

Sundhedsfaglig dokumentation

Dokumentation af udførte indsatser - sygeplejeⁱ

Instruksen beskriver, hvordan det dokumenteres, at sygeplejefaglige handlinger er udført. Desuden beskrives de **væsentlige** forudsætninger, der skal være opfyldt for at anvende den beskrevne metode.

Målgruppe

Sygeplejersker og SOSU-assistenter. Desuden SOSU-hjælpere og andre, der udfører videredelegerede sygeplejeopgaver i Gribskov Helhedspleje.

Formål

At sikre, at der efter hvert besøg foreligger fyldestgørende dokumentation for

- at besøget og de planlagte indsatser og opgaver er blevet udført
- ikke planlagte handlinger, der er vurderet hensigtsmæssige eller nødvendige
- eventuelle ændringer i borgers tilstand.

Metode

Hvis opgaven kan udføres som planlagt og der i øvrigt ikke er ændringer i tilstanden, vil det være medarbejderens markering af besøget som "Udført" / "Leveret", der er dokumentation for, at *planlagte* opgaver er udført hos borgeren.

Det skal understreges, at der kun er tale om planlagte indsatser, som er forudsigelige, som er beskrevet udtømmende i en handlingsanvisning og hvor der ikke er relevante ændringer, der skal dokumenteres.

Dokumentation af udførte handlinger er altid tidstro. Der dokumenteres udelukkende med eget login.

Derudover skal følgende **altid** være opfyldt:

- Der skal foreligge en opdateret helbredstilstand (fagligt notat), der er relateret til indsatsen.
- Der skal foreligge opdaterede indsatsmål og præcise handlingsanvisninger, der er relateret til indsatsen.
Husk at en handlingsanvisning skal angive
 - Hvilken faggruppe, der kan udføre opgaven
 - Hvor hyppigt opgaven skal udføres
 - Hvad der konkret skal gøres.
- Der anvendes kalender og kørelister til sygeplejeopgaver.
- Kørelister skal være påført korrekte navne på den /de medarbejdere, der udfører indsatsen; det betyder, at det skal dokumenteres, hvis en medarbejder udfører et besøg for en anden.
- Ved anvendelse af vikarkoder, skal det være muligt, efterfølgende at identificere den konkrete vikar.

Er ovenstående ikke opfyldt, dokumenteres den udførte handling med angivelse af navn/initialer og stillingsbetegnelse (faggruppe) i en *observation*, der relateres til den relevante tilstand.

Dokumentation skal være tidstro. Der dokumenteres i udgangspunktet under besøget eller umiddelbart efter.

Dokumentation

Alle besøg dokumenteres i besøgskalender

- Besøget startes ved ankomst med "START"
- Besøget afsluttes med "STOP". Hvis besøget er gennemført, vælges "Udført". Hvis besøget ikke har kunnet udføres, vælges den relevante mulighed, f.eks. forgæves gang.
- Husk at godkende det valgte ved at trykke "GODKEND"

Hovedregel

- Hvis besøget udføres som planlagt, kræves ikke yderligere dokumentation
- Afvigelser beskrives i *.observation*, eller som opdateret *fagligt notat*

Undtagelser

Herunder ses indsatser og handlinger, **hvor besøget altid skal dokumenteres, enten i form af et opdateret fagligt notat, en måling, udredning eller en observation.**

Ikke-autoriserede sundhedspersoner kan IKKE opdatere det "*faglige notat*"

I parentes er angivet, hvor der som *minimum* skal dokumenteres udover det beskrevne i handlingsanvisningen:

- Sygeplejefaglige udredning (*faglige notater* opdateres, evt. suppleret med skemaer til *udredning*)
- Behandling af mavetarmproblem (*fagligt notat* opdateres)
- Dialyse – hvis indsatsen omfatter systematisk observation efter dialyse (*.observation*)
- Ernæringsindsats (EVS ved opstart, fagligt notat opdateres)
- Kontinensbehandling (*.observation*, fagligt notat)
- Medicinadministration – registreres som beskrevet i instruksen "Medicinhåndtering – Administration af medicin"
- Oplæring (*fagligt notat* opdateres)
- Psykisk pleje og støtte (*fagligt notat* opdateres)
- Rehabilitering (*fagligt notat* opdateres)
- Sondeernæring (*Sondeernæringsskema*)
- Subkutan væskebehandling (*.observation*)
- Undersøgelser og måling af værdier (måling dokumenteres)
- Vejledning (*fagligt notat* opdateres)
- Væske pr. os (måling dokumenteres)
- Personlig pleje – sygeplejeindsats (*.observation*)
- Tidlig opsporing (Vægt, Rejse-sætte-sig-test og triageskema) registreres som beskrevet i instruksen "Tidlig opsporing – habitualskema, RSS og vægt" (**under udarbejdelse**).
- Vurdering (enten skema, *.observation* eller fagligt notat)
- Besøg hos terminale borger (typisk *.observation* eller relevante skemaer)

Derudover, hvis det er beskrevet i handlingsanvisningen, at noget specifikt skal registreres, eksempelvis som *.observation*.

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:	Ansvarlig for instruksen:	Godkendt af:
Gitte Widmer Sygeplejefaglig leder	Gitte Widmer Sygeplejefaglig leder	Faglige koordinators Sygeplejefaglig leder
Revisionsdato: 26.11.2024	Næste revision: 26.11.2026	