

Sundhedsfaglig dokumentation

Journalens indholdⁱ

Instruksen beskriver, hvilke datafelter (skemaer mm), der som minimum skal være udfyldte i borgerjournalen og hvilke faggrupper, der har rettigheder til at udfylde konkrete datafelter. Desuden regler for brug af log in og opbevaring af dokumentationen.

Målgruppe

Sygeplejersker, SOSU-assistenten, herunder planlæggere, SOSU-hjælpere samt ufaglærte medarbejdere, der udfører plejeopgaver. Herudover ledere i Helhedsplejen

Formål

At sikre at generelle og lokale krav til den sundhedsfaglige dokumentation kan efterleves, og det er klart, hvilke faggrupper, der har ansvar for udfyldelse og opdatering af konkrete datafelter.

"Minimumskrav" skal derfor forstås som de datafelter, der i konkrete situationer altid skal være udfyldt.

Udfyldelse af datafelter i journalen

Journalen (EOJ) kan udelukkende tilgås med sporbart log-in kombineret med kode. Ingen medarbejder må skrive med en andens log in.

I det følgende står der ved hver type datafelt et Hvornår og Hvem. "Hvornår" indikerer i hvilke situationer, datafeltet skal bruges. "Hvem" indikerer, hvilke faggrupper, der må udfylde det konkrete datafelt.

Henvendelsesskema

Hvornår: Ved nye borgere: Når samarbejdspartnere, der ikke har adgang til KMD Nexus, og pårørende henvender sig telefonisk til Helhedsplejen – typisk 1813, egen læge eller hospital. Herudover henvendelser, der kommer ad anden vej: Opgaver, henvendelser, der kommer i form af medcom-standarder og mails til Helhedsplejen

Hvem: Medarbejdere, der håndterer henvendelser

Stamdata

Hvis stamdata ikke er udfyldt registreres de af medarbejdere, der bemander MedComposten /Selvvisitationen, Akutfunktionen eller er ansvarshavende i ledelsens fravær

Kontaktoplysninger

Hvornår: *Telefon hjem/mobil:* Udfyldes ved første besøg og opdateres ved ændringer.

Folkeregisteradresse: Kan suppleres med stednavn (eks. "Udsholt" i adresselinje 2

Hvem: Kan udfyldes af alle.

Pårørende

Hvornår: *Pårørendetype, Navn, Efternavn og Telefonnummer* på mindst én person ved første besøg, undtagen, hvis der overhovedet ingen pårørende er.

Hvem: Kan udfyldes af alle

Øvrige Kontakter / henvisende læge

Hvornår: Ved sygepleje oprettes egen læge og øvrige læger med behandlingsansvar for borger. Dette gælder dog ikke borgere, der modtager enkeltstående eller ganske få indsatser henvist fra 1813 til Akutfunktionen, her påføres udelukkende den behandlingsansvarlige læge.

Hvem: SSA'er og sygeplejersker

Organisationstilknytning

Gribskov helhedspleje OG Helhedspleje x. distrikt / Sygeplejeklinik tilknyttes af Visitationen, Akutfunktionen eller medarbejdere i Helhedsplejen, der varetager funktionen som "selvvisiterende"

Primær kontaktgruppe: **Skal** være angivet. Feltet afkrydses af den medarbejder, der opretter borger i distriktet

APV:

Hvornår: Ved opstart af hjemmepleje eller sygepleje i borgers hjem. Ved ændringer i arbejdsmiljøet opdateres skemaet. Skal foreligge hurtigst muligt, medmindre, der er arbejdsmiljømæssige udfordringer, der skal handles på med det samme.

Skemaet ("tomt") oprettes af planlægger ved første bestilling

Opdateres som minimum hvert 3. år

Hvem: Alle faglærte medarbejdere

Smittefare

Hvornår: Udfyldes så snart, der er kendskab til, at borger udgør en smittefare og opdateres ved ændringer

Hvem: Udfyldes af SSA'er, sygeplejersker og visitatorer. SSH'er eller ufaglærte medarbejdere kontakter straks og mundtligt sygeplejerske eller SSA, hvis hun / han får kendskab til smittefare.

Øvrige leverandører, der er i kontakt med borger, underrettes straks, med opgave og telefonisk.

Smittefare (typer) angives

Andre typer udfyldes med, hvilke forholdsregler og værnemidler smittefaren kræver (da det ellers ikke bliver synligt på NexusMobil)

Skemaet ændres til "inaktivt", så snart det vides med sikkerhed, at borger ikke længere udgør en smitterisiko. Dette gøres af SSA eller sygeplejerske.

Se i øvrigt instrukserne "Hygiejne - Brug af værnemidler" og "Hygiejne - Smittefare"

Cave / Overfølsom for

Hvornår: Borger adspørges og skemaet udfyldes i forbindelse med opstart af hjælp til sygepleje.

- Lægeoplyst CAVE: SKAL udfyldes ved medicinhåndtering. Hvis ingen kendte noteres dette.

Hvem: Udfyldes af SSA'er eller sygeplejersker ved allergi over for lægemidler og forbindsstoffer

- Allergi: Ved opstart af hjælp til måltidet adspørges borger, om der er fødevareallergi og skemaet udfyldes.

Hvem: Kan udfyldes af alle, når det drejer sig om overfølsomhed over for andet end lægemidler.

Skemaerne udfyldes i øvrigt, hvis medarbejder får kendskab til overfølsomhed hos borger.

Genoplivning og fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling:

Der henvises til instruks *"Genoplivning og fravalg af genoplivning og anden livsforlængende behandling"*

Generelle oplysninger

Helbredsoplysninger

Her beskrives aktuelle eller tidligere sygdomme og handicap, der har betydning for borgers situation og *som ikke kan beskrives under helbredstilstande*. Skal ses som et supplement til helbredstilstandene. Der skal kun ligge ét aktivt skema til Helbredsoplysninger. "Helbredsoplysninger" bliver IKKE overført til hospitalet ved indlæggelse.

Dokumentation af de sygeplejefaglige problemområder ses i KMD Nexus som *"Helbredstilstande"* suppleret med *"Helbredsoplysninger"*. De sygeplejefaglige problemområder skal være dokumenteret hos alle, der modtager sygepleje.

Hvornår: I forbindelse med den sygeplejefaglige udredning, som er en del af enhver sygeplejefaglig indsats, der iværksættes. Opdateres løbende, når der tilkommer nye oplysninger. Udfyldes kun, hvis oplysningerne ikke kan beskrives som *Helbredstilstand*.

Hvem: SSA'er og sygeplejersker.

Helbredsmæssige interesser

Skemaet angiver, hvem der varetager borgeres helbredsmæssige interesser.

Hvornår: Ved opstart af sygepleje, dog ikke enkeltstående besøg ved Akutfunktionen.

For borgere, der udelukkende modtager hjemmepleje udfyldes skemaet kun, hvis borger ikke selvstændigt varetager helbredsmæssige interesser.

Hvem: SSA'er og sygeplejersker.

Samtykke til indhentning og/ eller videregivelse af personoplysninger

Der anvendes to skemaer:

- **Helbredsoplysninger – periodesamtykke:** Her skrives samtykke, der er gældende for en længere periode og udfyldes ved opstart af sygepleje
- **Helbredsoplysninger – enkeltstående samtykke:** Anvendes ved nyopståede helbredsændringer, hvor sygeplejepersonalet vurderer, at der er behov for lægekontakt

Hvornår: I alle situationer, der kræver videregivelse eller indhentning af personoplysninger, adspørges borger direkte om samtykke til dette.

Hvem: SSA'er og sygeplejersker.
Alle medarbejdere kan dokumentere samtykke som ".observation"

Se i øvrigt instruksen "Sundhedsfaglig dokumentation. Samtykke"

Alle øvrige datafelter under Generelle oplysninger

Hvornår: Når det er relevant. Feltet "Fremtidsønsker" anvendes, når vi har kendskab til, hvordan borger ønsker at afslutte livet.

Hvem: Kan udfyldes af alle

Triage – borgers aktuelle tilstand

Hvornår: Udfyldes hos alle ved første besøg. Dog ikke borgere, der udelukkende modtager praktisk hjælp. Opdateres med dato i forbindelse med *systematisk* tidlig opsporing og i øvrigt ved farveændring. Dvs. som minimum hver 4. uge

Hvem: Kan ændres af alle, når borgers tilstand ændres fra grøn til gul / rød eller fra gul til rød.
Kan kun ændres fra rød til gul eller grøn af sygeplejerske og fra gul til grøn af SSA.

Se i øvrigt instruks for "Tidlig opsporing og triage" (under udarbejdelse).

Tilstande

Funktionsevnetilstande

Hvornår: Ved visitation til hjælp og hjælpemidler efter Serviceloven

Hvem: Udfyldes af visitationen. Det faglige notat opdateres ved ændringer i funktionsevnetilstanden af SSA'er eller sygeplejersker i samarbejde med SSH eller, ved rehabilitering, af terapeuter.

Kun Visitationen må ændre scoringen (tallet fra 0-4) og der skal derfor sendes en opgave ved behov for ændring.

Funktionsevnetilstandene "Vaske sig", "Gå på toilet", "Af- og påklædning", "Spise", "Drikke", "Forflytte sig" og "Færden i forskellige omgivelser" bliver medtaget i Indlæggelsesrapporten ved indlæggelse

Helbredstilstande

Hvornår: Når der ydes sygepleje hos en borger. Relevante tilstande udfyldes i forbindelse med den indledende sygeplejefaglige udredning og i øvrigt ved nyopståede sygeplejefaglige problemområder.

Opdateres løbende, sådan at det *faglige notat* altid svarer til den aktuelle situation.

Hvem: Sygeplejersker, SSA'er og visitatorer kan oprette og opdatere.

Helbredstilstandene bliver medtaget i Indlæggelsesrapporten ved indlæggelse

Fagligt notat, nuværende og forventede vurdering

Hvornår: Funktionsevnetilstande: Er udfyldt af Visitationen i forbindelse med visitation til hjemmepleje. Helhedsplejens medarbejdere opdaterer løbende tilstandene

Helbredstilstande: Udfyldes for de områder, hvor der er sygeplejefaglige problemer, uanset om der er en indsats på det pågældende område eller ej. Opdateres ved ændringer i tilstanden.

Ved kronisk sygdom beskrives samarbejdet med læge – eks. hvem, der har ansvaret for kontrol og hvor hyppigt denne udføres.

Hvem: Funktionsevnetilstande udfyldes af Visitationen, men opdateres af Helhedsplejens medarbejdere.

Helbredstilstande udfyldes og opdateres af SSA'er og sygeplejersker. Kan også være udfyldt af Visitationen.

Indsatsmål og handlingsanvisninger/døgnrytmeplaner

Hvornår: Udfyldes ved indsatser i fht til tilstande og opdateres ved ændringer

Hvem: Funktionsevnetilstande
Alle medarbejdere

Helbredstilstande
SSA'er, sygeplejersker og farmakonomer

OBS:

"*Handlingsanvisningen*" for sygeplejeindsatser skal ALTID indeholde en angivelse af

- hvilke faggrupper, der kan udføre opgaven
- hvor hyppigt opgaven skal udføres
- hvad der konkret skal gøres, herunder hvad borger selv udfører
- borgers samtykke til handlingsanvisningen
- om der er særlige opmærksomhedspunkter

Anden dokumentation

Al øvrig dokumentation, der er relateret til borger, tilknyttes borgerjournalen som "Dokumenter", evt. efter først at være indscannet.

Opbevaring af journalen

Journalen er elektronisk og kan kun tilgås med log in. Dokumenter i papirform indscannes, så de kan vedhæftes den elektroniske journal.

Journalen opbevares i minimum 5 år.

Bilag

- Bilag 1: Hvornår skal der oprettes et henvendelseskema

Referencer og nyttige links

KL 2019: Fælles Sprog III Metodehåndbog Version 1.61

Styrelsen for Patientsikkerhed juli 2021: Sygeplejefaglig journalføring. Et værktøj til korrekt journalføring i sygeplejen

VEJ nr 9521 af 01/07/2021 Vejledning om sygeplejefaglig journalføring

BEK nr 1225 af 08/06/2021 Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse, overdragelse m.v.)

VEJ nr 9001 af 20/11/2000 Vejledning om udfærdigelse af instrukser

i

Instruksen er udarbejdet af: Gitte Widmer Sygeplejefaglig leder, faglige koordinators og farmaceut	Ansvarlig for instruksen: Gitte Widmer Sygeplejefaglig leder	Godkendt af: Faglige koordinators, farmaceut og sygeplejefaglig leder
Revisionsdato: 4.12.2024	Næste revision: 4.12.2026	<u>4.12.2024</u>