisk helse og rus - Helsebiblioteket](#)

[2023 Rapport Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre. Samordning og koordinering av aktører og tiltak.pdf \(ehelse.no\)](#)

Helse Vest Postboks  
303 Forus  
4066 Stavanger

Telefon: 51 96 38 00  
[helse-vest.no](http://helse-vest.no)

