

Ældre og Omsorg

Udarbejdet af: Hanne Schmidt og Susanne Parbst, Arb.gr. Uv og dokumentation

Godkendt i Topledergruppen: Maj 2017

Ansvarlig: Heidi Pihl

Revideret:

Revideres senest: Maj 2019

Instruks: Sundhedsfaglig dokumentation	
Målgruppe	Autoriseret sundhedspersonale, samt personer der handler på disses ansvar
Formål	At pleje og behandling* er godt og tilstrækkeligt dokumenteret på en helhedsorienteret og overskuelig måde
Mål	At myndigheders og lovgivningens krav til den sundhedsfaglige dokumentation overholdes
Overordnede krav	<p>Elektronisk Borger Journal (EBJ) skal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • føres overskueligt og systematisk i én journal • være tilgængelig for notater fra personale, der deltager i observation, pleje og behandling • opfylde de formelle krav til dokumentation af identifikation, datering, rettelses og opbevaring
Papir-skemaer mv.	<p>Det skal fremgå tydeligt af EBJ, hvis dele af dokumentationen føres på fx papir, og hvad det omhandler.</p> <p>Relevante bilag skal opbevares i enten den elektroniske journal (ved f. eks. ind skanning) eller i separat papir journal og i mindst 5 år for optegnelser foretaget af sygeplejersker, assistenter, ergoterapeuter og fysioterapeuter og mindst 10 år for optegnelser foretaget af læger og kliniske diætister.</p>
Beskrivelse af borgerens problemer	<p>Beskrivelse af borgerens aktuelle og potentielle problemer</p> <p>Dokumentationen skal minimum indeholde en beskrivelse af borgerens sundhedsmæssige tilstand samt pleje og behandling, og skal opdateres ved ændringer i borgerens helbredsmæssige tilstand.</p> <p>Nedenstående helbredstilstande og funktionsevnetilstande skal være fagligt vurderet.</p> <p>Det skal desuden være dokumenteret, om det er aktuelle eller potentielle problemer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funktionsniveau, f.eks. evnen til at klare sig selv i det daglige liv, ADL • Bevægeapparat, f.eks. behov for træning, balanceproblemer og evt. faldtendens • Ernæring, f. eks. under- eller overvægt, spisevaner, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning • Hud og slimhinder, f. eks. forandringer og lidelser fra hud,

<p>Helbreds-oversigt og indikation for aktuel pleje og behandling</p> <p>Aftaler med</p>	<p>slimhinder og andre væv – f. eks. muskler, hår og negle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation, f. eks. evnen til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen • Psykosociale forhold, f. eks. arbejdsevne, relationer til familie, ensomhed, livsstilsproblemer, misbrug og mestring • Respiration og cirkulation, f. eks. luftvejsproblemer som åndenød, hoste, risiko for aspiration, legemstemperatur, blodtryk og puls • Seksualitet, f.eks. samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler • Smerter og sanseindtryk, f. eks. akutte eller kroniske smerter og ubehag, problemer med syn og hørelse • Søvn og hvile, f. eks. faktorer som letter eller hindrer søvn og hvile • Viden og udvikling, f. eks. behov for information eller undervisning, helbredsopfattelse, sygdomsindsigt, hukommelse. • Udskillelse af affaldsstoffer, f. eks. inkontinens, obstipation, diare <p>Funktionsevnetilstande, der vurderes med afsæt i den individuelle terapeutfaglige vurdering, og dokumenteres i forhold til hvorvidt der er tale om aktuelle eller potentielle funktionsevnetilstande:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Egenomsorg, fx evnen til at vaske sig, af- og påklædning, fødeindtagelse mm. • Praktiske opgaver, fx lave husligt arbejde, lave mad, udføre daglige rutiner mm. • Mobilitet, fx løfte og bære, bevæge sig omkring, forflytte sig, muskelstyrke, udholdenhed mm. • Mentale funktioner, fx hukommelse, orienteringsevne, energi og handlekraft, overordnede kognitive funktioner mm. • Samfundsliv, fx have lønnet beskæftigelse mm. <p>Oversigt over borgerens sygdomme og handicap og aftaler med behandlingsansvarlig læge</p> <p>Dokumentationen skal indeholde en oversigt over borgerens eventuelle sygdomme og handicap, der har betydning for borgerens aktuelle behandling, og potentielle problemer som behandles medicinsk, eller hvor der foretages observation og kontrol af tilstanden. Denne skal revideres ved ændringer i borgerens helbredstilstand.</p> <p>Behandlingsindikationer skal fremgå</p> <p>Ved en medicinordination, skal behandlingsindikationer for den medicinske behandling fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation. Det samme gælder behandlingsindikationer for genoptræningsplaner, samt henvisninger fra visitation, praktiserende læge og andet autoriseret sundhedspersonale.</p> <p>EBJ skal indeholde en beskrivelse af de aftaler om kontrol og</p>
--	---

behandlingsansvarlig læge	<p>behandling af borgerens kroniske sygdomme og handicap, som er indgået med de behandlingsansvarlige læger. Det skal fremgå hvilke observationer og kontrol af tilstanden der skal foretages, samt hvornår lægen skal informeres.</p> <p>Denne beskrivelse skal revideres ved ændringer i borgerens tilstand og/eller ændring af aftalerne.</p>
Aktuel pleje og behandling	<p>Aktuel beskrivelse af pleje og behandling, opfølgning og evaluering</p> <p>Dokumentationen skal indeholde en beskrivelse af pleje og behandling, som er iværksat i samarbejde med borgeren i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer, funktionsevnetilstande og sygdomme.</p> <p>Der er dokumenteret oplysninger om lægens tilkendegivelser efter lægekontakt, og der er dokumentation for, at de aftalte tiltag følger den behandlingsansvarlige læges anvisninger.</p>
Fravalg af livsforlængende behandling	<p>I forhold til fravalg af livsforlængende behandling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oplysninger fra den behandlingsansvarlige læge om dennes beslutning af fravalg af livsforlængende behandling • Genoplivningsforsøg • Afbrydelse af behandling
Samtykke	<p>Informeret samtykke og handleevne</p> <p>Det skal fremgå af EBJ, om borgeren vurderes til helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling, og på hvilket grundlag dette er vurderet.</p> <p>Hvis borger har værge, skal det fremgå af journalen hvilken type og omfang værgemålet har, samt om dette er tidsbegrænset.</p> <p>Hvis det er pårørende/værge, der giver stedfortrædende samtykke, skal dette fremgå af EBJ.</p> <p>EBJ skal indeholde oplysninger om information til borgeren, og/eller de pårørende, om planlagt pleje og behandling, og borgerens og/eller de pårørendes stillingtagen hertil (Informeret samtykke /stedfortrædende samtykke).</p> <p>Det skal fremgå af EBJ, at der er indhentet informeret samtykke til behandling og pleje.</p>
Ramme-delegation	<p>Dokumentation ved anvendelse af rammedelegation</p> <p>Det skal fremgå af EBJ, at instrukser for rammedelegation** er fulgt, og at rammedelegation er håndteret patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt.</p>
I øvrigt	<p>Øvrige krav til dokumentationen se Bilag 1</p>
Lovgrundlag Referencer	<p>Målepunkter til hjemmepleje/hjemmesygepleje/plejehjem Medicinhåndtering og prøvesvar i patientforløb, Styrelsen for</p>

Kilder	<p> Patientsikkerhed 14. marts 2017 Målepunkter til akutfunktioner Medicinhåndtering og prøvesvar i patientforløb, Styrelsen for Patientsikkerhed 7. februar 2017 Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013 Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 1188 af 24. september 2016 Vejledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling, uden for sygehuse, VEJ nr. 9025 af 17/01/2014 Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016 *§1 stk. 2: Ved behandling forstås undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient. Bekendtgørelse af sundhedsloven, BEK nr. 913 af 13. juli 2010 Institut for Rational Farmakoterapi: Udfordringer og muligheder ved AK-behandling ved atrieflimmer anno 2014 Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL, 2015 Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16/09/1998 Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 04/07/2002 Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016 Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015 Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011 Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), VEJ nr. 115 af 11. december 2009 ** F1.1 Instruks Rammedelegation </p>
---------------	---

Bilag 1

Styrelsen for Patientsikkerhed har i 2017 fremsendt nedenstående specifikke krav til dokumentationen, hos borgere i AK-behandling og med en KOL diagnose:

Vedr. AK behandling:

- EBJ indeholder en beskrivelse af aftaler om kontrol af INR målinger og opfølgningen på blodprøvesvar
- Det fremgår, hvorfor borgeren er i AK behandling
- Der er dispenseret medicin indtil svaret foreligger på næste planlagte blodprøve. Næste dispensering er allerede sikret planlagt i kalenderen
- Der skal være et ordinationsskema for AK behandling

Ved KOL:

- Respiration og cirkulation: som minimum er det beskrevet om der er dyspnø ved hvile, tale – og/eller funktion, om der er hoste/ekspektorat, behov for pep-fløjte/CPAP, behov for ilt, hvorvidt der er cyanose, og om borgeren er ryger
Observationer vedrørende respirationsstatus, inhalationsteknik, rygning, skift af iltkateter, rengøring og brug af inhalationsdevices
- Søvn og hvile: Det er beskrevet, om der er søvnproblematik, sidder/ligger patienten, behov for sovemedicin

Særligt gældende for KOL-sygeplejersker i Ældre og Omsorg:

- Udfører lungefunktionsundersøgelse, inhalationstjek og – instruktion ved behov. Udleverer og instruerer i brug af PEP-fløjte ved behov, samt vejledning i forhold til vejrtrækning/hosteteknik.
- Observationer vedr. mistanke i forhold til om borger har co-mobiditeter ud over de nævnte almene observationer, som beskrevet i forhold til funktionsniveau, bevægeapparatet, ernæring, hud og slimhinder, kommunikation etc.
- Rehabiliterende sigte; observationer og vejledning om mulighed for at motivere til evt. rygestop, deltagelse på KOL-hold og andre forbyggende tiltag.

Se desuden krav til dokumentation i nedenstående instrukser:

I forhold til KOL-sygeplejerskerne:

Instruks F1.7.1 for KOL-sygeplejersker

I forhold til tidlig indsats på ældrecentre:

Instruks 1.6.4 Bilag Dokumentation på tidlig indsats

Ved demens:

Instruks F1.4.1 Forløbskoordination demens på ældrecentre

Instruks F1.4.3 Samarbejde mellem ældrecentre og Ældrepsykiatrisk team