

Instruks for sundhedsfaglig dokumentation

Ansvarlig: Tilbudsleder		
Målgruppe: Alle medarbejdere, der udfører sundhedsfaglige opgaver og behandling	Udarbejdet af: Styregruppe på CDH	Gældende fra: 1.juni 2018
	Godkendt af: CDH's tilbudsleder	Revideret: Endnu ikke revideret
	Revisionsansvarlig: Styregruppen og CDH's tilbudsleder	Næste revisionsdato: 1.juni 2020

Formål

Instruksen skal bidrage til:

- At medarbejderne har viden om journalføring, opbevaring og adgang til sundhedsfaglig dokumentation.
- At alle relevante sundhedsmæssige observationer, behandlinger og evalueringer bliver dokumenteret entydigt og struktureret.

Definition af begreber

Sundhedsfaglig pleje og behandling:

I instruksen anvender vi begreberne 'sundhedsfaglig pleje og behandling'. Sundhedsfaglig pleje og behandling skal forstås som undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, udført og planlagt pleje, lindring, information samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte. Observation af patientens tilstand og effekten af pleje og behandling er også omfattet.

Fremgangsmåde

Den sundhedsfaglige dokumentation skal sikre kontinuitet og bidrage til sammenhængende patientforløb og patientsikkerhed samt kvalitet i forbindelse med pleje og behandling. Det er vigtigt, at medarbejderne kan registrere og genfinde relevante oplysninger.

Alle medarbejdere, der udfører sundhedsfaglig pleje eller behandling, har ansvar for at dokumentere denne. Eksempler herpå er: Medicinadministration, insulinbehandling, øjendrypning, sårbehandling, sondeernæring, blodprøvetagning og vaccinationer. Observation af patientens tilstand og effekten af sygepleje og behandling er også omfattet. Der er fastsat krav om journalføring og journalisering af sygepleje og behandling.

Der skal være sammenhæng imellem patientens diagnoser, lidelser og/eller funktionsnedsættelser (udredningen), iværksatte indsatser (behandlingsplan), medicinsk behandling (medicin-kort) og den daglige dokumentation af indsatsen.

Sundhedsfaglig udredning

Der skal ved indflytning foretages en sundhedsfaglig udredning for alle patienter, hvor tilbudet varetager en sundhedsopgave. En udredning er en systematisk helhedsorienteret afdækning af de forhold, der kan have betydning for patientens helbredstilstand og deres indbyrdes forhold.

Medarbejderne skal på baggrund af udredningen kunne redegøre for patientens tilstand, hvilke overvejelser, der er gjort, hvilken pleje og behandling, der er planlagt og hvilken pleje og behandling, der er udført samt resultatet heraf.

Den sundhedsfaglige udredning består af 2 dele; en række basisoplysninger og en afdækning af de 12 sygeplejefaglige problemområder samt en oversigt over eventuelle hjælpemidler og behandlingsredskaber:

Basisoplysninger	12 sygeplejefaglige problemområder
<ul style="list-style-type: none"> • Patientens navn • Patientens CPR-nr. • Oversigt over patientens eventuelle kroniske sygdomme og/eller funktionsnedsættelser • Særlige forhold, allergi og CAVE • Samtykke og patientens pårørende/ kontaktpersoner eller personlig værge • Sikker patientidentifikation • Tilknyttede læger • Aftaler om kontrol og resultatet af kontrol og opfølgning • Fravalg af livsforlængende behandling og ønsker til livets afslutning • Eventuelle eksterne samarbejdspartnere • Føres en del af sundhedsoplysningerne andetsteds • Videregivelse af oplysninger og aktindsigt 	<ul style="list-style-type: none"> • Funktionsniveau • Bevægeapparat • Ernæring • Hud og slimhinder • Kommunikation • Psykosociale forhold • Respiration og cirkulation • Seksualitet • Smerter og sanseindtryk • Søvn og hvile • Viden og udvikling • Udskillelse af affaldsstoffer • Oversigt over hjælpemidler og behandlingsredskaber

Hvis patienten har en diagnose eller kronisk sygdom kan det betyde, at der skal laves beskrivelse under flere af de sygeplejefaglige problemområder.

Aktuelle problemområder beskrives i relevant omfang med hensyn til de identificerede behov og problemer. Hvis et eller flere problemområde(r) ikke er aktuelle for patienten, skal det fremgå af udredningen. Dette kan dokumenteres med kort angivelse i udredningen. Det skal fremgå tydeligt, at der er sket en vurdering af problemområderne.

Udredningen skal revideres ved hver ændring i patientens helbredstilstand. Udredningen skal altid været opdateret.

Der arbejdes ikke med fastlæggelse af mål og delmål i relation til den sundhedsfaglige udredning.

Hvis der igangsættes en behandling oprettes der en behandlingsplan.

Behandlingsplan

En behandlingsplan startes op, når en sygdom, diagnose, lidelse eller helbredstilstand kræver handling eller observation fra medarbejderne. I behandlingsplanen beskrives den planlagte og iværksatte indsats, så det er tydeligt, hvorledes behandlingen foretages i det daglige. Medicinsk behandling, herunder medicinkortet, er en del af behandlingsplanen. Ved kronisk eller

længerevarende sygdom eller tilstand oprettes altid en behandlingsplan. Der kan desuden være behov for at oprette særskilte behandlingsplaner for tilstødende komplikationer eller tilstande. Behandlingsplanen skal dække den del af behandlingen, som tilbuddet står for.

Der skal også oprettes planer for fysioterapi og ergoterapi, der ydes efter servicelovens §86 (vedligeholdende træning og genoptræning uden forudgående sygehusophold) samt §102. Hvis der er igangsat en genoptræningsplan efter sundhedslovens §140, skal tilbuddet oprette en plan for den del af genoptræningen, som tilbuddet er ansvarlig for. I ovenstående tilfælde anvendes skabelon til behandlingsplanen som skabelon for udarbejdelse af planen. Det bør fremgå af planen, om der er tale om ydelser efter SEL §86, §102 eller SUL §140, så indsatsen kan vurderes i forhold til den kommunale bestilling.

Behandlingsplanen består af følgende elementer:

Behandlingsplan
<ul style="list-style-type: none"> • Patientens navn • Patientens CPR • Behandlingsplan vedrørende • Dato for igangsættelse • Samtykke og information • Planlagt behandling • Beslutning om tvangsbehandling • Kontrol, opfølgning og evaluering • Dato for evaluering • Ansvarlig for iværksættelse af behandling • Øvrige eksterne samarbejdspartnere • Dato for afslutning af behandling

Behandlingsplanen skal altid være opdateret. Når en behandling er afsluttet lukkes og arkiveres behandlingsplanen, og patientens sundhedsudredning opdateres. Behandlingsplanen må ikke genåbnes i Sensus Bosted, men kan ved behov for at gentage den samme behandling kopieres til en ny behandlingsplan.

Hvis det findes relevant for patienten, kan der arbejdes med SMORTE mål og delmål i relation til en behandlingsplan. Disse fastlægges i den individuelle plan. Se eventuelt mere om fastlæggelse af SMORTE mål og delmål i tilbuddets 'lokale retningslinje for individuelle planer'.

Løbende dokumentation i patientjournalen (dagbog/journal)

Den løbende daglige dokumentation foretages i dagbogen/journalen i Sensus Bosted under konteksten 'Sundhedsfaglig Dokumentation' med tilhørende typer. Relevante sundhedsfaglige observationer sammen med vurdering og sundhedsfaglige tiltag, opfølgninger og afslutninger dokumenteres løbende.

Der skal løbende følges op på den daglige dokumentation af relevante observationer og den udførte behandling. Indsatsen skal evalueres løbende efter det interval, der er fastlagt i behandlingsplanen.

Der må **ikke** slettes eller foretages ændringer i sygeplejefaglige dagbogs-/journalnotater. Hvis der er behov for at præcisere notater, gøres dette ved at oprette et nyt notat, hvor præciseringerne anføres.

Dokumenter med sundhedsoplysninger

Alle patienter skal have en dokumentmappe med titlen: 'Sundhedsfaglig Dokumentation', hvor alle dokumenter med sundhedsoplysninger journaliseres, herunder lægepapirer, journaludskrifter, prøvesvar, skriftlige samtykker mv. Dette gøres for at sikre, at den socialfaglige og den sundhedsfaglige dokumentation opbevares adskilt.

Dokumentmappen 'Sundhedsfaglig Dokumentation' skal som minimum indeholde én underliggende mappe med titlen 'Samtykke og fuldmagt', som anvendes i forbindelse med journalisering af skriftligt samtykke til sundhedsfaglig pleje og behandling samt eventuelle skriftlige fuldmagter til at rette henvendelse til lægen.

Skabeloner i Sensum Bosted

Skabeloner til udfærdigelse af den sundhedsfaglige udredning og behandlingsplaner findes i Sensum Bosted under 'Plan'.

'Kontekst' og 'typer' til sundhedsfaglig dokumentation er oprettet af Speciaalsektorens administration. Der må ikke fjernes eller oprettes nye kontekster og typer.

Alle medarbejdere skal have oplysninger om CAVE/allergi på startside i Sensum Bosted.

Ved nedbrud eller forstyrrelser i Sensum Bosted noteres sundhedsoplysninger i håndskrevet form og opbevares i aflåst skab, indtil det er muligt at føre notaterne ind i patientens elektroniske patientjournal. På alle notater skal patientens navn og CPR-nummer være anført. Papirnotaterne makuleres efterfølgende.

Føring, opbevaring og adgang til patientens journal

Der må **ikke** slettes eller foretages ændringer i den sundhedsfaglige dokumentation, da der er tale om sygeplejefaglige optegnelser. Der må kun laves tilføjelser. Dokumentationen skal skrives, så det nyeste står øverst i udredningen, dvs. i omvendt kronologisk rækkefølge.

Den sundhedsfaglige udredning kan afsluttes og arkiveres ved behov, f.eks. hvis den sundhedsfaglige udredning over tid bliver uoverskuelig, eller hvis der tilstøder en ny tilstand, der medfører radikale ændringer i patientens tilstand og behandling. Ved arkivering sikres, at tilbuddet kan finde historiske oplysninger.

Behandlingsplaner afsluttes og arkiveres, når behandlingen afsluttes.

Den sundhedsfaglige dokumentation, dvs. patientens journal, skal kun findes i elektronisk form. Hvis der er brug for at udarbejde skemaer, eller hvis tilbuddet modtager papirnotater om patienten, skal disse papirer være mærket med patientens navn og CPR-nummer. Dokumenter i papir skal skannes ind og gemmes i dokumentmappen. Eventuelle papirer skal efterfølgende makuleres.

Patientens journal skal være tydeligt opdelt i forhold til, hvad der er arkiveret, og hvad der aktuelt er gældende. Journalen skal opbevares forsvarligt, sikkert og utilgængeligt for uvedkommende.

Al dokumentation skal arkiveres og opbevares i mindst 5 år efter, at patienten er fraflyttet tilbuddet eller afgået ved døden. Ved dødsfald lukkes journalen og herefter afgøres aktindsigt efter særlige regler.

Ansvarlig

Ledelsen skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for sundhedsfaglig dokumentation på tilbuddet, som er kendt og anvendt af medarbejderne. Medarbejderne har ansvar for at arbejde i overensstemmelse med instruksen.

Referencer

- Sundhedsstyrelsens vejledning og udfærdigelse af instrukser. VEJ nr. 9001 af 20/11/2000: [Link](#)
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.). BEK. Nr. 1090 af 28/07/2016 [Link](#)
- Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. VEJ. Nr. 9019 af 15/01/2013 [Link](#)
- Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed). VEJ. Nr. 115 af 11/12/2009 [Link](#)