

Dokumentation i Opus arbejdsplads og anvendelse af bilagsmappe ved **overgang** til H-EPJ på Amager og Hvidovre Hospitaler.

Denne vejledning gælder for gynækologisk/obstetrisk afdeling.

Denne vejledning indeholder retningslinjer for praktisk udførelse af dokumentation i Opus arbejdsplads på Amager Hvidovre hospitaler. Der henvises til Lov om Journalføring , Regionale vejledning for Journalføring samt Amager og Hvidovre Hospitalers vejledning om Sygeplejedokumentation i KISO .

Målgruppe:

Alt personale, der er omfattet af journalføringspligten eller som registrerer patientoplysninger.

Definitioner:

Journal: Indeholder oplysninger om patientens tilstand, den planlagte og udførte behandling m.v. herunder hvilken information, der er givet, og hvad patienten på den baggrund har tilkendegivet. Ved behandling forstås undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient. Oplysningerne kan findes elektronisk eller på papir.

Bilagsmappe: Det omslag, der indeholder papirer, der er relevante for patientens pleje og behandling.

Diktattyper: Der indføres 14 regionale diktattyper i MIRSK samt 7 lokale, se tabel nedenfor.

Notattyper: Ved afskrivning til Opus placeres de fleste af de 21 forskellige diktattyper under et af de 14 regionale notattyper i Opus, som samtidig er nye for Hvidovre Hospital. Visning af diktattyper er brugerafhængig.

De 14 notattyper ses sidst i dokumentet

Faggrupper: Der indføres anvendelse af faggrupper i Opus Notat, således at forfattere til notater skal anføre egen faggruppe. Udvalgte (mest relevante) faggrupper fremgår af nedenstående tabel :

RAD	Radiograf	SOC	Socialrådgiver
PLEJE	Sygeplejerske, sosu assistent, sygehjælper	BIOA	Bioanalytiker
DIÆT	Diætist	FYS	Fysioterapeut
JDM	Jordemoder	LÆGE	Læge
PSYK	Psykolog	SEKR	Sekretær
SONGR	Sonograf	ERGO	Ergoterapeut

Bilagsmappens anvendelse:

Der bruges en hvid bilagsmappe for gynækologiske patienter, en lyserød for obstetriske patienter. På denne måde kan sekretærerne ved et hurtigt øjekast differentiere mellem dem, da de har forskellige forløb. De gynækologiske bilagsmappe afvikles og sendes til ONBASE løbende, de obstetriske beholdes indtil hun har født og er udskrevet.

I overgangsperioden skiftes der fra journal til bilagsmappe, hver gang sekretærerne håndterer en journal. Der er derfor ikke planer om at skifte ALLE aktive journaler ved driftstart. Alle nye patientforløb oprettes herefter fremadrettet med en bilagsmappe.

Dokumentation, der ikke foreligger elektronisk, eller som der fortsat er en grund til at printe, placeres i bilagsmappen. Det drejer sig om blandt andet transfusionskemaer, anæstesipapirer, laboratoriesvar, standardplejeplaner, diverse observationskemaer og breve.

Der oprettes en ny bilagsmappe ved hver indlæggelse. Ved oprettelsen placeres en forside, faneblade A-E (vi vil i første omgang forsøge os uden faneblade i gyn-obs), et label ark, et grønt charteque indeholdende et ordinationsark, et blå charteque (til blodprøvesvar), et skema til registrering af medbragte værdigenstande, samt henvisningsbreve mm, som er til stede ved oprettelsen i et plastikomslag med sort ryg og indstikslommer foran.

Der skal således IKKE længere bruges: journalforside, sygeplejeforside, observationskema, EWS skema, tryksårsscreening, ernæringscreening og indledende sygeplejevurdering. Disse findes alle i KISO.

Indstikslommerne er som hidtil til stue og sengenummer samt f.eks. pink MIRSK kort. Det kan være hensigtsmæssigt at have et charteque til at opbevare standardplejeplaner i, så disse nemt kan tages ud af bilagsmappen ifm. brug.

Ved oprettelse af et ambulante forløb placeres en forside, henvisning, skadeseddel og relevante breve mm samt labelark i et plastikomslag med sort ryg og indstikslommer foran.

Der skal ikke oprettes en bilagsmappe til patienten i tilfælde, hvor det ikke giver mening. Dette tilfælde gør sig gældende ved mange ambulante besøg. Man kan i disse tilfælde udskrive ressourceliste hvor patientdata var tilgængelige – og hvis behov for etiketter kan disse efterfølgende udskrives.

Ved udskrivelse eller død skal relevant indhold i OnBase. Resten destrueres. Omslaget til bilagsmappen skal ligeledes destrueres. Ved ambulante forløb skal bilag løbende sendes til scanning til OnBase, og bilagsmappen således ikke beholdes (gælder ikke de obstetriske forløb).

Alle MIRSK diktater skal være skrevet inden bilagsmappen kan sendes til scanning. Er de ikke det, skal bilagsmappen beholdes og der skal registreres journaladresse.

Det er vigtigt der kun sendes ordnede og strukturerede bilagsmapper til Journalcentralen. Der modtages ikke bilagsmapper til scanning om fredagen.

Bilagsmappen er en del af patient journalen og skal altid følge den indlagte patient til undersøgelse og behandling. Ved død skal bilagsmappen i tilfælde af obduktion følge patienten, og herefter sendes til scanning. Hvis der ikke skal foretages obduktion, skal bilagsmappen sendes direkte til scanning uden at følge patienten.

Lokale journalarkiver:

De obstetriske bilagsmapper opbevares i arkiv på 546 som hidtil. Fra de gynækologiske mapper bliver alt relevant materiale lagt i OnBase og resten destrueres. Det skal tilstræbes, at de eksisterende journaler sendes til scanning indenfor en overskuelig fremtid. Hvis dette ikke er muligt, skal en journal som det absolut seneste sendes til scanning i forbindelse med patientens næste besøg på hospitalet.

Bilagsmappeadresse (journaladresse) i GS Å!/Opus:

Registrering af Bilagsmappens adresse samt rekvirering af denne kan evt. fortsat udføres. Dette er afhængigt af lokale forhold. Hvis bilagsmappen ikke umiddelbart kan sendes til scanning, skal der dog registreres en journaladresse på den.

Dokumentation i OPUS:

Alt personale skal dokumentere i Opus, enten i notatdelen eller i KISO. I notatdelen skal korrekt faggruppe og notattype anvendes. Den indledende sygeplejevurdering for ambulante eller dagkirurgiske patienter føres i Opus notat.

Der skal enten indtastes direkte i Opus eller dikteres til Mirsk. I Mirsk svarer diktattyperne til notattyperne i Opus Notat. Der kan evt. lægges en håndskrevet kladder til sekretæren. Denne skal være påført patient navn og cpr nummer samt klokkeslæt. Der skal underskrives med fuldt navn og faggruppe. Hvis der dikteres i Mirsk, skal der som hidtil placeres et pink lommekort i lommen på omslaget.

Læsning af notater:

Fra den 28.10.2013 sorteres alle fremadrettede notater efter faggruppe og notattype. Ved fremsøgning kan der derfor filtreres efter disse, hvilket kan lette søgningerne. Notater før denne dato er fortsat sorteret efter tidligere opsætning, og skæringsdatoen fremgår af Opus, så misforståelser afhjælpes.

Cave:

Cave har eget særskilt notattype. Der afventes en regional løsning hvor Cave registreres ét sted (I EPM) og herfra overføres automatisk til de øvrige systemer (forventes november 2013). I henhold til den Regionale vejledning for journalføring fastlægger Hvidovre og Amager Hospitaler, at der skal dokumenteres Cave i den indledende lægelige vurdering og i EPM indtil den nye løsning er implementeret.

Livsforlængende behandling:

Notat om at der ikke skal forsøges livsforlængende behandling skal gøres i selvstændigt notat af typen Plan. For overblikkets skyld kan det også noteres på bagsiden af bilagsmappens forside.

Særligt for Informeret samtykke:

Informeret samtykke til behandling skal dokumenteres i OPUS Notat. Informationen gives mundtligt og informeret samtykke skal dokumenteres i forbindelse med enhver undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje og sundhedsfaglige forebyggelsestiltag, dvs. det

kan stå under flere forskellige notatyper, herunder indledende vurdering, procedure, plan/konference, samtale og notat.

Notattypernes indhold ses bedst i dokumentet

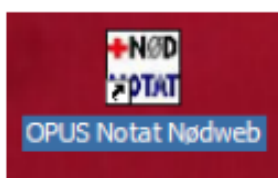
Print:

Kontinuationer skal ikke printes, men læses elektronisk.

Ved interne overflytninger på Amager Hospital og på Hvidovre Hospital skal Bilagsmappen følge patienten, mens den øvrige journal læses elektronisk. Ved overflytninger til et andet hospital skal journalen eller relevante dele heraf printes og sendes med patienten.

Nødprocedure for Opus Notat:

Hvis Opus er nede, men netværket består, skal Opus Notat Nødweb anvendes. Den findes som et ikon på skrivebordet:



Der kan ses og printes alle notater fra Opus Notat som er under 1 måned gamle.

Der kan kun læses på Nødweb. Nye notater skal dikteres, hvis Mirsk fungerer, ellers til bånd eller skrives i hånden.

Hvis netværket er nede, kan hverken Nødweb eller netværksprintere tilgås. Der henvises til Nødprocedure i særskilt mappe om Nødprocedurer ved it nedbrud, placeret på alle lokationer.

Notattypernes indhold :

Oversigt over notatyper – version 1.0

Notattype navn	Forkortelse I OPUS oversigt	Indhold	Lokale tilføjelser
Indledende Vurdering	IND	Heri er inkluderet alle sundhedsprofessioners indledende vurdering af patienten – enten ambulant, forundersøgelse eller under indlæggelse. Følgende elementer er ikke udtømmende for alle faggruppers indledende vurdering af patienter: Årsag til den aktuelle kontakt * Patientens sygehistorie Sociale og familiære data Aktuel medicinering Tobak – og alkoholforbrug Oplysning om multiresistente bakterier (risiko og bærertilstand samt evt. behandling)*	

		<p>Oplysning om implantat (fx pacemaker) Religiøse forhold eller overbevisninger af betydning, fx Jehova* Barrierer for kommunikation, talesprog Objektiv undersøgelse, herunder vurdering af</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neurologiske, bevidsthedsmæssige, psykiske og kognitive forhold • smerter • syn, hørelse • hud, slimhinder, sår • ernæringstilstand • udskillelser • patientens viden om aktuelle sygdom og informationsbehov • søvn og hvile • funktionsvurdering, brug af hjælpemidler og faldrisiko (HIH) • fund vedr. vitale værdier (kan også indgå i særskilt skema) <p>Arbejdsdiagnose Foreløbig behandlingsplan: Indikation og ordination af undersøgelser, behandling og monitoreringsniveau og samtykke til behandling Forventet indlæggelsestid Lægemiddel- og anden CAVE* samt intolerans</p>	
Allergi/ Cave, intolerans	Cave	Benyttes ikke, er på AHH en del af indledende vurdering.	
Notat	NOT	Daglige notater: Forundersøgelse Gennemgang Observationer og handlinger Revurdering af patient Indikation for henvisninger Indstilling til invasivt indgreb og relaterede ordinationer Undersøgelsesresultater Stuegang Diagnoser Hjemmebesøg – følg hjem ordning	
Procedure	PRO	Vurdering før procedure: Der fortsat er indikation for indgrebet, at patientens tilstand ikke er ændret i alvorligere retning siden den præoperative vurdering. Kontrol før indgreb af indgrebstype, sted og sideangivelse, at, markering af side) Ikke kirurgiske indgreb fx invasiv radiologisk undersøgelse eller anden undersøgelse eller behandling fx bronkoskopi, lumbalpunktur, ECT Operations - procedurebeskrivelse	

		(De fem trin"/ Sikker kirurgi anføres flere steder i ORBIT). Tilsyn fra andre specialer, hvor der foretages en procedure, der skal ydelsesregistreres. Sedation og observation herunder Opvågningsafdeling	
Behandlings Plan/konf.	PLAN	Aktuel diagnose Konferencebeslutninger Koordineret plan for undersøgelser og behandling, pleje og rehabilitering herunder udredningsplan. Livstestamente og oplysning om "Ingen genoplivning"* Målsætning for behandlingsforløbet, opsummering og retningslinjer for det videre forløb. Forventet udskrivningstidspunkt Oplysning om at patienten er informeret og har givet samtykke Tidspunkt for revurdering af planen Telekonference Forløbsprogrammer: Diagnose: KOL eller type-2diabetes <ul style="list-style-type: none"> • Stratificering 1,2 eller 3 • Tovholder Praktiserende læge eller Hospital • Ryger: ja / nej • Pakke år, antal: • Rygedebut, årstal: • Tidligere ryger: ja / nej • Tilbudt forløbsprogrammet tilbud: ja / nej + dato • Interesseret for tilbud: ja / nej + dato Hvilken plan er der lagt i sammen med patienten ved udskrivelsen	
Forsknings-projekt	FOR	Titel* Projektnotater Projektleder Projektbeskrivelse Patientens samtykke (separat underskrift) Behandling med forsøgspræparater	
Samtale	SAM	Fokus er ikke terapeutiske samtaler med patienter og pårørende, men informationsudveksling, rådgivning og dialog om diagnose, behandlingstilbud, prognose, risici, effekt, bivirkninger, komplikationer og forebyggelse, genoptræningsplan. Samtale med patient om diagnoser, forebyggelse, behandlingstilbud og -metode, Evt. udskrivningssamtale Samtale og information til pårørende.	

		Information om utilsigtede hændelser Dialogsamtale - opsamling på evt. dialogsamtale efter klage	
Tilsyn	TIL	Sundhedsfaglige tilsyn fra andre specialer eller specialistfunktioner, til notater der ikke indeholder en procedure, herunder anæstesitilsyn præoperativt, medicinsk tilsyn, hygiejne, diabetes, sårsygeplejerske mv	
Resumé	RES	Periodisk opsummering af forløb og aktuelle helbredsproblemer og For ambulante langvarige/livslange forløb: Årligt <ul style="list-style-type: none"> • Diagnose(r) • Status på helbredsproblemer, aktuel behandlingsplan • Hvis EPM ikke anvendes: Aktuel medicinering 	
Udskriv	UD	Udskrivningsnotat: Instruktioner til patient/pårørende omkring behandlingsplan, medicin, opfølgning, hjælpemidler, genoptræning, forholdsregler ved behov for kontakt Overflytningsnotat: Erstatte epikrise, fx ved interne overflytninger. Overflytningsnotat skal ikke udfærdiges, hvis der udfærdiges epikrise. Resumé af hidtidige indlæggelsesforløb, beskrivelse af patientens aktuelle tilstand og behandlingsbehov. relevant diagnostik, udførte indgreb, årsag til overflytningen, medicinering, monitorering, navn på kontaktlæge samt navn på de læger der indgår overflytningsaftale samt navn på modtagende afdeling	
Visitation	VIS	Visitationsnotater forud for indlæggelse, fx ved CVI Evt. noter ifm. elektiv henvisning til anden afdeling på eget eller fremmed hospital	
Telefon-konsultation	TLF	Telefon og telekonsultationsnotat: Ved kontakt fra patient, pårørende, egen læge, kommunale instanser Evt. ringe hjem ordninger Kontakt fra læge til patient om fx prøveresultater	Indtil videre fastholdes at de fleste telefon konsultationer skrives på papir og lægges i bilagsmappen.
Foster	FOS	Anvendes til beskrivelse af ultralyds- og andre undersøgelser samt behandlinger af fostre Er primært målrettet svangreområdet, neonatal og børneafdelinger	Kopi af væsentlige Astraia notater

Tvang	TVA		
--------------	------------	--	--

* Overvejes overført til et såkaldt "stamkort" i Opus arbejdsplads – som erstatning for tabet af en fysisk journalforside.