

Sundhedsfaglig dokumentation

Sygeplejefaglig dokumentationⁱ

Instruksen beskriver generelle krav til sygeplejefaglig dokumentation og hvordan de opfyldes i Gribskov Helhedspleje.

Målgruppe

Sygeplejersker og SOSU-assistenten. SOSU-hjælpere, der udfører sygeplejeopgaver.

Formål

At sikre, at den sygeplejefaglige dokumentation i Gribskov Helhedspleje opfylder formelle, lovmæssige krav. Hermed sikres, at borgernes retssikkerhed respekteres og at den skriftlige kommunikation om borgerne er så solid, at patientsikkerheden ikke kompromitteres.

Metode

Alle sygeplejefaglige optegnelser om borgere, der modtager sygepleje, dokumenteres i den elektroniske omsorgsjournal, KMD Nexus. KMD Nexus er samtidig det kommunikationsredskab, der sikrer, at viden om den enkelte borger og planlagte handlinger formidles til de medarbejdere, der udfører sygeplejehandlinger hos borgeren.

Dokumentationen kan have form af "Henvendelser", "Faglige notater", "Handlingsanvisninger", "Vurderinger", ".observationer", "Målinger" mm.

Dokumentation understøttes af "opgaver", korrespondancemeddelelser og andre MedCom-standarder samt borgerkalender.

Krav til sygeplejefaglige optegnelser

Hvor meget skal journalføres

Skriv det, der er nødvendigt for en god og sikker pleje og behandling.

Journalen skal give plejepersonalet et samlet overblik over borgers helbred, den planlagte og udførte pleje og behandling samt opfølgning på den.

Hvad skal journalføres i Helhedsplejens sygepleje?

Alle sundhedsfaglige opgaver rettet mod den enkelte borger skal journalføres. Dokumentation, opfølgning og evaluering er en del af alle sundhedsfaglige opgaver.

Sundhedsfaglige opgaver er

- Undersøgelser
- Pleje og behandling
- Forebyggelse
- Sundhedsfremme.

Følgende skal fremgå af journalen

- stamoplysninger (f.eks. bopæl, pårørende, personlige forhold, allergier)
- planlagte og udførte pleje og behandling, samt indikation herfor
- beskrivelser af borgers generelle tilstand og reaktion på plejen og behandlingen
- tidspunkt for plejen og behandlingen; dokumentationen skal være tidstro og det skal tydeligt fremgå af dokumentationen, hvis der ikke er dokumenteret umiddelbart efter borgerkontakt
- eksterne samarbejdspartnere (f.eks. hospitalsafdeling, egen læge, apotek)

- lyd- og videooptagelser kan henvises til som bilag, men kan ikke erstatte skriftlige journalnotater.

Hvem skal journalføre?

Det er den person, der udfører de sundhedsfaglige opgaver, der skal dokumentere dem. Dette gælder også for ikke-autoriseret personale, der udfører videredelegerede sygeplejeopgaver, både i Helhedsplejen og hos de private leverandører.

- Når ikke-autoriseret personale udfører sygeplejefaglige opgaver, dokumenteres som hovedregel udelukkende
 - at et besøg er gennemført (borgerkalender)
 - at medicin er udleveret
 - vægt
 - væskeindtag ved væskeskema
 - afvigelser fra det planlagte (observationsnotat) – herunder telefoniske aftaler med borger om aflysninger eller andre ændringer til planlagte besøg
 - ændringer i borgers tilstand (observationsnotat)
- Sygeplejersker og SSA'er dokumenterer på samme vis som ikke-autoriserede sundhedspersoner, men er herudover ansvarlige for dokumentation af
 - beskrivelser af patientens generelle tilstand – den sygeplejefaglige udredning (F.eks. "Helbredsoplysninger", "Helbredstilstande" mm.)
 - den planlagte pleje og behandling og indikation herfor (F.eks. "Henvendelseskema", "Nuværende" og "Forventede vurdering", "Fagligt notat", "Indsatsmål", "Handlingsanvisning", ".observationer", "Stillingtagen til livsforlængende behandling", "Varetagelse af helbredsmæssige interesser", mm.)
 - den udførte pleje og behandling, herunder undervisning, information, vejledning og råd, der er givet til borger (F.eks. "Sondeernæringsskema", "Målinger", ".observationer", udredninger, vurderinger, mm.)

Se instruksen "*Sundhedsfaglig dokumentation. Dokumentation af udførte indsatser – sygepleje*". Her er det præciseret i hvilke situationer, hvor dokumentation af, at et sygeplejebesøg er udført, SKAL suppleres med anden dokumentation.

- reaktion på plejen og behandlingen (f.eks. opdaterede "Faglige notater", ".observationer", mm.).

Journalføring af råd fra andre sundhedspersoner

Den, der søger og modtager råd om en konkret borgerbehandling hos en anden sundhedsperson, skal journalføre rådet, hvem det kommer fra og hvilke oplysninger der er forelagt.

I Helhedsplejen dokumenterer den autoriserede sundhedsperson, der har givet rådet, også sin rådgivning.

Den sygeplejefaglige udredning

Den sygeplejefaglige udredning skal sikre, at de informationer, der har betydning for en borgers aktuelle behandling, er dokumenterede og let tilgængelige for de medarbejdere, der udfører sygeplejeopgaver hos borger.

Ved den sygeplejefaglige udredning tages udgangspunkt i de 12 sygeplejefaglige problemområder. Hvis borger har aktuelle eller potentielle problemer inden for de 12 problemområder, skal det, som har betydning for borgers nuværende tilstand/situation og fortsatte pleje og behandling, journalføres i nødvendigt omfang.

Den samlede sygeplejefaglige vurdering skal fremgå af aktive "Helbredstilstande" *suppleret* med "Helbredsoplysninger"

Problemer dokumenteres først og fremmest som "Helbredstilstande". De relevante tilstande gøres aktive, problemet beskrives i den "Nuværende og "Forventede Vurdering" samt det "Faglige notat" under den enkelte tilstand. Hvis der er behov for en sygeplejeindsats, beskrives et "Indsatsmål" og en "Handlingsanvisning", og den nødvendige indsats bestilles.

Ved kronisk sygdom, SKAL det dokumenteres, hvordan der følges op. Hvis sygeplejen *ikke* har en opgave, beskrives det udelukkende i det "Faglige notat", hvordan der følges op (Eks. *Borger varetager opfølgning i samarbejde med egen læge*).

De 12 sygeplejefaglige problemområder:

Tag stilling til hvert område, og notér det, der er relevant i journalen: Hvis borger har problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder, skal det, som har betydning for patientens aktuelle tilstand/situation og fortsatte pleje og behandling, dokumenteres som en "Helbredstilstand".

1. Funktionsniveau – kan patienten klare sit almindelige, daglige liv?
Hvis der foreligger en "Funktionsevnevurdering", der fyldestgørende beskriver problematikken, kan der henvises til de konkrete tilstande – dette for at undgå dobbeltdokumentation.
2. Bevægeapparat – er der behov for træning eller problemer, fx med balancen?
Hvis der foreligger en "Funktionsevnevurdering", der fyldestgørende beskriver problematikken, kan der henvises til de konkrete tilstande – dette for at undgå dobbeltdokumentation.
3. Ernæring – er patienten over-eller undervægtig? Eller er der fx medicin, der påvirker appetitten?
4. Hud og slimhinder – har patienten udslæt, sår eller andet?
5. Kommunikation – kan patienten gøre sig forståelig og forstå sin omverden?
6. Psykosociale forhold – er der udfordringer, fx med familie, misbrug, ensomhed eller andet?
7. Respiration og cirkulation – har patienten fx hoste, forhøjet blodtryk eller åndenød?
8. Seksualitet – er der sygdom eller medicin, der påvirker patientens seksualitet?
9. Smerter og sanseindtryk – har patienten ondt? Er der problemer med syn eller hørelse?
10. Søvn og hvile – sover patienten fx dårligere end normalt?
11. Viden og udvikling – forstår patienten sin sygdom? Har han eller hun brug for information?
12. Udskillelse af affaldsstoffer – har patienten fx forstoppelse, diarré eller problemer med vandladningen?

Kun oplysninger, der ikke kan beskrives som "Helbredstilstande" dokumenteres som "Helbredsoplysninger".

Hvornår udarbejdes den sygeplejefaglige udredning?

Den sygeplejefaglige udredning udarbejdes ved den første sygeplejefaglige kontakt med borger og opdateres løbende. Gennemgås og opdateres desuden systematisk ved sygeplejebesøg efter udskrivelse.

Hvem kan foretage den sygeplejefaglige udredning?

Den sygeplejefaglige udredning foretages primært af sygeplejersker, men kan i stabile og ikke-komplekse forløb udføres af SOSU-assistenter. De efterfølgende opdateringer, f.eks., når nye problemer opstår, eller kendte tilstande skal opdateres, kan foretages af SOSU-assistenter i de tilfælde, hvor borgers tilstand vurderes at være ikke-kompleks.

Kilder til informationerne i den sygeplejefaglige udredning

Den sygeplejefaglige udredning foretages ved samtale med borger og evt. pårørende. Hvis der på denne baggrund ikke kan udarbejdes en fyldestgørende sygeplejefaglig udredning, kan egen læge kontaktes for yderligere oplysninger. Til dette formål anvendes MedCom-skabelonen "Oplysninger om diagnoser og planer – henvendelsesskema til egen læge fra hjemmesygeplejen". Skemaet findes i overblikket MedCom beskeder – MedCom-skabeloner.

Andre kilder er hospitalets udskrivningsrapport, evt. genoptræningsplan (GOP) og oplysninger fra egen læge i fbm. med ordination af indsats.

Ledelsens ansvar

Ledelsen har ansvaret for, at der kan føres journal

En sundhedsfaglig opgave er først gjort færdig, når den er journalført. Journalføringen skal ske snarest muligt efter en udført behandling, ellers kan vigtige oplysninger gå tabt, og det kan være til fare for patientsikkerheden. Hvis der kommer en akut opgave i vejen, kan den planlagte dokumentation vente, men alle sundhedsfaglige opgaver skal senest være journalført ved arbejdstids ophør.

Distriktsleder har ansvaret for, at der kan føres journal over den pleje og behandling, der udføres på stedet.

Ledelsens ansvar for journalføringen omfatter:

- at de ansatte har adgang til at føre journal
- at de ansatte er oplært i at føre journal
- at det nødvendige udstyr til journalføring er til rådighed
- at de ansatte har tid til at føre journal
- at journalerne bliver opbevaret forsvarligt i den lovpligtige opbevaringsperiode
- at journalen bliver givet videre, fx hvis patienten skifter behandler, eller hvis behandlingsstedet skifter ejer eller ophører.

Rettelser og tilføjelser

Man må ikke slette oplysninger fra en patientjournal. Hvis der er fejl i et notat, skal det rettes ved i et efterfølgende notat at tilføje de rigtige oplysninger sammen med oplysninger om hvem, der har foretaget rettelsen. Den oprindelige version skal dog fortsat være tilgængelig.

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	Ansvarlig for instruksen: Gitte Widmer Sygeplejefaglig leder	Godkendt af: Faglige koordinators, farmaceut og sygeplejefaglig leder
Revisionsdato: 25.11.2024	Næste revision: 25.11.2026	<u>4.12.2024</u>

Må ikke printes eller kopieres