

Instruks for sygeplejefaglig journalføring jf. Sundhedsloven

Gældende for alle ansatte i Boformen Søparken, Center Familie og Handicap.

Indledning	<p>Journalen er et vigtigt arbejdsredskab for det sundhedsfaglige personale. Journalerne bidrager til patientsikkerheden ved at skabe kontinuitet og indsigt i behandlingsforløbene, og de er afgørende for den faglige kommunikation i sundhedsvæsenet.</p> <p>Den nye journalføringsbekendtgørelse og vejledningernes formål er at understøtte korrekt og brugbar journalføring. Det vil blandt andet sige, at man skal skrive det, som er nødvendigt for en god og sikker patientbehandling. Ved kun at skrive det nødvendige og gøre det så præcist som muligt er det dels nemmere at føre journal og dels mere sikkert at være patient, da alle omkring patienten nemmere kan danne sig et overblik over behandlingsforløbet og -behovet.</p>
Formål	<p>Intentionen med instruksen er tydelighed i forhold til:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hvorfor der skal journalføres og dokumenteres• Hvem der er forpligtet til at journalføre og dokumentere, - herunder faggruppernes og ledelsernes ansvar og opgaver• Hvad og hvornår skal der journalføres/dokumenteres i den elektroniske patientjournal, - herunder indhentning og videregivelse af oplysninger.• Samtykke og tavshedspligt• Hvor der skal dokumenteres i den elektroniske patientjournal• Hvordan der skal journalføres/dokumenteres, - herunder krav til indhold: patientsikkerhed, systematik og etik• Hvor, hvordan og hvor længe skal journalføring/dokumentation opbevares
Hvorfor skal der journalføres/ dokumenteres i den elektroniske patientjournal	<p>Intentionen med journalføring af de sygeplejefaglige indsatser jf. Sundhedsloven er:</p> <ul style="list-style-type: none">• At højne patientsikkerheden• At sikre kontinuitet i behandlingen og sammenhængende patientforløb• Sikkerhed og kvalitet i pleje og behandling af patienter, - herunder behandling der udføres på delegation• At understøtte det sygeplejefaglige arbejde med pleje og behandling• At kunne vurdere og udvikle kvaliteten af det udførte arbejde, hvilket også vil bidrage til faglig udvikling• At bidrage til, at personalet kan registrere og genfinde/genanvende relevante oplysninger, - internt i egen faggruppe samt på tværs af faggrupperne i CPO.• At fungere som nødvendigt internt kommunikationsmiddel mellem det personale, der deltager i behandlingen af patienten• At danne grundlag for høj kvalitet af information til patienterne• Journalføringen danner ligeledes grundlag for tilsyn af sygeplejefaglig virksomhed (Styrelsen for Patientsikkerhed) og anvendes også ved behandling af klage- og erstatningssager
Ledelsens ansvar	<p>Generelt:</p> <p>Sygeplejens ledelse er ansvarlig for udarbejdelse af instruks vedr. journalføringspligten.</p> <p>Selve journalføringspligten hviler på den enkelte medarbejder, som skal føre journal over de sundhedsfaglige opgaver medarbejderen udfører, men det er ledelsen, der skal sørge for, at de generelle rammer er på plads, så den enkelte har mulighed for at varetage sin journalføringspligt.</p> <p>Nærmeste leder har ansvar for medarbejdernes mulighed for at journalføre, hvilket bl.a. omfatter, at:</p> <ul style="list-style-type: none">• De ansatte har adgang til at føre journal.• De ansatte er oplært i at føre journal.• Det nødvendige udstyr til journalføring er til rådighed.• De ansatte har tid til at føre journal. <p>Samt, at:</p> <ul style="list-style-type: none">• Journalerne bliver opbevaret forsvarligt i den lovpligtige opbevaringsperiode.• Journalen bliver givet videre, fx hvis behandlingsstedet ophører. <p>Ledelsen skal også sikre, at de fornødne instrukser er på plads for, hvordan journalføring skal udføres på det enkelte behandlingssted – også fx ved tekniske nedbrud.</p>

Hvem er forpligtet til at journalføre og/eller dokumentere	Autoriserede sundhedspersoner: <ul style="list-style-type: none"> • Enhver autoriserede sundhedsperson der foretager behandling, det vil sige sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje og sundhedsfaglig forebyggelse samt sundhedsfremme, har journalføringspligt.
	Ikke autoriseret personale (Social- og sundhedshjælpere, pædagoger og ufaglærte medarbejdere): <ul style="list-style-type: none"> • Har journalføringspligt ved udførelse af videredelegerede sundhedslovs indsatser <p>Derudover er følgende besluttet i Center Pleje og Omsorg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Social og sundhedshjælpere skal dokumentere i handlingsanvisninger, døgnrytmeplaner, generelle oplysninger, observationer, besøgsnotater og div. skemaer. • At noget der fraviger det forventede/planlagte i forhold til helbred, trivsel, aktivitet, behandling, grundlæggende pleje og omsorg, dokumenteres dette i en observation
	Sygeplejen (Udekørende sygeplejersker, klinisygeplejersker, centersygeplejersker, demenssygeplejersker, kontinens- og kompressionsygeplejersker samt sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter på Akut- og Rehabiliteringstilbuddet): Sygeplejens ledelse er overordnet ansvarlig for journalføringen i den elektroniske patientjournal.
	Hjemmeplejen (Social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere samt ufaglærte medarbejdere): Hjemmeplejeleder er overordnet ansvarlig for journalføringen og dokumentationen i den elektroniske patientjournal.
	Ældrecenter (Social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere samt ufaglærte medarbejdere): Ældrecenterleder er overordnet ansvarlig for journalføringen og dokumentationen i den elektroniske patientjournal.
	Boformen Søparken – Center Familie og Handicap (Sygeplejersker (Ansæt i Boformen), social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, pædagoger og ufaglærte medarbejdere): Leder af Boformen Søparken er overordnet ansvarlig for journalføringen i den elektroniske patientjournal.
Tavshedspligt	<p>Alle medarbejdere i Sygeplejen, Hjemmeplejen og på Ældrecentrene i Center Pleje og Omsorg samt i Boformen Søparken i Center Familie og Handicap, er omfattet af nedenstående tavshedspligt.</p> <p>Jf. Sundhedslovens kapitel 9 § 40 ”Tavshedspligten er en patientrettighed, som giver patienten krav på fortrolighed fra sundhedspersonens side og mulighed for at bestemme, om helbredsoplysninger må videregives. Sundhedslovens bestemmelser om tavshedspligt, videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv. skal være med til at sikre, at sundhedspersoner iagttager tavshed om de forhold, de erfarer i forbindelse med en patientkontakt”</p> <p>Det betyder bl.a., at man som ansat kun må fremsøge oplysninger i KMD Nexus, som er relevant for udførelsen af det arbejde, man skal varetage den pågældende dag og at man er forpligtet til at ikke at omtale de forhold, man erfarer i forbindelse med en patientkontakt med andre end sine kolleger.</p>
Hvad skal dokumenteres i den elektroniske patientjournal	<p>Journalføring jf. Sundhedsloven: Den elektroniske patientjournal skal indeholde oplysninger om patientens tilstand, undersøgelser og udført behandling og sygepleje, forebyggelse og sundhedsfremme samt indsatsmål og handlingsanvisninger og dato for opfølgning på igangværende indsatser.</p> <p>Ligeledes skal den indeholde samtykke, hvilken information der er givet og hvad patienten har tilkendegivet samt patientens vurdering, forventninger og mål.</p> <p>Journalen indeholder også fortrolige oplysninger og oplysninger om private forhold jf. BEK nr 1225 af 08/06/2021 ”Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (Journalføring, opbevaring, videregivelse, overdragelse m.v.)”; https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2021/1225:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stamdataoplysninger • Konkrete patientkontakter f.eks. undersøgelsesvar og aftaler med patienten • De 12 Sygeplejefaglige problemområder i form af Helbredstilstande. <p>Aktuelle identificerede problemområder og behov beskrives ud fra sygeplejeprocesen med:</p> <p>A. Analyse og beskrivelse af problemer og behov (Helbredstilstandene)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktive tilstande: De tilstande, der er oprettet en indsats på • Potentielle tilstande: De tilstande, der skal være opmærksomhed på

<p>Hvad skal dokumenteres i den elektroniske patientjournal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ikke relevante tilstande: De tilstande, hvor der ikke er noget indenfor problemområdet. B. Mål og handlinger (Indsatsmål og handlingsanvisning) C. Opfølgning (Opgave til opfølgning på tilstand og indsats) <p>Journalføringen i KMD Nexus jf. Sundhedsloven udføres i:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helbredstilstande • Indsatsmål • Handlingsanvisninger • Div. målinger • Helbredsoplysninger, - som ligger i Generelle oplysninger • Generelle oplysninger • Observationer • Triagering
<p>Aftaler om indhentning af samtykke samt indhentning og videregivelse af oplysninger</p>	<p>Informeret samtykke:</p> <p>Det skal fremgå af patientjournalen, hvilken mundtlig og eventuel skriftlig information, der er givet til patienten, de pårørende eller en værge ved indhentning af informeret samtykke til behandling, og hvad har patienten, de pårørende eller værgeren tilkendegivet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokumenteres i aktuelle Helbredstilstand -> Beskrivelse. <p><i>”Det informerede samtykke er en af grundpillerne for det moderne sundhedsvæsen, da det sikrer patientens selvbestemmelse og inddragelse i egen behandling. Reglerne om journalføring af det informerede samtykke er blevet opdateret og tydeliggjort for at lette journalføringen af samtykket. Tidligere har samtykket i alle tilfælde skulle journalføres. Fremadrettet skal et stiltiende samtykke til behandling kun skrives ind i journalen i nødvendigt omfang, hvilket også gælder for den information, der gives til patienten i forbindelse med samtykket”</i></p> <p>Stiltiende samtykke:</p> <p>Hvis der ikke er nogen tvivl om, at patienten samtykker til en del af et behandlingsforløb, kan samtykket være stiltiende.</p> <p>Dette skal alene journalføres, hvis der er øvrige omstændigheder, som gør, at der er behov for at journalføre det.</p> <p>Et eksempel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En patient med ondt i halsen har kontaktet sin praktiserende læge for at blive podet for halsbetændelse. Patienten kender til undersøgelsen og åbner selv munden for at få foretaget den. <p>Her er det som udgangspunkt ikke nødvendigt at journalføre samtykket.</p>
	<p>Generelt samtykke til indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger:</p> <p>Hvilken mundtlig og eventuel skriftlig information, der er givet til patienten, de pårørende eller en værge vedr. indhentning af samtykke til indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger m.v og hvad patienten, de pårørende eller værgeren, på denne baggrund, har tilkendegivet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokumenteres i Generelle oplysninger -> Helbredsoplysninger

<p>Aftaler om indhentning af samtykke samt indhentning og videregivelse af oplysninger</p>	<p>Fravalg af samtykke til indhentning eller videregivelse af helbredsoplysninger:</p> <p>Ved patientens tilkendegivelse af, at bestemte oplysninger ikke må videregives eller indhentes, eller bestemte sundhedspersoner ikke må indhente eller videregive hele eller dele af patientjournalens oplysninger, skal det fremgå, hvilken information patienten har fået om eventuelle konsekvenser, når patientjournalens oplysninger ikke må videregives eller indhentes helt eller delvist.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokumenteres i Generelle oplysninger -> Helbredsoplysninger <p>Stedfortrædende samtykke:</p> <p>Hvem har patienten angivet som den person, der må give stedfortrædende samtykke ved behov for det?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokumenteres i Generelle oplysninger -> Helbredsoplysninger <p>Retten til ikke at vide:</p> <p>Hvis patienten har frabedt sig information helt eller delvist.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokumenteres i Generelle oplysninger -> Helbredsoplysninger <p>Når en anden sundhedsperson (navn og titel) har givet tilslutning til en behandling, jf. Sundhedsloven § 18, stk. 2, og når Styrelsen for Patientsikkerhed har givet tilslutning til en behandling, jf. sundhedsloven § 18, stk. 4.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokumenteres i den aktuelle helbredstilstand -> Beskrivelse
<p>Hvornår og hvordan skal der dokumenteres – krav til indhold</p>	<p>Af hensyn til patientsikkerheden er korrekt dokumentation vigtig.</p> <p>”En sundhedsfaglig opgave er først gjort færdig, når den er journalført”</p> <p>”De 12 sygeplejefaglige problemområder er grundlaget for den sygeplejefaglige journalføring.</p> <p>Fremadrettet skal det sygeplejefaglige personale kun skal journalføre de punkter, hvor der er observationer, som er nødvendige for pleje, behandling, opfølgning m.v. (Aktive og potentielle tilstande)</p> <p>Tidligere har det været praksis, at det sygeplejefaglige personale noterede de problemområder, hvor der ikke var relevante observationer (Ikke relevante tilstande), men det er nu kun de nødvendige oplysninger inden for de aktuelle problemområder, der skal journalføres”.</p> <p>Patientjournalen skal føres på dansk, men må gerne indeholde latinske betegnelser og/eller andre fagudtryk. Der må anvendes anerkendte forkortelser, der er forståelige for de personer, der deltager i pleje og behandling af patienten.</p> <p>Patientjournalen er et tværfagligt dokumentations- og kommunikationsredskab og medarbejderne skal journalføre med omhu og samvittighedsfuldhed, hvilket er en forudsætning for en sikker og kontinuerlig pleje og behandling af patienten.</p> <p>Indholdet skal være fagligt, gennemskeligt og systematisk og bundet op på en Tilstand (Helbreds- eller funktionsevnetilstand), for at personalet hurtigt kan få overblik og fremsøge relevante oplysninger og sygepleje – og plejefaglige problemstillinger.</p> <p>Man skal dokumentere dét der fraviger fra det forventede eller planlagte samt ved planlagte opfølgninger. Det vil blandt andet sige, at man skal skrive det, som er <u>nødvendigt</u> for en god og sikker patientbehandling. Ved kun at skrive det nødvendige og gøre det så præcist som muligt, er det dels nemmere at føre journal og dels mere sikkert at være patient, da alle omkring patienten nemmere kan danne sig et overblik over behandlingsforløbet og -behovet.</p> <p>Journalføringen skal ske i forbindelse med patientkontakten.</p> <p>Hvis det ikke er muligt på grund af andre akutte opgaver, kan journalføringen undtagelsesvist vente, men skal dog ske snarest muligt og under alle omstændigheder inden arbejdstids ophør.</p> <p>Journalføringen/dokumentationen skal være entydig, systematisk, forståelig og overskuelig af hensyn til kommunikation både inden for egen faggruppe og med andre faggrupper, der skal bruge journalens oplysninger i deres pleje og behandling af patienten.</p> <p>Der skal anvendes et objektivt og fagligt sprog i dokumentationen.</p> <p>Sundhedspersoner må gerne må bruge standardfraser i journalføringen, men at det er af afgørende betydning, at de altid skal tilpasses den enkelte patient og behandling.</p> <p>Patientjournalen er også et vigtigt informationsgrundlag for patienten, da den giver mulighed for indblik og inddragelse i egen pleje og behandling.</p> <p>Medarbejderne skal gøre sig etiske overvejelser ift. deres journalføring, da patienterne har mulighed for aktindsigt. Ønsker borgeren aktindsigt skal Myndighed kontaktes.</p> <p>Beskrivelser af personalets interne samarbejde og arbejdsgange hører ikke til i den elektroniske patientjournal.</p>

Hvornår og hvordan skal der dokumenteres – krav til indhold	Medarbejderen er forpligtet til at orientere sig i hele patientjournalen, ved den borger/patient, hvor pågældende skal varetage pleje og/eller behandling.
Journalføring ifm. triageringsmøder, rådgivning og konferencer	Som udgangspunkt er det den sundhedsperson, der fremlægger problemstillingen, som er ansvarlig for at beslutningerne journalføres. Særskilt vejledning til Triageringsmøder er under udarbejdelse. Indtil denne foreligger, gøres som vanligt.
Journalføring ved teknisk nedbrud	Ved teknisk nedbrud, er det altid muligt at trække en køreliste, så de rette borgere får besøg. Hvis ikke det er muligt, at dokumenterer umiddelbart efter besøget hos borgeren pga. teknisk nedbrud, skal det gøres så snart det er muligt og inden vagtens afslutning. I tilfælde, hvor man ikke inden for arbejdstids ophør har mulighed for at journalføre på sædvanlig vis, eksempelvis i en elektronisk patientjournal, kan det efter omstændighederne være tilstrækkeligt, at der laves et særskilt journalnotat, som snarest muligt overføres til den primære patientjournal Hvis ikke det er muligt at dokumenterer inden vagtens afslutning pga. teknisk nedbrud, videregives nødvendige informationer til næste vagt og der oprettes en "sikker mail" med til nærmeste leder med de informationer, som skulle have være dokumenteret i journalen. Nærmeste leder sørger for, at informationerne snarest muligt overføres til patientjournalen.
Dokumentation af utilsigtede hændelser	Utilsigtede hændelser vedr. "Medicin ikke givet" og "Fald" skal dokumenteres på Samlerapporteringsskemaerne i egen enhed. Øvrige utilsigtede hændelser skal indberettes til Styrelsen for Patientsikkerhed på https://stps.dk/da/laering/utilsigtede-haendelser/ Utilsigtede hændelser skal ligeledes beskrives i den elektroniske patientjournal, - dette for at sikre læring og forhindre at fejlen gentager sig.
Hvor længe skal journalføring/ dokumentation gemmes	Sygeplejefaglige optegnelser foretaget af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter skal opbevares i mindst 5 år, regnet fra tidspunktet for den senest foretagne optegnelse. Sygeplejefaglige optegnelser foretaget af uautoriseret sygeplejefagligt personale bør tilsvarende opbevares i mindst 5 år, regnet fra tidspunktet for den senest foretagne optegnelse. Dokumentationsskemaer, anvendt i borgerens hjem, skal ikke gemmes, når fx eventuelle værdier er ført ind i Nexus målinger, fx væskeindtag på døgnbasis. Ligeledes skal dokumentationsskemaer fx stikkeskemaer/ plasterpåsætningsskemaer ikke gemmes, da der er kvitteret for udførelsen af opgaven med egne initialer i Nexus. Øvrige bilag scannes ind og lægges i patientens journal i Nexus.
Lovgrundlag	VEJ nr 9521 af 01/07/2021 "Vejledning om sygeplejefaglige journalføring" LBK nr. 731af 08/07/2019 "Autorisationsloven", Kapitel 6 § 21-25 om autoriserede sundhedspersoners journalføringspligt" LBK nr 903 af 26/03/2019 "Bekendtgørelse af sundhedsloven"

Elementerne i den elektroniske patientjournal

Uddybelse af elementerne i den elektroniske patientjournal	Opbygningen af den elektroniske patientjournal skal tænkes som en "mappe med faneblade". Hele "mappen" er patientens/borgerens journal. Elementerne (Fanebladene) i journalen er: <ul style="list-style-type: none"> • Stamdata • Tilstande (Helbreds- og funktionsevnetilstande) • Patientens/borgerens vurdering og mål (Udfyldes sammen med borgeren/patienten) • Opfølgning på Tilstandene (min. X 1 årligt) • Indsatser (Oprettes af myndighed)
---	---

Uddybelse af elementerne i den elektroniske patientjournal	<ul style="list-style-type: none">• Indsatsmål<ul style="list-style-type: none">○ På Sul indsatser oprettes målet ud fra SMARTE modellen• Handlingsanvisninger (Tænk rehabiliterende)• Opfølgning på indsatsen (min. X 1 årligt. Ved sundhedslovsindsatser laves opfølgning ud fra et fagligt skøn)• Relevante målinger (De målinger som er aktuelle, skal være aktive)• Generelle oplysninger (Udfyldes af alle der kommer i besiddelse af oplysninger af generel værdi)• Observationer (Når noget fraviger det, forventede eller planlagte vedr. borgers funktionsniveau eller helbred)• Besøgsnotater (Når noget har betydning for besøgets planlægning eller afvikling)• Diverse skemaer
	Udfyldes af vedkommende der modtager borgeren/patienten, visitator, sygeplejerske eller ældrecenterleder.
	<p style="text-align: center;">Tilstande:</p> <p>SUL - Helbredstilstande: Sygeplejen skal lave en sygeplejefaglig udredning, som er en faglig vurdering af patientens helbredstilstand ud fra de 12 sygeplejefaglige problemområder. På baggrund heraf oprettes potentielle og aktive Helbredstilstande og aktuelle indsatser jf. Indsatskatalog; Sundhedsloven.</p> <p>Dette gøres når:</p> <ul style="list-style-type: none">• Patienten henvises til indsatser jf. Sundhedsloven,• Der sker ændringer i patientens aktuelle tilstand,• Patienten udskrives fra sygehuset• En borger flytter ind på et ældrecenter. <p>SEL- Funktionsevnetilstande: Visitator eller Ældrecenter leder, skal lave en faglig vurdering af borgerens aktuelle funktionsevne og på baggrund heraf oprette relevante Funktionsevnetilstande og aktuelle indsatser jf. Indsatskatalog; Serviceloven.</p> <p>Dette gøres når:</p> <ul style="list-style-type: none">• Borgeren henvises til indsatser jf. Serviceloven,• Der sker ændringer i borgerens aktuelle tilstand,• borgeren udskrives fra sygehuset• En borger flytter ind på et ældrecenter.
	<p>Helbredstilstande – overdragelse af indsatser: Vurderes patienten til at være i et stabilt/grundlæggende forløb, overdrages hele patienten samt ansvaret for sundhedslovsindsatserne og dokumentationen heraf til SSA-gruppen.</p> <p>Vurderes separate indsatser hos patienten til at være i et stabilt og grundlæggende forløb, overdrages ansvaret for disse sundhedslovsindsatser og dokumentationen heraf til SSA-gruppen.</p> <p>Overdragelse af sundhedslovsindsatser til SSA dokumenteres i feltet ”Beskrivelse” i den aktuelle Tilstand.</p> <p>Sker der en ændring i kompleksiteten af problemområderne kontakter SSA Sygeplejen mhp. at få lavet en ny sygeplejefaglig vurdering.</p> <p>Vurderes patienten til at være kompleks, skal indsatserne samt dokumentationen heraf varetages af en sygeplejerske.</p> <p>Sygeplejen kan videredelegere enkelte stabile indsatser ved en kompleks patient til SSA. I disse tilfælde varetager sygeplejen opfølgning og dokumentationen heraf, mens SSA dokumenterer afvigelser fra det forventede/planlagte i en observation, som skal danne relation med den aktuelle tilstand. Efter udførelse af sundhedslovsindsatser kvitteres for udførelsen i KMD Nexus.</p>

Uddybelse af elementerne i den elektroniske patientjournal	Opgave til opfølgning på tilstande (Myndighedsopfølgning): SUL: Sygeplejen opretter opgave og varetager (myndigheds)opfølgning på Helbredstilstande
	Indsatser: Enhver indsats, jf. Servicelovens - og Sundhedslovens indsatskatalog, skal oprettes og danne relation med den Tilstand, som danner grundlag for behovet for hjælpen.
	Indsatsmål: Den faggruppe som varetager indsatsen, opretter og opdaterer ”Indsatsmål”.
	Handlingsanvisning: Den faggruppe, som varetager indsatsen, opretter og opdaterer ”Handlingsanvisning”.
	Døgnrytmeplan: Det pædagogiske personale er ansvarlig for at udfylde og opdatere ”Døgnrytmeplanen”.
	Opgave til opfølgning på indsatsen (Leverandøropfølgning): Den faggruppe, som varetager indsatsen, opretter ”Opgave” til opfølgning på indsatsen og varetager opfølgningen på indsatsen. SUL: Sygeplejen opretter og varetager (leverandør)opfølgning på de indsatser, som varetages af sygeplejen. SSA opretter og varetager (leverandør)opfølgning på de indsatser, som varetages af - eller er overdraget til SSA.
	Observation: Alle faggrupper opretter en ”Observation”, når de skal dokumentere afvigelser fra det forventede eller planlagte, når noget ses an eller når der skal laves opfølgning på en ny indsats. I observationen laves en faglig dokumentation jf. Rebild Kommunes dokumentations praksis på afvigelsen eller opfølgningen.
	Besøgsnotat: Alle faggrupper opretter et ”besøgsnotat”, når der skal videregives oplysninger om ændringer ift. besøgets planlægning eller afvikling.
	Målinger: Den der har udført målingen, dokumenterer værdierne i det aktuelle område i ”Målinger”.
	Medicin: <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation af patientens aktuelle medicin forefindes i FMK. • Ligeledes ses bestillinger, historik samt udlevering af PN-medicin. • Den der udleverer PN medicin, skal sikre, at der bliver lavet opfølgning på virkningen.
	Generelle oplysninger: ”Generelle oplysninger” udfyldes og opdateres af alle medarbejdere, der kommer i besiddelse af oplysninger af generel værdi.
	Generelle oplysninger -Helbredsoplysninger: Når sygeplejen har lavet sygeplejefaglig udredning, skal de dokumentere følgende i Generelle oplysninger -> Helbredsoplysninger: <ul style="list-style-type: none"> • Hvis patienten ikke ønsker at deltage i sygeplejefaglig udredning • Generelt samtykke - samtykke til indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger <ul style="list-style-type: none"> ○ Det skal dokumenteres, hvis borger ikke ønsker deling af oplysninger eller kun ønsker at dele med bestemte personer/afdelinger osv • Hvem der kan give stedfortrædende samtykke ved behov • Aktuelle og potentielle sygdomme og handicaps.

Kategori: Instruks

Ansvarligt center: Center Familie og Handicap

Ansvarlig leder: Leder af Boformen Søparken

Opdateret: 19.02.2022 (ISLSV)

Version: 7

Skal opdateres igen: Ved behov og mindst én gang årligt



Efter der er lavet sygeplejefaglig udredning, er det den faggruppe, som varetager indsatsen vedr. en sygdom eller et handicap, der er ansvarlig for at opdatere i Helbredsoplysningerne, hvis der sker ændringer ift. den enkelte sygdom eller handicap.

Dokumentationen **skal** være kort og konkret og i pindform, da oplysningerne bruges som et hurtigt overblik over beboerens aktuelle og potentielle sygdomme og handicaps.

For at sikre opdateringen af Helbredsoplysningerne oprettes en opgave til opfølgning på indsatsen (fx medicindispensering), til når en tidsbestemt behandling (fx behandling mod UVI) slutter.

OBS – husk at skrive i feltet "beskrivelse" i opgaven, at helbredsoplysninger skal opdateres.