

Bilag til SUU alm. del. spørgsmål 610: Oversigt over Dansk Psykiatrisk Selskab eksempler på overflødig dokumentation:

Dansk Psykiatrisk Selskabs eksempler:	Lovkrav og/eller relation til Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)/Regionalt ansvar?
Dokumentation	
1 <u>Dokumentation for screeninger og registreringer:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Faldscreening - Smertescreening - Måling af livvidde - Oplysning om risiko for rygning - Oplysning om risiko for overforbrug af alkohol - Behandlingsmuligheder tobak og alkohol - Om pt. har børn eller søskende under 18 år 	<p>Der er ikke fastsat krav i lovgivning eller i Den Danske Kvalitetsmodel om, at sygehusafdelingerne skal screene alle, men der er i Den Danske Kvalitetsmodel krav om en systematisk indsats i forhold til smertebehandling, livsstilsfaktorer og infektioner med multiresistente bakterier. Sygehuset har i alle tilfælde mulighed for at afgrænse de situationer og de patientgrupper, som omfattes af screeningen, til det der er fagligt relevant.</p> <p>Foretages en screening, følger det af lovgivningen om journalføring, at det dokumenteres i journalen.</p> <p>Den Danske Kvalitetsmodel indeholder intet om faldscreening.</p> <p>Kravet om dokumentation af børn eller søskende kan ikke genfindes i Den Danske Kvalitetsmodel.</p>
2 <u>Selv mordsscreening</u> <ul style="list-style-type: none"> - Ottepunktliste 	<p>I Den Danske Kvalitetsmodel er der en kvalitetsstandard for vurdering af selvmordsrisiko, men Den Danske Kvalitetsmodel stiller ikke specifikke krav til indholdet af screeningen men henviser til en faglig vejledning, udarbejdet af Sundhedsstyrelsen.</p> <p>Den Danske Kvalitetsmodel stiller ikke krav om, hvorledes screeningen skal dokumenteres. Lovgivningens almindelige krav om journalføring forudsættes fulgt.</p> <p>Det er sygehuset/regionen, der lokalt beslutter, hvordan man vil opfylde standarden og de konkrete dokumentationskrav i forhold til at udfylde ottepunktplan er formentlig en udløber heraf.</p>
3 <u>Behandlingsplan inden for en uge:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Region Hovedstadens krav om, at behandlingsplanen forelig- 	<p>Det er et lovkrav, at der skal udarbejdes en behandlingsplan, men der er ikke angivet en tidsfrist. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejl. 9427/2011, at den skal udarbejdes senest en uge efter indlæggelsen.</p>

	ger en dag efter indlæggelse.	<p>I Den Danske Kvalitetsmodel er der en standard vedrørende behandlingsplan i psykiatrien. Her er der opstillet en indikator om: at der påbegyndes en foreløbig behandlingsplan inden for 24 timer, der omfatter patientens somatiske og psykiatriske arbejdsdiagnoser.</p> <p>Det bemærkes, at en behandlingsplan iflg. Den Danske Kvalitetsmodel er en sammenfatning af de problemstillinger, mål og planlagte aktiviteter, der foreligger på et givet tidspunkt.</p>
4	<p><u>Behandlingsplan i ambulant regi:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - forelægges ved anden kontakt med distriktskykiatrien og udarbejdes af læge 	<p>Den Danske Kvalitetsmodel kræver generelt, at der udarbejdes en behandlingsplan for alle patienter. Den dokumenteres i henhold til reglerne om journalføring.</p> <p>I første version af Den Danske Kvalitetsmodel er der krav om en behandlingsplan efter 2. ambulante besøg i psykiatrien. I 2. version af den danske kvalitetsmodel fastsætter sygehuset selv inden for lovgivningens rammer, hvornår en behandlingsplan udarbejdes.</p> <p>Der er ikke i Den Danske Kvalitetsmodel krav om, at en behandlingsplan skal udarbejdes af en læge.</p>
5	Dokumentation om at patienten er stabil/ ustabil	<p>Der er ikke i lovgivning eller Den Danske Kvalitetsmodel krav om, at det konstant skal dokumenteres i journalen om patienten er stabil eller ej.</p> <p>I Den Danske Kvalitetsmodel er der en standard, der kræver, at sygehuset har procedurer, så en forværring af tilstanden tidligt opdages, og der handles på den. Dette kræver en systematisk tilgang til, hvordan patienter observeres. Men der kan ikke af dette udledes et krav om, at det konstant skal dokumenteres i journalen, om patienten er stabil eller ej.</p>
6	Systematisk bivirkningsscreening	I Den Danske Kvalitetsmodel er der standarder for medicinering. Der er fastsat en indikator, der sætter krav om, at lægemidlers bivirkninger løbende vurderes. Der er ikke nogen specifikke krav om, hvorledes dette skal gøres eller dokumenteres. Ifølge lægemiddellovgivningen er der pligt til at indrapportere visse nærmere definerede bivirkninger.
7	Ernæringscreening inden 24 timer	Der er ikke fastsat krav i lovgivning eller i Den Danske Kvalitetsmodel om, at sygehusafdelingerne skal ernæringscreenes alle. I Den Danske Kvalitetsmodel er der fastsat en standard for ernæringscreening. Kravet er, at sygehuset afgør, hvilke patientgrupper der skal screenes, og fastsætter en tidsfrist for dette. Standarden hindrer ikke, at der fastsættes forskellige tidsfrister for forskellige patienter, hvis dette er fagligt hensigtsmæssigt.

		Standarden henviser til en faglig vejledning fra Sundhedsstyrelsen.
8	Dokumentation på navn på læge, når pt. overføres til anden afdeling	Følger af lovgivningen om journalføring. Intet krav i Den Danske Kvalitetsmodel om dette.
9	Blodprøvesvar skal dokumenteres i journal, selvom det allerede foreligger i et andet It-system	Lovgivningen om journalføring kræver, at prøvesvar dokumenteres i patientens journal, men ikke i hvilke systemer. Den Danske Kvalitetsmodel indeholder ikke krav om dette.
10	Allergier skal dokumenteres tre steder: forsiden af journal, i journal og i elektronisk IT-system.	Lovgivningen om journalføring kræver, at allergi dokumenteres, men ikke hvor og hvilke systemer. I Den Danske Kvalitetsmodel er der fastsat en standard om, at oplysninger om patientens allergi og intolerans registreres systematisk i en kendt og umiddelbart tilgængelig del af patientjournalen. Indikation på, at sygehuset opfylder standarden, er bl.a. at der foreligger retningslinjer, der beskriver dokumentation af allergi og intolerans. Retningslinjerne indeholder krav til dokumentation i journalen, herunder hvor og hvornår i journalen allergi og intolerans dokumenteres. Det er således lokalt fastsat, hvor man skal dokumentere.
11	I udskrivningsbrev dokumentere, at man har udspurgt om ændringer i KRAM faktorer	Der er ikke i lovgivning eller i Den Danske Kvalitetsmodel krav om, at man udspørger alle patienter om KRAM-faktorer og dokumentere. I Den Danske Kvalitetsmodel er der fastsat en standard for information til praktiserende læge ved udskrivning. I indikator for opfyldelse af standarden fremgår det, at epikrisen, hvor det er relevant, skal indeholde en plan for sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse. Det er således en lokal beslutning at konkretisere kravet, og hensigten er at sikre, at den information, som har betydning for den praktiserende læge, videregives.
12	I ambulant regi: senest ved 2. samtale dokumentere at der er spurgt til KRAM faktorer	Der er ikke i lovgivning eller i Den Danske Kvalitetsmodel krav om, at man udspørger alle patienter om KRAM-faktorer og dokumentere senest ved 2. samtale. Det er et vigtigt indsatsområde for Den Danske Kvalitetsmodel at styrke den sundhedsfremmende indsats, KRAM-faktorer nævnes udtrykkeligt, og ambulante patienter er principielt også omfattet. Standarden giver dog sygehuset mulighed for at afgrænse patienter, det er relevante at spørge, og der er ikke i standarden noget krav om tidspunktet.

		Dokumentationskravet kan således ikke genfindes i Den Danske Kvalitetsmodel, men kan være en lokal beslutning.
13	Dokumentere patientens accept af behandlingsplan med ordene accepterer eller samtykker	Lovgivningen stiller meget detaljerede krav til dokumentation af informeret samtykke. Den Danske Kvalitetsmodel stiller ingen krav, som går ud over dette.
14	Motivation for medicinsk behandling i psykiatri: at lægen i 3 dage, hvor motivationen pågår, skal dokumentere at patienten er informeret om behandling, dosis, virkning, bivirkning mm.	Følger af bek. 1338/2010 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger.
2. IT		
Hardware:		
15	Hardware er gammel i opstartshastighed og generel langsom	Regionalt ansvar
16	Der kan gå 10-20 min. før man har overblik for en patientes EPM, OPUS (journal), LABKA (blodprøver), Mirsk	Regionalt ansvar
17	Printere er ikke installeret på forhånd og skal gøres manuel	Regionalt ansvar
18	Medicinmodulet er ikke tilgængeligt via bærbare enheder, som anvendes til stuegang (Ipad el. lign). Derfor bruges tid på printning	Fra staten stilles der krav om brug af digital signatur ved adgang til EPM/FMK, men der er ikke udviklet en digital signatur til mobile enheder, fx iPads.
19	Systemer: Journaler, blodprøvesvar og medicinliste ligger i flere regioner i hvert sit system. Diktering af journal foregår i et særligt system. Det går ofte ned. I Region Hovedstaden anvendes 7-9 systemer dagligt. Hvert system kræver selvstændigt log in. Koderne skiftes hver 3. måned.	Frem mod udgangen af 2013 konsoliderer hver region sin egen EPJ-løsning. Antallet af EPJ-systemer i Danmark vil dermed være nedbragt fra 23 i 2007 til 5. Regionerne har overfor regeringen forpligtet sig til at have fælles login (single sign-on) til alle væsentlige kliniske systemer inden udgangen af 2013.
20	Systemerne er ikke de samme overalt, visse steder ikke indenfor samme center. Dvs. der kan være forskel i registrering af patientkontakt på akutmodtagelse, sengeafsnit eller ambulans behandling.	Jf. ovenfor
21	Systemerne arbejder ikke sammen og al information skal tilføjes enkeltvis	Jf. ovenfor
22	Al medicinhistorik ligger i et gammelt system, som man ikke kan få adgang til, hvis man har glemt sin gamle adgangskode. Vigtige medicindata om patienten går tabt.	Regionalt ansvar
23	Plejepersonale og sekretærer registrerer nye indlagte patienter i et gammelt system, som lægerne ikke kan få adgang til.	Regionalt ansvar
Kommentarer til enkelte systemer		

24	OPUS: systemet er langsomt, giver ikke overblik, kan ikke hente gamle journalnotater frem	Regionalt ansvar
25	FMK: Fælles Medicin Kort: <ul style="list-style-type: none">- de fleste praktiserende læger kan ikke modtage det, hvorfor man må sende særskilt meddelelse om medicinændringer- kan ikke afstemmes med indlæggelse	I de regioner, hvor FMK endnu ikke er taget i fuld anvendelse, kan der fortsat sendes medicinoplysninger i epikriser
26	Mirsk diktering: systemet går ofte ned	Regionalt ansvar
27	Internet: ofte er der ikke adgang til internet på hospitalernes computere	Regionalt ansvar
28	Support: ofte utilstrækkelig IT hjælp og lang ventetid på hotlines	Regionalt ansvar