

REFERAT

Møde: Vedr. dokumentationskrav og it-systemer
Dato: Den 4. januar 2012
Kl.: 15.00-17.00
Sted: På regionsgården

Sagsnr.: 11011685
Arkiv: 1-30-72
Sagsbeh.: IK

Deltagere

Sygeplejersker: Maria Bonde ,Kirsten Salling, Rikke Albrechtsen ,Jette Skalka,
Margrethe Herming, Sofie Søderberg
Terapeuter: Julie Boeberg Jensen, Susan Thode
Lægesekretærer: Soile Friis, Ulla Klarskov, Bettina Olsen,Bodil Ustrup
Regionsadministrationen: Helle Ulrichsen, Mikael Skov Mikkelsen, Inge Kristensen (ref.)

Helle Ulrichsen bød velkommen og indledte med opfordring til en åben og fordomsfri dialog om de emner, der lå deltagerne på sinde. Helle Ulrichsen understregede, at en del af formålet var at medvirke til at gøre regionens ledelse mere vidende om de forhold, som har betydning for medarbejdernes oplevelser af af arbejdsvilkårene på regionens hospitaler i forhold til dokumentationskrav og IT.

Der var enighed om at fokus på mødet var dokumentationskrav.

Neden for er de emner, der blev talt om ved mødet, gengivet i tematiseret form:

IT-systemer/IT-funktionalitet

Flere nævnte de mange log-ins, der skal anvendes. Eksempler på uhensigtsmæssig eller dårligt fungerende IT-systemer var de PDA'er, der skal anvendes imedicineringsprocessen – de er megetlang tid om at fungere, netværket er tilsyneladende ikke tilstrækkelig udbygget til at understøtte PDA'erne og PDA'erne kan opleves at være logget på en anden afdeling. Manglende pc-kapacitet blev af mange nævnt som en hindring. Disse ting hindrer dokumentation og manglende compliance på en række områder.

Der skal arbejdes i mange forskellige systemer – man kan se røngtensvar i ét system, men skal bestille i et andet. Det kompliceres yderligere af, at afdelingerne anvender forskellige systemer. Generelt blev bestilling af undersøgelser nævnt som et problem, og at det er et problem at f.eks. Orbit og OPUS ikke kan tale sammen. I EPM 3.0 skal der manuelt føres registreringer over.

OPUS blev nævnt som grundlæggende godt, men at der er problemer med at få overblik over patientens data. Der efterlystes af mange et ark med "stamdata" for de oplysninger, som skal anvendes igen og igen vedr. patientens helbred. Det skal være muligt at lave plejeplaner i OPUS.

Det blev også nævnt, at IT-systemerne ofte er "nede" og/eller at der er lange svartider.

KISO er i pilotdrift på GeH og blev af repræsentanter derfra rost for god funktionalitet og overblik. "Papirløs"journal erogså i drift på GeH og går godt, selvom der er udfordringer med hastigheden.

Det ville være en stor hjælp hvis mange målinger kunne digitaliseres direkte fra apparaterne, f.eks. måling af køleskabstemperatur.

Manglende uddata blev også nævnt, og der blev efterspurgt udvidet brug af datafangst, f.eks. i NIP.

Alle glæder sig meget til Effektiv System Adgang (ESA) ! Det blev dog nævnt, at ESA ikke fungerer med tynde klienter.

Der blev fra regionsadministrationen informeret om, at IT-strategien omlægges fremover. Der findes nu systemer, der kan opfylde de krav, der skal honoreres, og den fremtidige strategi på området overvejes i forbindelse med udbud af en ny IT-platform. Samtidig satses der intenst på udbygning af den infrastruktur, der skal være bærende nu og fremover, ligesom der satses intensivt på etablering af "single-sign-on" i 2012. Det nye fokus betyder også, at der vil blive lagt større vægt på sikring af driftsstabilitet og mindre på ny-udviklinger og nye systemer.

Udviklingen af KISO og effektiv systemadgang (ESA) blev nævnt som tiltag, der kan medvirke til at løse nogle af de udfordringer der er pt. med log-ins og dokumentation både på papir og IT, stamdata og manglende plejeplaner.

Det blev nævnt, at der introduceres en "Helpdesk", som har åbent 24 timer i døgnet, hele ugen, og hvor fejlog uhensigtsmæssigheder i systemet kan indmeldes.

Dobbeltdokumentation/optimering af dokumentation

Der var enighed om, at de enkelte dokumentationskrav i sig er fornuftige, og der er stor opbakning til retvisende og meningsfuld dokumentation, men at dersamlet seteren stordokumentationsmængde, og at der er mange eksempler på dobbeltdokumentation. Der blev nævnt en række eksempler på dokumentation, der kan ændres og/eller gøres mere meningsfuld, eller hvor der forefindes dobbeltdokumentation:

Koder: der findes et utal af koder, som hver i sær skal huske, f.eks. suicidal screening, som både skal skrives i journalen og angives med en kode. Der er også mange DRG-koder, som skal huskes.

Screeninger: hvor der før var en mangefuld ernæringsscreening, er det nu måske blevet for meget og for mange, der screenes på. Det kan også være, at grænsen på 24

timer skal ændres. Generelt skal der jo være ressourcer til at følge op på de ting man finder i screeningerne !

Kontaktpersonordningen: blev af mange nævnt som ikke-meningsfyldt, i sær i korte forløb og som krydser der bliver sat uden at det giver værdi. Nogle nævnte, at det også kan give patienten for høje forventninger til, at kontaktpersonen kender vedkommende. Kontaktpersonordningen burde ikke standard – det er endel af god sygepleje at følge op på de, der har behov. Derimod kunne det være en god idé med kontaktdata til én man kan kontakte efter udskrivelsen.

Akutmodtagelse: i en akutmodtagelse skal der udfyldes mange specialark – det udgør en ekstra dokumentationsbyrde for personalet i en akutmodtagelse, hvilket vanskeliggøres når der ikke er tilstrækkeligt personale. Der blev nævnt, at triage giver en del dobbeltdokumentation. Det blev nævnt, at der – pga. risikoen for sager – sker at dokumentation går forud for behandlingen !

Ulykkesregistrering: en ulykkesregistrering kan betyde 20-25 minutters arbejde.

Dobeltdokumentation: læger og sygeplejersker skal dokumentere det samme, eller der skal igennem mange led. Som eksempel blev nævnt udskrivelse af en hovedpine-tablet, der kan tage 20 minutter, fordi der skal dokumenteres mange steder, og lægen skal godkende osv. Der skal også dokumenteres det samme i f.eks. diabetesskemaer og EPM. Der blev også spurgt til om ikke oplysninger om samtykke kunne samles ét sted.

Det skal være muligt, at tilpasse dokumentation til den enkelte afdeling.

Det blev nævnt, at dobbeltdokumentation også udspringer af, at der ikke er tilstrækkelig pc-kapacitet og udbyggede systemer.

Der var enighed om, at standardnotater er gode, og at det er godt, at GOP kan tilpasses såvel specialiseret som almen genoptræning.

Generelt var der enighed om, at dokumentation skal være meningsfyldt, understøtte patientforløbet og være nem, og at IT-systemerne skal understøtte dokumentationen og kunne tale sammen !

Helle Ulrichsen pointerede, at vi skal være bedre til at give feedback på data – og at det bliver synligt, at vi gør det, men at der fremover ikke vil være færre dokumentationskrav. Der blev også oplyst om, at afdelingerne kan tilpasse dokumentationskravene, men at det ikke er formidlet tilstrækkeligt. Dokumentation er også med til at beskytte den enkelte sundhedsperson, så man ikke bliver beskyldt for ikke at gøre sit arbejde.

Der blev fra regionsadministrationen gjort opmærksom på, at der er etableret et journaludvalg i regionen, der bl.a. har til formål at imødegå dobbeltregistreringer og overlappende dokumentationspraksis. Der blev endvidere gjort opmærksom på, at langt de fleste dokumentationskrav udspringer af lovgivning og bekendtgørelser, og at vejledninger afspejler disse krav.

Organisering, inddragelse og tværfaglighed

Flere nævnte, at "vejen frem" er i højere grad at arbejde i tværfaglige teams. Monofagligheden må brydes, så vil der også blive gjort op med dobbeltdokumentationen.

Der blev efterlyst bedre tid til og mere støtte til implementering.

Afdelingsledelserne skal involveres tidligt i udvikling af krav og systemer – det er dem, der skal bære det videre. Det blev også nævnt som meget væsentligt at involvere slutbrugerne i udviklingen.

Desuden bør der følges op på implementering af koncepter og systemer. Der kom forslag om at etablere en "idé/problembank" for IT og dokumentation, evt. i relation til den nye helpdesk .

Det blev nævnt at lægesekretærer kan medvirke til at sikre den tværsektorielle og tværfaglige kommunikation. I takt med, at de tværsektorielle forløb fylder mere, bliver koordineringen vigtigere, f.eks. til hjemmeplejen. I den forbindelse blev det nævnt, at den tværsektorielle kommunikation skal fungere bedre.

Som løsning blev nævnt, at patienten skal kunne dokumentere mere selv.

Regionsadministrationen fortalte, at der etableres en implementeringsenhed i den nye IMT-virksomhed, og at der igennem bliver meget fokus på implementering.

Helle Ulrichsen takkede for de mange konstruktive input og løsningsforslag, og fortalte at to sundhedsfaglige råd nu skal se på dokumentationskravene indenfor deres område samt at der tidligere har været holdt møde med dels yngre læger, dels overlæger samt at der vil blive

De input der er fremkommet på dette møde vil indgå i det videre arbejde, herunder inputtene vedr. involvering og implementering, herunder forslaget om at etablere en "idé/problembank" for IT og dokumentation .

Der blev gensidigt givet udtryk for, at det er både nyttigt og tillidsskabende at mødes.