

Oversigt over e-postere

DASYS dokumentationskonference 2023

Titel:	Forfatter/-e:	Hospital:	E-Posternr:	Tidspunkt for præsentation:
Journalføring og klinisk logistik	Morten Kristiansen Klinisk sygeplejespecialist m.fl. Mobil: 4732 1447 e-mail: morkr@regionsjaelland.dk	Roskilde, akutmodtagelsen	1	15.45 – 16.05 Inkl. spørgsmål: 5 min Ekskl. overlæg: 1 min
Sygeplejedokumentation - på rette spor med nohr	Regionale Dokumentationsråd, Region Nordjylland Kontaktperson: Jytte Heidmann jyhe@rn.dk	Region Nordjylland	2	16.06 – 16.26 Inkl. spørgsmål: 5 min Ekskl. overlæg: 1 min
"SP Lommeuide" – En guide til nødvendig dokumentation i ØNH-ambulatoriet	Lisbeth Munck Pedersen og Pernille Langkilde Kontaktperson: Lisbeth Munch Pedersen Lisbeth.Munch.Pedersen@regionh.dk	Øre-Næse-halskirurgisk og Audiologisk afdeling, Rigshospitalet	3	
Sygeplejefaglig dokumentation – korrekt, tidstro og patientnær	Anne Marie Jensen, Malene Kildemand, Heidi Kvist Dalsgaard Christensen Sygeplejersker Kontakt: Heidi.Kvist.Dalsgaard.Christensen@rsyd.dk	Fælles Daghospital Endokrinologisk, Reumatologisk og SDCO Sygeplejeakademi OUH	4	16.27 – 16.47 Inkl. spørgsmål: 5 min Ekskl. overlæg: 1 min
Patientnær dokumentation på OUH	Christoffer V. Frandsen CVF@rsyd.dk	NOUH	5	16.48 – 17.08 Inkl. spørgsmål: 5 min Ekskl. overlæg: 1 min OPLÆG UDGÅR ERSTATTES AF E-POSTER 3
Kan KIP også anvendes som værktøj i akutafdelingen?	Morten Kristiansen, klinisk sygeplejespecialist, Phillip Hasselquist, overlæge, Inge Alterskjær, socialpsykiatrisk sygeplejerske e-mail: morkr@regionsjaelland.dk	Psykiatrien Region Sjælland	6	17.09 – 17.29 Spørgsmål: 5 min

E-POSTER 1:

Journalføring og klinisk logistik

Ved Akutmodtagelsen i Roskilde, er det sygeplejerskerne, der tager ansvar for patienten. Det er lægerne fra specialerne, der har behandlingsansvaret, men det er akutsygeplejerskerne, der koordinerer det hele. Da bliver patientjournalen, det vigtigste redskab, til at "gøre hinanden gode". Og sygeplejerskens dokumentation og journalføring, er omdrejningspunktet for det hele.

Dette kvalitetsudviklingsprojekt, har til formål, at give patienten, en bedre oplevelse af Akutafdelingen ved SUH. Det hele startet ved Akutmodtagelsen i Roskilde, hvor nogle af vores patienter, kan vente længe på lægefaglig vurdering. Det er mange årsager til dette, men vi vil med dette projekt, kigge ind i hvad sygeplejersken kan bidrage med i helhedsbilledet.

I akutmodtaget har vi, for det meste "kendte" patienter, der kommer til os. De kommer for behandling hos et af specialerne ved sygehuset. Dette projektet vil også omfatte denne gruppe, men vores fokus er rettet mod selvhenvisende. Det er her vi møder flest udfordringer, da akutmodtagelsen står med opgaven, indtil det lægefaglige ansvar er taget.

Akutmodtaget i Roskilde, vil gerne møde patienterne på samme måde, eller med det bedste udgangspunkt. Det giver et godt grundlag, for den videre afklaring og behandling, uanset hvem der har ansvaret eller hvem der tager et ansvar. Uanset er det arbejdsbelastende, at ikke have en plan for patienten, når tiden strækker ud. Det er en sårbar situation for alle involverede parter, da man skal aftale behovet for behandling hver gang.

Baggrund for kvalitetsprojektet

Kvalitetsudviklingsprojektet er en del, at en større satsning, ved Akutafdelingen SUH. I løbet af 2023/24, vil der findes første udgave af en metodehåndbog, for dokumentation og journalføring for akutsygeplejersker i afdelingen. I samarbejde med brugere, patienter og fagpersonale, vil vi give bedre tilgang til og behandling af, de patienter der kommer til os.

Fokusset i dette trin, er at kigge ind i patientovergangen, hvor vi er afklarende, i forhold til patientens vej videre i behandlingsforløbet.

Skabe de bedste rammer

Kvalitetsudviklingsprojektet har til formål, at skabe de bedste rammer for både patient og sygeplejerske. Ved at give alle, et redskab til fælles handling og reducere uønskede hændelser i det akutte og somatiske forløb. Da bliver sygeplejerskens dokumentation og journalføring, grundlag for beslutning, behandling og opfølgning af patienten. Sygeplejersken blive bedre til at tage ansvar, i på vente af en læge og stå stærkt i akutte situationer. Før, under og efter det akutte forløb, vil være bedre og mere forudbestemt.



Metode og materiale

Vi kigger ind i hvad vi har behov for af information og data, og hvad vores samarbejdende sygeplejersker har behov for i forløbet. Hvad og hvordan kan vi være på forkant og kan noget løses, ved hjælp af rammedelegation eller tydelig arbejdsangang og ansvarsfordeling?

Vi deler patient- og journalinformation op i små bestanddele og sorterer de efter egenskab. For så at grupperer de og bygger notater og finde den mest egnede plads i journalsystemet.

Det hele overvåges og monitoreres, så vi kan se hvorvidt metoden anvendes og at den spreder sig blandt sygeplejerskerne i akutmodtaget.

Samtidig ser vi på forandringer i klagesager, tendenser i utilsigtede hændelser og sygeplejerskernes adfærd og brug af patientens elektroniske journal.

Dokumentation som det bærende element

Når sygeplejerskens dokumentation og journalføring bliver målrettet og konkret, så vil det være til stor hjælp, for den der skal videreføre eller overtage opgaven med pleje og behandling.

Sygeplejersken i Akutafdelingen SUH, har en koordinerende rolle, i tillæg til at være en medhjælp, for andre sundhedspersoner.

Projektgruppe

Anne Lyster, Akutsygeplejerske
Christina Maria Kadri Kristensen, Akutsygeplejerske
Oren Levy, Akutsygeplejerske
Maria Frederikke Kjær, Oversygeplejerske
Morten Kristiansen, Klinisk sygeplejespecialist

REGION SJÆLLAND
SJÆLLANDS UNIVERSITETSHOSPITAL

- vi er til for dig

E-POSTER 2:



Sygeplejefaglig dokumentation

– på rette spor med Nohr



REGION NORDJYLLAND
– i gode hænder

Forfatter

Det Regionale Dokumentationsråd, Region Nordjylland
Kontaktperson: Jytte Heidmann jyhe@rn.dk

Baggrund

Journalen er de sundhedsprofessionelles arbejdsredskab. Det er et krav, at de via dokumentation medvirker til at skabe sammenhæng og kvalitet i patientforløb. Dokumentationen foretages så vidt muligt sammen med patienten og pårørende.

Det er vigtigt, at de har viden om lovgivning og de kan anvende dokumentationsredskabet entydigt til at dokumentere en fremadrettet sygepleje med udgangspunkt i Fundamentals of Care.

Formål

-at udvikle og harmonisere den sygeplejefaglige dokumentation på tværs af hospitalerne i Region Nordjylland
-at bidrage til øget kvalitet og patientsikkerhed samt effektive patientforløb.

Indsats

Der er udarbejdet et e-læringskursus, som består af 5 moduler om sygeplejedokumentation.

Indholdet er:

- Introduktion til e-læringskurset
- Jura og sygeplejefaglig journalføring
- Fundamentals of Care og sygeplejefaglig journalføring
- Sygeplejeprocessen, patientinvolvering og sygeplejefaglig journalføring
- Problemorienterede planer

Der planlægges lokale processer i alle afsnit for det videre arbejde for udvikling af den sygeplejefaglige dokumentation.

Målgruppe (primær):

Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter

Resultat

E-læringsforløbet er i gang sat primo juni. Baseline audits foretages juni-august 2023, audits gentages efter ét år.



E-POSTER 3:

REGION

Rigshospitalet

SP lommeuide

– En guide til nødvendig dokumentation i ØNH Ambulatoriet

E-poster af Lisbeth Munch Pedersen og Pernille Langkilde



Øre-næse-halskirurgi

Baggrund:

- Personalet oplevede, at der ikke var en ensrettet måde at dokumentere på hos patienterne
- Det var tilfældigt, hvad der blev dokumenteret, og om det var lægen eller sygeplejerskens opgave. Resultatet blev ofte en mangelfuld dokumentation eller slet ikke nogen
- Mange forstyrrelser hos SP Nøgleperson og patienter
- Oplæring af nyt personale og studerende blev vanskeliggjort af den manglende præcisering af, hvad der er nødvendigt at dokumentere

Formål:

- At udvikle en enkel, overskuelig guide / tjekliste til personalet mhp. at få præciseret, systematiseret og ensrettet den nødvendige og ledelsesdefinerede dokumentation i ØNH ambulatoriet
- Guiden skal udarbejdes i en let tilgængelig form samt i et hygiejnisk materiale

Sygeplejedokumentation af ny patient i kræftpakkeforløb

Følgende skal dokumenteres på stuen af sygeplejersken:

- Personlige oplysninger: Udfyld telefonnumre på patient og to pårørende. Minimum et nummer skal være registreret og sørg for det er det rigtige (opdaterede) telefonnummer.
- Indlær: Status: Udfyld gerne alle punkter under status. Men som minimum:
 - MRSA og Rejse disponering
 - En fuld ernærings screening
 - Ja - ambulans, screening relevanter
 - Udfyld punkter om væbning
 - Alle pt. skal vejes
 - Socialt: Bol
 - Mor

Sygeplejedokumentation af ny patient i kræftpakkeforløb

Klik på telefonopkald, skriv patientens cpr.nr, udfyld dit navn ved ressource-rubrikken og accepter. Telefonnotat dokumenteres med følgende punkter:

Opkald

- Forløbselement
- Telefonkontakt: Indkomne/udgående

Kodning af telefonkonsultation

Tid taget: 15-45-2020 14:20

Svar på noderstående konsultation?

ØNH ans: ØNH

Øre-næse-halskirurgi af sp. Lisbeth Munch

21

SP Guide

Metode:

- Udarbejdelse af hygiejnisk SP lommeuide
- Udviklet og testet i samarbejde mellem SP Nøgleperson, ledelse, afdelingens personale og grafiker før ibrugtagning. Udviklingstrin bestod af behovsanalyse, oplæg og feedbackmøder
- 5 sygeplejersker prøvetestede lommeuiden i 3 uger ift. brug og anvendelighed

Resultater:

- Dokumentationen udføres på stuen, imens patienten er tilstede
- Guiden skaber overblik for sygeplejersken samt giver mere ro og opmærksomhed til patienten
- Den bruges som opslagsværk/tjekliste, hvilket sparer både patient og sygeplejerske for afbrydelser
- Den er hygiejnisk og altid lige ved hånden

Vil du vide mere, kontakt venligst:

- Sygeplejerske og SP -Nøgleperson
Lisbeth Munch Pedersen
Mail: Lisbeth.Munch.Pedersen@regionh.dk

E-POSTER 4:

Sygeplejefaglig dokumentation

- korrekt, tidstro og patientnær



Baggrund

Region Syddanmark har en vision om, at der skal arbejdes med patientnær dokumentation. I arbejdet med implementering af det på vores afdeling, fandt vi ud af, at der først og fremmest var et tydeligt behov for at ensarte dokumentationen korrekt.

Formål

Projektets formål var at udarbejde en fremgangsmåde for den korrekte sygeplejefaglig dokumentation i Fælles Daghospital med fokus på patientnær dokumentation.

Metode

Med udgangspunkt i Strategien for sygeplejefaglig journalføring i Region Syddanmark arbejdede vi os frem til, hvordan vi skulle dokumentere korrekt. Vi har afholdt møder og modtaget input fra kollegaer, hvilket har banet vejen til udarbejdelsen af "ActionCards". Derudover inddrogede vi afdelingens sekretærer for at sikre korrekt kodning af besøg, behandlinger og medicingivning.

Diskussion

Forud for nye forandringstiltag opleves der ofte modstand og skepticisme og dette projekt er heller ingen undtagelse. Vi har haft fokus på at møde kollegaer på deres individuelle niveau samt tage højde for, at vi lærer på forskellig vis. Samtidig har det været vigtigt at fastholde sygeplejerskernes motivation for den nye læring.

Resultatets - betydning for praksis

Vi har udarbejdet "ActionCards", der beskriver måden, vi skal dokumentere på og gjort den nem tilgængelig for sygeplejerskerne i fysisk form. I vores arbejde med implementeringen har vi anvendt en forbedringstavle, der giver mulighed for at evaluere, hvordan processen forløber, herunder om der skal yderligere ændringer til.

Dokumentation - infusioner
Husk korrekt speciale

Første kontakt med patienten															
I "plan og resultater" <ul style="list-style-type: none">Højre kilde "opret standardplan"frem søg "soma ambulans sygepleje"klik "ok" to gange (så alle underpunkter medtages)															
Patientidentifikation	Udfyldes altid														
Ankomststatus	Udfyld: <ul style="list-style-type: none">Årsag til henvendelseDerefter relevante emner, f.eks.:														
	<table border="1"><tr><td>Emne</td><td>Underaktivitet</td></tr><tr><td>Anlæggelse af gripper</td><td>Hud og slimbhinder</td></tr><tr><td>Demens</td><td>Psykosocialstatus (supplerende)</td></tr><tr><td>Diabetes</td><td>Ernæring</td></tr><tr><td>Liftruger</td><td>Funktion og færdigheder</td></tr><tr><td>Nervøs</td><td>Psykosocialstatus (supplerende)</td></tr><tr><td>Tolk</td><td>Kommunikation</td></tr></table>	Emne	Underaktivitet	Anlæggelse af gripper	Hud og slimbhinder	Demens	Psykosocialstatus (supplerende)	Diabetes	Ernæring	Liftruger	Funktion og færdigheder	Nervøs	Psykosocialstatus (supplerende)	Tolk	Kommunikation
Emne	Underaktivitet														
Anlæggelse af gripper	Hud og slimbhinder														
Demens	Psykosocialstatus (supplerende)														
Diabetes	Ernæring														
Liftruger	Funktion og færdigheder														
Nervøs	Psykosocialstatus (supplerende)														
Tolk	Kommunikation														
Socialt	Hvis relevant														
Målninger	Relevante udfyldes														
Opdateret status	Udfyldes løbende														
Opdateret status	Udfyldes løbende, hvis det er relevant														
Målninger	Udfyldes løbende, hvis det er relevant														
Når pt. går hjem															
Opdateret status	<table border="1"><tr><td>Emne</td><td>Underaktivitet</td></tr><tr><td>Går hjem med P.V.K.</td><td>Hud og slimbhinder</td></tr><tr><td>Går hjem med gripper i port</td><td>Hud og slimbhinder</td></tr></table>	Emne	Underaktivitet	Går hjem med P.V.K.	Hud og slimbhinder	Går hjem med gripper i port	Hud og slimbhinder								
Emne	Underaktivitet														
Går hjem med P.V.K.	Hud og slimbhinder														
Går hjem med gripper i port	Hud og slimbhinder														

Husk af seponere soma ambulans



E-POSTER 5:

Patientnær dokumentation på OUH

Kontaktoplysninger: Christoffer V. Frandsen (CVF@rsyd.dk)

Baggrund: På NOUH vil alle patientstuer være enestuer. Hermed skabes optimale forhold for, at dokumentationen og den nødvendige udveksling af personlige oplysninger, kan foregå under trygge og fortrolige rammer.

Erfaringer fra andre sygehuse viser dog at implementeringen af patientnær dokumentation kræver tid, tilvænnning og ledelsesoppakning. Derfor er dette projekt igangsat inden flytningen i 2025, for at forberede personalet på ændrede de arbejds gange.

Formål: Målsætningen er at 80% af dokumentationen foretages ved patienten, med patienten.

Metode: For at klæde afdelingerne på til projektet blev der i perioden 20/6/2022 til 25/1/2023 afholdt workshops. Alle OUH's sengeafsnit blev inviteret og i alt deltog 204 klinikere fordelt på fem workshops. Efter workshoppen blev deltagerne sendt hjem med en "implementeringspakke", men har ellers selv stået for implementeringen.

Resultater: Projektet har brug for yderligere tid til at blive forankret i praksis. Der er dog i perioden 1/7/2022 til 30/6/2023 samlet mange brugbare data, som kan bruges fremadrettet

Betydning for praksis:

- 1. Mere tilfredse patienter:** Med patientnær dokumentation øges samarbejdet med, og inddragelsen af patienterne i hele pleje- og behandlingsforløbet. Ved at dokumentere på stuen kan både patienten og de pårørende få en større viden og indsigt i pleje- og behandlingsforløbet. Samtidig skaber det værdi for patienten, at den tid, vi bruger på dokumentation, foregår hos patienten.
- 2. Tidstro dokumentation:** Patientnær dokumentation medfører, at der dokumenteres under eller umiddelbart efter pleje- og behandlingsopgaver, herved sikres, at dokumentationen bliver tidstro, og at data ikke går tabt.
- 3. Bedre flow – både for patient og medarbejder:** Ved patientnær dokumentation afsluttes opgaver i en og samme arbejdsgang. Det skaber bedre flow for både patient og medarbejder, da det mindsker risikoen for, at opgaver udskydes til senere, og forebygger at kolleger skal vente på uafsluttet dokumentation.



E-POSTER 6:

Kan KIP også anvendes som værktøj i Akutafdelingen?



Vi vil bidrage med...

Gensidigt samarbejde

Vi vil involvere den selvskadende patient i egen behandling og pleje.

Forståelse af selvskaden

I Akutafdelingen har vi fokus på selve skaden, men skal også se mennesket som helhed.

Undgå tvang, gør noget andet

Praktiser gerne "Hands off" og undgå tvang, da patienten nødvendigvis ikke er til væsentlig fare for sig selv.

Hvorfor dette kvalitetsudviklingsprojektet?

Psykiatrien Region Sjælland har udviklet en fælles strategi til håndtering af selvskade, hvor de tilbyder rådgivning vedrørende håndtering af selvskade på tværs af psykiatri, somatik og kommunale tilbud i region Sjælland. Ved at fokusere på Selvskadens 10 interventioner, vil vi forsøge at imødekomme patienten bedre end vi gør i dag. Sådan kan vi være på forkant, ved at være en del af patientens koordinerende indsatsplan (KIP).

Hvad ønsker vi med dette kvalitetsprojekt?

Patienten med selvskadende adfærd, møder nødvendigvis ikke det samme personale, når der er behov for akut behandling. Vi tænker at en KIP, tilgængeligt i patientens journal, vil være med til, at øge patientsikkerheden og være med til at udligne ulighed i sundhed. Med en KIP i Sundhedsplatformen, vil vi møde patienten med samme udgangspunkt.

Koordinerende Indsatsplan

Koordinerende indsatsplaner er et værktøj, som skal medvirke til en god koordinering af de tiltag, der er omkring borgere, som har en psykisk lidelse. Indsatsplanerne skal også understøtte, at patienten får den rette behandling. Arbejdet med KIP'er er et nationalt initiativ, og er blevet udviklet og implementeret indenfor de seneste år i alle fem regioner med tilhørende kommuner.

Akutafdelingen

Morten Kristiansen, Klinisk sygeplejespecialist
Philip Hasselquist, Overlæge
Inge Alterskjær, Socialpsykiatrisk sygeplejerske

