

Ældre og Omsorg

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

Godkendt i Topledergruppen: Maj 2017

Ansvarlig: Heidi Pihl

Revideret: Susanne E. Pedersen og Hanne Schmidt Jan. 2020

Revideres senest: Maj 2021

| Instruks: Sundhedsfaglig dokumentation | |
|---|--|
| Målgruppe | Autoriseret sundhedspersonale samt personer, der handler på disses ansvar samt terapeuter og pædagoger, der deltager i pleje og behandling efter sundhedsloven. |
| Formål | At pleje og behandling er godt og tilstrækkeligt dokumenteret på en helhedsorienteret og overskuelig måde, så det er et funktionelt og sikkert arbejdsredskab. |
| Mål | <p>At lovgivningens krav til den sundhedsfaglige dokumentation overholdes.</p> <p>At medarbejderne har viden om journalføring og sundhedsfaglig dokumentation.</p> <p>At alle relevante sundhedsmæssige observationer, behandlinger og evalueringer bliver dokumenteret overskueligt og systematisk.</p> <p>At dokumentationen bidrager til patientsikkerheden.</p> |
| Overordnede krav | <p>Elektronisk Omsorgs Journal (EOJ) skal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • føres overskueligt og systematisk i én journal • være tilgængelig for notater fra personale, der deltager i observationer, pleje og behandling • opfylde de formelle krav til dokumentation af identifikation, datering og rettelser • Sundhedsfaglig dokumentation er underlagt sundhedslovens §138 og KL's FSIII-metode, som beskrevet i <i>Dokumentations- og kommunikationspraksis i Nexus, Ældre og Omsorg</i> |

| | |
|---|---|
| <p>Samtykke</p> | <p>Samtykke til udveksling af personoplysninger og vurdering af handleevne (se instruks for Samtykke F. 1.10.1.)</p> <p>Det skal fremgå af EOJ, at der gives samtykke til indhentning af og videregivelse af helbredsoplysninger, ligeledes borgerens habilitetsevne til at give samtykke.</p> <p>Hvis det er pårørende/værge, der giver stedfortrædende samtykke, skal det fremgå af samtykket, med navn på vedkommende, der kan give et stedfortrædende samtykke.</p> <p>Informeret samtykke (se instruks for Samtykke F. 1.10.1.)</p> <p>Der skal ifølge sundhedsloven indhentes og dokumenteres samtykke vedrørende enhver kontakt med læge, sygehus samt start af ny behandling.</p> |
| <p>Helbredsoplysninger Generelle oplysninger</p> | <p>Oversigt over borgerens sygdomme, handikaps samt aftaler med behandlingsansvarlig læge og indikation for aktuel behandling.</p> <p>Skal indeholde borgerens aktuelle og tidligere sygdomme og handikaps, der har betydning for borgerens situation. Sundhedsfaglige kontakter borgeren er tilknyttet inden for sundhedsvæsenet fx øjenlæge, tandlæge, fodterapeut eller afdeling/ambulatorium.</p> <p>Behandlingsindikationer skal fremgå</p> <p>Ved en medicinordination, skal behandlingsindikationer for den medicinske behandling fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation.</p> |
| <p>Sygeplejefaglig udredning Beskrivelse af borgerens sygeplejefaglige problemer</p> | <p>Alle 12 problemområder (Helbredstilstandsgrupper) skal vurderes mhp behov for iværksættelse af sygeplejefaglige indsatser. Det skal dokumenteres, om der tale om "Aktuelle", "Potentielle" eller "Ikke aktuelle" problemer.</p> <p>Ved "Aktuelle" og "Potentielle" problemer uddybes disse med beskrivelse af problemet i Fagligt Notat.</p> <p>Ved Aktuelle problemer skal der laves en vurdering af den nuværende og forventede tilstand, med planlagt opfølgning.</p> <p>Udredes jf. de 12 sygeplejefaglige problemområder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funktionsniveau • Bevægeapparat • Ernæring, • Hud og slimhinder • Kommunikation • Psykosociale forhold • Respiration og cirkulation • Seksualitet • Smerter og sanseindtryk • Søvn og hvile |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Udskillelse af affaldsstoffer • Viden og udvikling |
| Aktuel pleje og behandling | <p>Aktuel beskrivelse af pleje og behandling, opfølgning og evaluering</p> <p>Dokumentationen skal indeholde en beskrivelse af den pleje og behandling, som er iværksat i samarbejde med borgeren i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer.</p> <p>Der skal være dokumentation for, at de aftalte tiltag følger den behandlingsansvarlige læges anvisninger.</p> <p>Endvidere skal det fremgå af Handlingsanvisning, hvilke observationer og kontrol af tilstanden der skal foretages samt hvornår lægen skal informeres.</p> <p>Alle aktuelle tilstande skal have en planlagt opfølgningsdato afhængigt af den forventede tilstand. Mindst 1 x årligt.</p> |
| Aftaler med behandlingsansvarlig læge | <p>EOJ skal indeholde en beskrivelse af de aftaler om kontrol, observationer og behandling af borgerens kroniske sygdomme og handikaps, der er indgået med de behandlingsansvarlige læger.</p> <p>Ved lægeligt ordinerede målinger, skal lægens anviste tærskelværdier fremgå af måleinstruksen og det skal fremgå i Handlingsanvisning, hvilken aftaler og behandlingsplan der er lavet med lægen samt plan for opfølgning.</p> <p>Se i øvrigt instruks F.1.6.2. vedr. "Opsøgende- opfølgende-hjemmebesøg samt forebyggende sygebesøg"</p> |
| Papir-skemaer mv. | <p>Det skal fremgå tydeligt af EOJ, 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> |
| 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 borgers beslutning vedr. fravalg af livsforlængende behandling • Genoplivningsforsøg • Afbrydelse af behandling |

| | |
|---|--|
| Ramme-delegation | Der henvises til Instruks for rammedelegation F 1.1.1 Akut blodsukkermåling efter rammedelegation |
| Forløbs-programmer på kroniker området | Overordnet følges samme krav som til anden sundhedsfaglig dokumentation KOL gælder samme krav til dokumentation jf. dokumentations- og kommunikationspraksis. I forhold til KOL-sygeplejerskerne: Instruks F1.7.1 for KOL-sygeplejersker Diabetes gælder samme krav til dokumentation jf. dokumentations- og kommunikationspraksis. Demens Instruks H1.4.1 Forløbskoordination demens i Hjemmeplejen Instruks F1.4.1 Forløbskoordination demens på ældrecentre Instruks F1.4.3 Samarbejde mellem ældrecentre og Ældrepsykiatrisk team |
| I øvrigt | Øvrige krav til dokumentationen, se Bilag 1 |
| Lovgrundlag Referencer Kilder | Dokumentations- og kommunikationspraksis i Nexus, Ældre og Omsorg; http://www.brondby.dk/æo Målepunkter til hjemmepleje/hjemmesygepleje/plejehjem Medicinhåndtering og prøvesvar i patientforløb, Styrelsen for 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, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.): https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=201378 Bekendtgørelse af sundhedsloven, BEK nr. 913 af 13. juli 2010 Institut for Rationel 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 |

| |
|---|
| <p><u>Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016</u></p> <p><u>Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015</u></p> <p>Korrekt håndtering af medicin 2019: <u>https://stps.dk/da/udgivelser/2019/korrekt-medicinhaandtering/~media/0E30EDB960FA47DBA41FDA577A0AB979.ashx</u></p> <p><u>Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), VEJ nr. 115 af 11. december 2009</u> ** F1.1.1 Instruks Rammedelegation</p> |
|---|

Særlige anbefaling som skal dokumenteres

Vedr. D-vitamin tilskud:

For personer over 70 år, Plejehjemsbeboere og Personer i øget risiko for osteoporose uanset alder, skal informeres jf. Sundhedsstyrelsens anbefaling. Et dagligt tilskud med 20µg D-vitamin kombineret med 800-1000 mg calcium.

Dokumenteres i Referat fra Opfølgende/Opsøgende hjemmebesøg

Vedr. AK behandling:

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

- EOJ indeholder en beskrivelse af aftaler om kontrol af INR målinger og opfølgningen på blodprøvesvar
- Det fremgår, hvorfor borgerens 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