

INSTRUKS FOR Sundhedsfaglig dokumentation

Gældende for: Bofællesskabet Svanepunktet Bofællesskabet Langkærgaard under CBV	Målgruppe: Personale der varetager sundhedslovsindsatser	Udarbejdet af: Sygeplejerske Mette Obsen
Godkendt af: Leder Morten Ulrik Kristensen	Godkendelsesdato/Gældende fra dato: 4. februar 2020	Dato for næste revision: 4. februar 2022

Formål	<ul style="list-style-type: none"> • At lovgivningens krav til dokumentation overholdes • At den sundhedsfaglige pleje og behandling er dokumenteret tidstro på en helhedsorienteret, systematisk og overskuelig måde.
Ansvar	<ul style="list-style-type: none"> • Autoriseret personale: Alle autoriserede sundhedspersoner, fx sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, skal dokumentere udførelsen af deres arbejde, jf. journal-føringsbekendtgørelsen. • Ikke autoriseret personale: Dokumentationsforpligtelsen følger altid med udførelsen af en sundhedslovsopgave og personalet er derfor forpligtet til at dokumentere de observationer der er relevante for varetagelsen af den pågældende sundhedslovsindsats. • Ledelsen: Skal sikre, at personalet kender og anvender instruksen for sundhedsfaglig dokumentation.
Fremgangsmåde	<ul style="list-style-type: none"> • For at sikre den faglige vurdering og kvalitet i den sundhedsfaglige behandling er det de autoriserede sundhedspersoner, sygeplejersker eller social- og sundhedsassistenter, der har det overordnede ansvar for den sundhedsfaglige dokumentation på bofællesskaberne. • Sygeplejefaglig udredning: Når en borger flytter ind på en af kommunens botilbud, er det de autoriserede sundhedspersoners ansvar, i tæt samarbejde med det øvrige personale, at udarbejde en sygeplejefaglig udredning. En udredning er en systematisk helhedsorienteret afdækning af alle 12 sygeplejefaglige problemområder, der har betydning for borgerens aktuelle eller potentielle helbredstilstande. Personalet skal på baggrund af udredningen kunne redegøre for patientens tilstand, hvilke overvejelser, der er gjort, hvilken pleje og behandling, der er planlagt og hvilken pleje og behandling, der er udført samt resultatet heraf. Med udgangspunkt i og med respekt for borgerens funktionsniveau skal personalet, så vidt det er muligt, inddrage borgeren og/eller dennes pårørende i udredningen. Den sygeplejefaglige udredning består af 2 dele; en række generelle oplysninger og en afdækning af de 12 sygeplejefaglige problemområder samt en oversigt over eventuelle hjælpemidler:

Generelle oplysninger <ul style="list-style-type: none"> • Borgerens navn • Borgerens CPR-nr. • Oversigt over borgerens eventuelle kroniske sygdomme og/eller funktionsnedsættelser • Tilknyttede læger og aftaler om kontrol • Allergi og CAVE • Samtykke kompetence og pårørende/ kontaktpersoner eller personlig værge • <i>Hvis relevant:</i> Fravalg af livsforlængende behandling og ønsker til livets afslutning • Oversigt over hjælpemidler og behandlingsredskaber 	12 sygeplejefaglige problemområder <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 • Viden og udvikling • Udskillelse af affaldsstoffer
---	--

- **Aktuelle problemområder:** Hvis der er aktuelle problemområder i den sygeplejefaglige udredning beskrives problemet under relevant område og sundhedslovsindsatser bestilles af en autoriseret sundhedsperson som også udfylder mål og handlingsanvisning /plejeplan.
- **Potentielle problemområder:** Hvis et eller flere problemområder giver anledning til at der kunne opstå et potentielt problem for borgeren beskrives tilstanden og gemmes som "potentiel".
- **Ikke aktuelle problemområder:** Hvis et eller flere problemområder ikke er aktuelle for borgeren markeres disse som ingen problemer.
- Udredningen skal revideres ved hver ændring i patientens helbredstilstand. Og minimum en gang årligt. Udredningen skal altid være opdateret.

Mål og handlingsanvisning / plejeplan skal indeholde:

Indsatsmål: <ul style="list-style-type: none"> • Målet for indsatsen. 	Handlingsanvisning: <ul style="list-style-type: none"> • Patientens navn • Patientens CPR • Relevant overskrift • Dato for igangsættelse • Samtykke og information • Planlagt behandling • Stillingtagen til om opgaven kan udføres af ikke autoriseret personale. • Plan for opfølgning 	Evaluerig: <ul style="list-style-type: none"> • Evalueringer skrives løbene i handlingsanvisningen /plejeplanen eller i sundhedsfagligt notat med tag til pågældende problemområde.
---	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Indsatsmål og handlingsanvisning/ plejeplan skal altid være opdateret. Når en behandling er afsluttet gemmes den som "<i>ikke aktiv</i>" og det pågældende problemområde redigeres og gemmes som "<i>ingen problem</i>" eller evt. "<i>potentiel</i>". <p>Føring, opbevaring og adgang til borgerens journal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle medarbejdere der skal kunne dokumentere i journalsystemet KMD Nexus har personlig kode til systemet. • Det er ikke tilladt at dele sin kode med andre. • KMD Nexus sikrer at alle notater bliver logget med dato, tidspunkt og navn på den der dokumenterer. Alle sundhedsfaglige notater gemmes som låst og kan derfor ikke ændres. Alle ændringer i problemområder, indsatsmål og handlingsanvisninger/ plejeplaner logges og kan læses i historik. • Ved nedbrud eller forstyrrelser i KMD Nexus noteres sundhedsoplysninger i håndskrevet form og opbevares i aflåst skab, indtil det er muligt at føre notaterne ind i borgerens elektroniske journal. På alle notater skal patientens navn og CPR-nummer være anført. Papirnotaterne makuleres efterfølgende. • Den sundhedsfaglige dokumentation, dvs. borgerens journal, skal kun findes i elektronisk form. Hvis der er brug for at udarbejde skemaer, eller hvis tilbuddet modtager papirnotater om patienten, skal disse papirer være mærket med patientens navn og CPR-nummer. Dokumenter i papir skal scannes ind i journalen. Eventuelle papirer skal efterfølgende makuleres. Journalen skal opbevares forsvarligt, sikkert og utilgængeligt for uvedkommende.
<p>Referencer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.). https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=201378 • Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=144979 • Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed). https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=129064