

Lægeforeningen



6. februar 2013

Oplæg til møde mellem Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg og Lægeforeningen den 7. februar 2013

Emner:

Ligestilling af psykiatriske patienter

Systematisk efteruddannelse skal sikre kvalitet i lægers arbejde

Fremtidens journal skal skabe sammenhæng og følge patienten

Ligestilling af psykiatriske patienter

Psykiatriske patienter bør ligestilles med somatisk syge patienter. Det kræver særlig prioritering af den psykiatriske behandling. Vigtige indsatser er:

- Kliniske retningslinjer løfter behandlingskvaliteten for psykisk syge
- Længere levetid for patienterne
- Ret til udredning og behandling – også for psykisk syge
- Handlingsplan for psykiatri bør tilføre ressourcer

Kliniske retningslinjer løfter behandlingskvaliteten for psykisk syge

Sundhedsstyrelsen bør prioritere penge til at skrive nationale kliniske retningslinjer for de største psykiatriske sygdomme. I Finanslov for 2012 er afsat 4x20 mio. kr. til nationale kliniske retningslinjer. Retningslinjerne giver læger fagligt solidt grundlag for ensartet diagnostik, behandling, rehabilitering og efterbehandling. Retningslinjerne skal både beskrive den sundhedsfaglige indsats i det behandlende sundhedsvæsen (hospitaller, distriktspsykiatri, psykiatrisk praksis, almen praksis) og de relevante sociale indsatser i kommunerne.

Længere levetid for patienterne

Regeringen og regionerne bør aftale mål for kvalitetsforbedringer i behandlingen af psykisk syge. Aftale om regionernes økonomi for 2014 bør indeholde klinisk relevante mål, som psykiatrien skal udvikle sig mod at opfylde. Eksempler kan være:

Mindske overdødeligheden for psykiatriske patienter - den er i dag 20 år.

Sikre at behandling følger målepunkter fra nationale kliniske retningslinjer.

Ret til udredning og ret til behandling – også for psykisk syge

Psykisk syge er ikke omfattet af retten til hurtig udredning. Psykisk sygdom forværres des længere den er ubehandlet. Derfor bør patienter med psykisk sygdom snarest have ret til hurtig udredning og behandling – lige som patienter med somatiske sygdomme. Regeringens aftale om regionernes økonomi 2014 bør indeholde en dato for, hvornår psykisk syge får samme ret til udredning og behandling som de somatiske patienter.

Handlingsplan for psykiatrien bør tilføre ressourcer

Regeringens handlingsplan for psykiatrien bør tilføre psykiatrien flere ressourcer. Dansk Sundhedsinstitut har i 2012 dokumenteret, at det kræver omkring 1.200 ekstra behandlere og socialt støttepersonale, hvis behandling af angst, depression og skizofreni skal leve op til faglige anbefalinger. I de seneste 10 år har det somatiske sundhedsvæsen fået 45 procent flere penge, mens psykiatrien kun har fået tilført 15 procent mere. At rette op på mange års økonomisk diskrimination af psykiatrien kræver, at opsporing, forebyggelse og behandling af psykiske sygdomme prioriteres økonomisk. Derfor skal der følge penge med regeringens handlingsplan for psykiatrien.

Bilag: Scenarier for bedre psykiatrisk behandling, DSI 2012

http://www.laeger.dk/nyhed/download/docs/F6634/DSI_rapport_2012%2006.pdf

Systematisk efteruddannelse skal sikre kvalitet i lægers arbejde

Kvalitet i patientbehandlingen kræver veluddannede læger, som altid er fagligt ajour. Danske læger er veluddannede, men deres efteruddannelse er - i modsætning til speciallægeuddannelsen - uden mål eller rammer. EU-Kommissionen forbereder et direktiv, som læger op til obligatorisk løbende efteruddannelse for alle speciallæger i EU. Lægeforeningen peger på følgende pejlemærker for danske efteruddannelseskraav til læger:

- Speciallæger bør efteruddannes systematisk.
- Systematisk efteruddannelse må ikke skabe unødigt bureaukrati.
- Kliniske kompetencer følger kliniske retningslinjer til dørs.

Speciallæger bør efteruddannes systematisk

Systematisk kompetenceudvikling rummer et potentiale for bedre kvalitet og bedre patient-sikkerhed, som ikke er udnyttet i Danmark. Derfor bør man fra politisk side indføre en obligatorisk procedure, der sikrer, at lægers kompetencer løbende bliver ajourført. Proceduren bør bestå af 1) analyse af lægens kliniske arbejde, 2) feedback på lægens kliniske arbejde fra leder eller faglig ekspert 3) plan for udvikling af lægens kompetencer 4) målrettet efteruddannelse i form af kurser, sidemandsoplæring mv. Indfører sundhedsvæsenet den proces, vil danske læger få en løbende professionel udvikling, det som i direktivudkastet kaldes *Continuing Professional Development* (CPD).

Systematisk efteruddannelse må ikke skabe unødigt bureaukrati

Implementeringen af systematisk efteruddannelse bør planlægges og udføres ressourceeffektivt. Indsatsen må ikke udvikle sig til en "papirtiger". Den proces for kompetenceudvikling, som er beskrevet ovenfor, kan integreres i de processer og data, man allerede har i sundhedsvæsenet, hvilket reducerer bureaukratiet ved at indføre systematisk efteruddannelse. Alternative metoder som at indføre obligatoriske eksaminer eller kontrol af antal kursusdage skaber megen administration, og der er dårlig dokumentation for, at det fører til bedre behandling og kvalitet for patienterne.

Kliniske kompetencer følger kliniske retningslinjer til dørs

Obligatorisk løbende kompetenceudvikling vil være et effektivt redskab til at implementere nationale kliniske retningslinjer. I en obligatorisk procedure for kompetenceudvikling vil lægen sammen med sin leder eller en faglig ekspert analysere, om det kliniske arbejde lever op til evidensbaseret korrekt behandling, herunder nationale kliniske retningslinjer. Hvis analysen viser et behov, skal lægen efteruddannes netop der, hvor der er huller i kompetencerne. Lægeforeningen er klar til at forpligte speciallæger til at se på deres egen faglige formåen. Men det er vigtigt, at der politisk også er prioriteret midler til kompetenceudvikling, der implementerer evidensbaseret viden og kliniske retningslinjer.

Bilag: Se Lægeforeningens politik "Kvalitet gennem systematisk kompetenceudvikling" her http://www.laeger.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwwpob_page.show?_docname=9574983.PDF

2012

Den moderne journal

Lægeforeningens journalpolitik

DEN MODERNE ELEKTRONISKE JOURNAL SKAL VÆRE TVÆRGÅENDE OG FÆLLES FOR HELE SUNDHEDSVÆSENET. PÅ DEN MÅDE KAN DEN FUNGERE SOM STYRINGSVÆRKTØJ FOR PATIENTFORLØBET OG SIKRE OVERGANGE. EN FÆLLES JOURNAL SKAL FORBEDRE PATIENTSIKKERHEDEN OG VÆRE ET EFFEKTIVT ARBEJDSREDSKAB FOR LÆGEN.

Sundhedsvæsenet har gennem de seneste årtier gennemgået en fundamental forandring.

Patientbehandling på tværs af sektorgrænser og specialer udfordrer den traditionelle opbygning af journalen. Den moderne patient har mange kortvarige lægekontakter på tværs af sektorerne – i ambulatorier, kortvarige indlæggelser, speciallægepraksis og almen praksis. De har ofte flere sideløbende forløb, og kommunen er ofte del af et forløb.

Dette medfører en øget mængde information, som lægen har ansvar for at håndtere. Den øgede mængde information foreligger oftest i en ustruktureret form og øger derfor risikoen for tab af information, manglende opfølgning på kontakter og uløste problemstillinger. Således risiko for fejl og utilsigtede hændelser. Alt sammen ansvarspådragende for lægen.

Det stiller krav til den måde, hvorpå journalen skal kunne håndtere mængden af informationer.

Den moderne journal:

- skal kunne fungere som styringsværktøj for patientforløbet og sikre overgange.
- skal indeholde beslutningsstøtte og forbedre patientsikkerhed.
- skal være et effektivt arbejdsredskab for lægen.

Den nuværende elektroniske journal er i vid udstrækning en elektronisk udgave af den gamle papirversion og kan ikke håndtere disse problemer sikkert.

Journalen skal altid opfylde det oprindelige formål: at være lægens værktøj og være funderet i et tillidsfuldt læge-patient-forhold.

Dette notat indeholder Lægeforeningens bud på en moderne elektronisk journal – tværgående og fælles for hele sundhedsvæsenet.

LOVGIVNING

Reglerne om lægers journalføringspligt findes i dag i bekendtgørelse nr. 1373 fra 2006, hvor enhver læge har en ubetinget pligt til at føre journal. Det er de samme regler, der gælder, uanset om journalen føres på papir eller er elektronisk.

Der er i dag ingen lovgivning, som omhandler journalen som styringsredskab. Indhold reguleres via autorisationsloven. Dvs. at der ikke er krav til, hvordan journalen håndterer f.eks. henvisninger, overgange og følger op på ordinationer og parakliniske undersøgelser.

FÆLLES JOURNAL BEDRER SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB

Patienten bevæger sig gennem sundhedsvæsenet, og den moderne journal skal derfor være fælles for alle autoriserede sundhedspersoner. Enhver autoriseret sundhedsperson har som udgangspunkt ret til adgang til data for eget behandlingssted, men kan søge og indhente data fra andre behandlingssteder, når dette er relevant for det aktuelle forløb. Dette fordrer et effektivt sorteringssystem, så man kan søge meget bredt eller mere smalt. Ved bredt forstås alle notater, og ved smalt forstås et konkret speciale eller sygdomsforløb, et faggruppenotat, notater i specificeret tidsperiode etc.

OVERORDNEDE VÆRDIER FOR JOURNALEN

Sikring af overgange

Det skal i journalen være tydeligt, hvornår ansvaret for patienten overdrages fra en behandler til en anden. Patienten må ikke stå uden ansvarlig behandler/behandlingssted. I dag ses jævnligt eksempler på patienter, der ikke »gribes«, når de henvises til et nyt behandlingssted, eller hvor der ikke følges op på patientens helbredsproblemer i ventetiden.

Den moderne journal skal kunne håndtere en sikker overlevering af patienten fra et behandlingssted til et andet.

Overskuelighed

Journalen skal være opbygget overskueligt. I dag er journalen et langt skrift, hvor de mange og ustrukturerede informationer udgør en risiko for, at oplysninger, der har betydning for beslutning om behandling, overses.

Den moderne journal har en intuitiv og brugervenlig opbygning. Overskueligheden sikres ved bl.a. oprettelse af et resuméark, som indeholder væsentlige beslutninger og konklusioner på en behandling og dermed sikrer hurtigt overblik ved hver enkelt patientkontakt.

Det er en forudsætning, at der er effektive sorte-

ringsmekanismer, som kan sortere på f.eks. diagnoser, faggrupper etc., så den enkelte fagperson til enhver tid kan hente de nødvendige informationer, som er relevante i den aktuelle situation.

Korrekturfunktion

Beslutning om behandling beror på korrekte og opdaterede oplysninger. En fælles, tværgående patientjournal øger risikoen for, at evt. fejl i journalnotaterne spreder sig som ringe i vandet.

Den moderne journal stiller krav om, at der er læst korrektur på alle journalnotater, uanset hvordan disse er indført i journalen. Det skal derfor være tydeligt, at der er læst korrektur på et notat. Den læge, der behandler patienter på baggrund af oplysninger, der ikke er korrekturlæst, skal vide, at der er grund til at udvise ekstra agtpågivenhed. Det er ledelsen, der er ansvarlig for, at de nødvendige redskaber er til rådighed for en systematisk korrekturfunktion.

Opdatering af informationer

Når en patient henvises fra et hospital til et andet mhp. videreførelse af behandling, startes i dag ofte en identisk dataindsamling og undersøgelse, som forsin-ker behandling.

Med den moderne journal er det muligt at handle på baggrund af opdaterede data ved skift af behandlingssted. Derved spares tid og resurser. Journalen bør indeholde en funktion, som kan summere de af patientens aktuelle problemstillinger, som ikke er løst. Journalen understøtter herved sammenhæng i patientens behandlingsforløb.

Stamdata (f.eks. allergi, pacemaker, cave, livstestamente, organdonation, nej til blodtransfusion, rygning, alkohol)
I den traditionelle journal repeteres stamdata ved hver indlæggelse, og der er ingen samkøring af stamdata mellem sektorer.

Den moderne journal kan vise de i bekendtgørelsen definerede data, som udgør stamdata. Derudover kan hvert speciale definere særlige data, som med fordel vises, hver gang patientens journal åbnes.

Hvilket datasæt, der popper op, afhænger af, hvem der er logget på.

Fortrolighed

Lægefaglig behandling forudsætter tillid og fortrolighed i forholdet mellem læge og patient. Indsamling af patientdata har til formål at skabe et realistisk billede af patienten og dennes livssituation og lykkes kun, hvis patienten mødes med tillid og respekt af systemet. Den fælles journal indebærer samtidig, at mange

får adgang til oplysninger, som af patienten opfattes som fortrolige og med deraf følgende risiko for, at patienten er tilbageholdende i sin information til lægen.

I den moderne journal er journaloplysninger som udgangspunkt tilgængelige for alle, der deltager i behandlingen af patienten. Det skal overvejes, om der i den moderne journal skal gives patienten mulighed for at blokere adgangen til konkrete og afsluttede behandlingsforløb eller dele heraf. En sådan blokering af journalområder skal kun kunne ske efter samtale med læge, hvor patienten bliver bekendt med konsekvenserne af denne handling. En patients blokering af oplysninger skal tydeligt fremgå for den, der bruger journalen. Patienters mulighed for blokering af oplysninger skal opvejes mod de mulige negative patient-sikkerhedsmæssige konsekvenser.

Skriveadgang

I dag findes ofte talrige optegnelser (f.eks. sygeplejekardex) på samme patient i samme forløb. Disse udfærdiges af forskellige faggrupper og indgår ikke i patientjournalen. Informationerne er derved spredt med risiko for, at væsentlige kliniske observationer overses.

” Oplysninger indskrives i journalen og kan indhentes af alle, der har autoriseret adgang til journalen.

Den moderne journal har alle autoriserede sundhedspersoner som forfattere. Autoriserede sundhedspersoner, som tager direkte del i patientbehandlingen, kan skrive i den tværgående, moderne journal. Med behandlingsansvaret følger journalføringspligten. Ikke autoriseret personale skal kunne indføre f.eks. målte værdier, men har i øvrigt kun læseadgang.

Skriveadgang skal kunne uddelegeres efter gældende regler for delegation.

Interaktivitet

Journalen understøtter i dag ikke, at patienten aktivt og ansvarligt tager del i egen behandling.

Den moderne journal giver patienter skriveadgang i et særligt faneblad. Patientens egne observationer kan indføres i journalen og valideres efterfølgende af behandlende læge eller sundhedsperson. Patientens målte værdier kan automatisk overføres til journalen via telemedicinske teknologi. Dette kan være i forbin-

delse med f.eks. rehabilitering, astma, vægt, hovedpine, diabetes, allergi, forhøjet blodtryk, vandladning etc. En aktiv og velinformeret patient er vigtig for at undgå utilsigtede hændelser og informationstab. Hvis patienten opdager faktuelle fejl, skal vedkommende have mulighed for at skrive til en elektronisk postkasse, så skrivefejl kan rettes, og utilsigtede hændelser undgås.

Særlige patientgrupper kan med fordel tilbydes chatfora, hvortil journalen »linker«.

Datafangst/beslutningsstøtte

Beslutningsstøtte er et nødvendigt værktøj i en hverdag med travlhed og mange kontakter. Når mennesker arbejder, risikeres menneskelige fejl. En elektronisk journal skal sikre, at den menneskelige faktor i behandlingsfejl reduceres mest mulig.

Den moderne journal skal yde effektiv beslutningsstøtte til sundhedspersonalet. Det skal være muligt at koble journaloplysninger med ordinationer, så risikoen for uhensigtsmæssig behandling minimeres. Datafangst skal udbygges mhp. at skabe bedre overblik, spare resurser og med automatiske *pop-up*-funktioner, der bl.a. informerer, når en skitseret plan ikke følges. Derved undgås misforståelser mellem sundhedspersoner og mellem sundhedsperson og patient.

Diagnosekodning skal automatisk linke til behandlingsvejledninger (Nationale Kliniske Retningslinjer) og komme med forslag til behandling. Der er dog ikke tale om, at behandleren er pligtig til at følge anvisningen, men skal konkret tage stilling til, om en foreslået behandling skal følges, eller anden behandling foretrækkes.

Samtykke

I den moderne journal er der i princippet ikke tale om videregivelse af oplysninger. Oplysninger indskrives i journalen og kan indhentes af alle, der har autoriseret adgang til journalen.

Patienten skal forsat give informeret samtykke til behandling, og dette skal dokumenteres. I den moderne journal skal samtykket dokumenteres i et særskilt faneblad. Et beslutningsstøtteværktøj skal sikre, at samtykke vises på skærmen f.eks. inden operative indgreb eller start af cytostatika. En støtte til lægen, om hvad man skal huske at informere om, skal være tilgængelig evt. med mulighed for at »vinge« af, hvad man har informeret om. Dette vil sikre, at tid til at dokumentere det informerede samtykke reduceres, at patienten informeres om relevante mulige bivirkninger og komplikationer, samt at samtykket altid læses, inden behandlingen/indgrebet indledes.