

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-hjælper samt ufaglærte medarbejdere, der udfører plejeopgaver

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.

Henvendelseskema

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.

Hvem: Planlæggere samt de SOSU-assistenten og sygeplejersker, der svarer indgående opkald.

Stamdata

Er udfyldt fra Folkeregistret / af Visitationen

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

Er som oftest udfyldt inden borger henvises. Suppleres af planlægger.

Gribskov helhedspleje org er tilknyttet af Visitationen, Akutfunktionen eller Gribskov rehabilitering.

Helhedspleje x. distrikt org er tilknyttet af Visitationen. Hvis borger er henvist fra Akutfunktionen eller Gribskov Rehabilitering tilknytter planlægger det relevante distrikt.

Primær kontaktgruppe: **Skal** være angivet. Feltet afkrydses af planlægger.

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.

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 advis og telefonisk.

Smittefare (typer) angives

Bemærkninger udfyldes med, hvilke forholdsregler og værnemidler smittefaren kræver.

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.

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

Skemaet udfyldes i øvrigt, hvis medarbejder får kendskab til overfølsomhed hos borger. Det noteres, hvad borger er overfølsom overfor eller "Ingen kendte"

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

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

Fravalg af livsforlængende behandling

Hvornår: Skemaet udfyldes, når der er taget lægefaglig stilling til, om der er indikation for genoplivning:

Hvis det sygeplejefaglige personale vurderer, at en borger er uafvendeligt døende, skal de på baggrund af deres viden, medmindre borgeren modsætter sig det, bede den behandlingsansvarlige læge vurdere helbredstilstanden og tage stilling til, hvordan det sygeplejefaglige personale skal foreholde sig i tilfælde af hjertestop.

Der skal være løbende fokus om, at borgers tilstand ændrer sig i en sådan grad, at den aktuelle beslutning bør revurderes.

Hvem: Udfyldes af SSA'er eller sygeplejersker. Det er ALTID en lægelig beslutning, om indikationer for fravalg af livsforlængende behandling er opfyldt.

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 borgers 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

Hvornår: Skemaet (Samtykke til indhentning og/eller videregivelse af personoplysninger SG015) udfyldes ved opstart af sygepleje. Skemaet anvendes ikke ved opgaver, der henvist til Akutfunktionen af egen læge, 1813, botilbud og plejecentre.

I alle situationer adspørges borger direkte om samtykke til kontakt til læge eller anden instans og det dokumenteres som ".observation" eller, i den KM eller avis, der sendes til læge eller samarbejdspartner.

Hvem: KM'er og samtykkeskema: SSA'er og sygeplejersker.
Alle medarbejdere kan dokumentere samtykke som ".observation" eller i avis.

Se i øvrigt instruksen "Sundhedsfaglig dokumentation. Samtykke"

Alle øvrige datafelter under Generelle oplysninger

Hvornår: Når det er relevant

Hvem: Kan udfyldes af alle

Triage – borgers aktuelle tilstand

Hvornår: Udfyldes hos alle ved første besøg. Opdateres med dato i forbindelse med *systematisk* tidlig opsporing og i øvrigt ved farveændring. Dvs. som minimum hver 4. uge (hver 6. uge for borgere, der udelukkende får praktisk hjælp)

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).

Habitual- og ændringskema

Hvornår: Udfyldes hos alle borgere. Skal udfyldes hurtigst muligt efter opstart i hjemmepleje eller sygepleje og senest efter 3 uger. Opdateres ved ændringer i tilstanden.
Udfyldes IKKE hos sommerhusgæster.

Hvem: Kan udfyldes af alle.

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 kan ændre scoringen (tallet fra 0-4) og der skal derfor sendes avis 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. Ved opdateringer skriver SSA (eller sygeplejerske) i samarbejde med SSH.

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 SSA'er i hjemmeplejen.

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

Indsatsmål og handlingsanvisninger

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

Hvem: Funktionsevnetilstande
Alle faglærte medarbejdere

Helbredstilstande
SSA'er og sygeplejersker

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.

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.

Kvalitetsopfølgning

Systematisk opfølgning

Journalaudit med særligt fokus på ovennævnte datafelter, herunder om relevante felter er *relaterede*.

Hvornår: 4 journaler i hvert distrikt/md. 2/3 af de udtagne journaler skal være på borgere med sygeplejefaglige indsatser
Yderligere 8 journaler i hvert distrikt 2 x årligt, hvor distriktsledere og andre relevante fagpersoner, udfører audit i fællesskab.

Hvem: Distriktsleder eller medarbejder, der udfører auditeringen på leders vegne.

Opfølgning "ad hoc"

Hvornår: Ved klager og utilsigtede hændelser

Hvem: Vil variere fra gang til gang.

Referencer og nyttige links

VEJ nr 9019 af 15/01/2013 Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser

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

Gribskov Kommune: Sygeplejeinstrukser og delegation

Dokumentation efter FSIII-metoden: <http://www.fs3.nu/dokumenter/fsiii-metoden>

Gribskov Kommunes vejledninger FSIII: <https://css.gribskov.dk/css-gribskov/vejledninger-til-faelles-sprog-iii/>

i

Instruksen er udarbejdet af: Gitte Widmer Sygeplejefaglig leder	Ansvarlig for instruksen: Gitte Widmer Sygeplejefaglig leder	Godkendt af: Camilla Köcher Strøyberg, distriktsleder Camilla Woller-Nielsen, distriktsleder Katarzyna Darling, distriktsleder, Camilla Frederiksen, palliationssygeplejerske. LU
Revisionsdato: 12.6.2021	Næste revision: 12.6.2022	