

# Journal

---

## Indholdsfortegnelse

---

<b>1</b>	<b>FORMÅL</b> .....	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCER</b> .....	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>TERMER OG DEFINITIONER</b> .....	<b>2</b>
<b>4</b>	<b>GYLDIGHEDSOMRÅDE</b> .....	<b>3</b>
<b>5</b>	<b>ANSVAR</b> .....	<b>3</b>
<b>6</b>	<b>PROCES</b> .....	<b>3</b>
6.1	JOURNAL .....	3
6.1.1	<i>Patientjournal - skabelon</i> .....	3
6.1.2	<i>Generelle retningslinjer for journalføring:</i> .....	4
<b>7</b>	<b>INTERNE REFERENCER</b> .....	<b>5</b>
<b>8</b>	<b>DOKUMENTATION OG ARKIVERING</b> .....	<b>5</b>

## Godkendelse

---

	Navn	Funktion	Dato
Udarbejdet af	Kristian Klein Juhl	Kvalitetsansvarlig	05-10-2015
Godkendt af	Ken Ninn-Pedersen	Klinikansvarlig læge	05-10-2015

# 1 Formål

---

Formålet med denne standard er

- at sikre, at patientjournalen
  - indeholder de elementer, der fremgår af lovgivningen
  - understøtter den kliniske beslutningsproces
  - oppebærer kontinuiteten i patientforløbet
- at sikre,
  - at der i behandling af patienten tages højde for evt. allergi og/eller intolerans
  - forebyggelse af utilsigtede hændelser pga. allergi og intolerans
- at sikre, at
  - vi giver fyldestgørende information om konkrete behandlingstilbud, så patienten kan træffe beslutning om behandlingsvalg
  - der gives særskilt informeret samtykke i forbindelse med klinisk forskning eller videnskabelige undersøgelser
  - der gives samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger
- at
  - patienter med livsstilsfaktorer, der påvirker resultater af patientforløbet, tilbydes intervention
  - øvrige patienter med livsstilsbetingende sundhedsmæssig risiko vejledes om forebyggelsesmuligheder

# 2 Referencer

---

Reference	Titel og beskrivelse
DDKM:	
1.3.2	Patientjournalen
1.3.4	Allergi og intolerans
2.1.1	Informeret samtykke

# 3 Termer og definitioner

---

Term	Definition
------	------------

## 4 Gyldighedsområde

Standarden gælder for hele klinikken

## 5 Ansvar

Den klinikansvarlige læge er ansvarlig for at denne standard efterleves.

## 6 Proces

### 6.1 Journal

#### 6.1.1 Patientjournal

*I det følgende er angivet \* ved specifikke data og informationer, der hvis relevant skal dokumenteres i journal. Alle journaler skal indeholde punkter med \*\*.*

*Vi forudsætter at patienterne stiltiende giver informeret samtykke til undersøgelse.*

#### **Journalskabelon**

**Ved behandlingstilbud indhentes informeret mundtligt samtykke til den konkrete behandling.**

*Hvis PT er henvist: (hvorfra) til undersøgelse for (symptomer/diagnose) mhp. (diagnostik, vurdering og eller beh.).*

**\*Allergi og \*intolerans.** Ved evt. **CAVE** redegøres for, hvorfra oplysningen haves og deraf også vurdering af graden/type af allergi/intolerans). Ved at skrive CAVE i journalen = svarer det til at dokumentere rigtigheden på det foreliggende evidensniveau (fremgår det af tidl. journal oplysninger? reaktioner? angivet af pt.?)

*Pt. informeres, hvis ej bekendt hermed og herunder, hvilke forholdsregler dette medfører for pt. Egen læge informeres via journal. Hvis ingen kendte allergier og intolerans noteres dette også i journal (kun relevant for følgende patientgrupper: Øjen: operationspatienter, Øre/Næse/Hals: operationspatienter, nasalstenose)*

*Hvis der er tale om en medicinallergi, indføres dette i FMK under fanen CAVE.*

**Dispositioner (hvis relevant)**

*Tidligere herunder evt comorbiditeter*

**\*\*Aktuelt**

**\*Medicin (FMK)**

**Socialt**

**Øvrige organsystemer**

**\*KRAM** (kost, rygning med angivelse af rygestatus og pakkeår, alkohol indtag kvantiteret i genstande/uge, motion kvantiteret/uge). Såfremt relevant informeres om relevante patienttiltag i sundhedsfremmende øjemed, ligesom der udleveres relevant skriftligt materiale (diverse brochurer).

**\*\*Objektivt.** Specifikt for aktuelle lidelse.

Stet. c. (hvis relevant)

Stet. p. (hvis relevant)

Foreliggende relevante undersøgelser for aktuelle problemstilling specialespecifikke med dato og rtg, MR-, CT-blodprøver, UL-undersøgelser etc. hvis relevant. Disse oplysninger fremskaffes om muligt. Alt efter situationen.

### **Sammenfatning af sygehistorie**

**\*\*Konklusion** herunder diagnose (evt. i form af anerkendt klassifikations metodik (evt. i relevante databaser)).

**\*\*Plan** - relevant diagnostik og behandlingsmulighed/-er og evt. bivirkninger hertil, observation af og evt. tiltag i forbindelse hermed fremlægges og diskuteres med patienten og der sikres informeret mundtligt samtykke til den valgte udrednings-/behandlingsstrategi.

Patientinformation - Hvis relevant medgives skriftligt materiale (hvad er udleveret, hvorfra og sidste revision).

De planlagte ordinationer angives (parakliniske undersøgelser, billeddiagnostik, farmaka med navn, dosis og interval og evt. varighed, kontrolltid, rekvirering af relevante helbredsoplysninger, andet).

### **Øvrige tiltag:**

Konkrete forslag til evt. andre undersøgelser, end de til den aktuelle problemstilling, anføres også til orientering til egen læge

**\*\*Videre forløb:** PT afsluttes / henvises til XX afd. / PT modtager tlf- eller brevsvar / kontrol tid om X uger/ pn

**\*Rettidig reaktion på prøvesvar:** eks. brev med svar modtages for øjne (ØPI) "mindre bog"/ logbog ved ØNH / f.eks. svar ved næste kontrol

## 6.1.2 Generelle retningslinjer for journalføring

Ved at skrive i journalen = svarer det til at dokumentere rigtigheden på foreliggende evidensniveau. (fremgår det af tidl. journal oplysninger, billeddiagnostik, blodprøver, angivet af patient? Etc.)

I journalen redegøres for forventet patientforløb, som søges planlagt så smidigt som muligt og under hensynstagen til patientens øvrige gøremål og med så få konsultationer som muligt evt. ved planlagte telefoniske kontakter eller pr. brev.

Vores journalsystem (EG Clinea) har ikke sammenhæng med andre IT journalsystemer. EG Clinea er koblet på FMK, kan lave opslag i CPR og indberetning til LPR (landspatientregistret).

Patienten har en fast kontaktperson, som er enten Kirsten eller Ken afhængigt af speciale.

Alle ansatte har bemyndigelse til at notere i patientjournalen ved behov, men med initialer. Ved behov for rettelse i journalen af klinisk betydning, noteres i nyt journalnotat, at der gøres ændring/tilføjelse.

Journalenkopi (epikrise) sendes elektronisk til egen læge ved følgende patientgrupper samme dag som konsultation (afsluttende)/ kontakt ved relevans:

- Svimmelhed
- Ved henvisninger (Efterstær undtaget)

- 
- Diabetes indberettes til Diabasen (sendes ikke til egen læge efter 01-09-2015)

Hvilke oplysninger, der (hvis relevant) skal fremgå af journalen, er angivet med \* i journalskabelon = parametre, som vi har valgt, der skal bruges til vores interne journalaudit hvert halve år. Disse audits er vores metode til at kvalitetssikre journalføringen.

## 7 Interne referencer

---

Patientinformation – Alle har adgang til klinikkens hjemmeside med digital patientinformation det sikres at disse er opdaterede på de relevante kliniske retningslinjer på udløbsdato.

## 8 Dokumentation og arkivering

---

S02 - Datasikkerhed – Journaler og patientoplysninger bliver arkiveret og beskyttet jf. S02