

Instruks for sygeplejefaglig journalføring jf. Sundhedsloven og for dokumentation jf. Serviceloven

Gældende for alle ansatte i Sygeplejen, Hjemmeplejen og på Ældrecentre i Center Pleje og Omsorg samt alle ansatte i Biformen 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 <p>Intentionen med dokumentation jf. Serviceloven er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At sikre, at borgerne får den hjælp, de har ret til og krav på ud fra kommunens serviceniveau, som udspringer af dét, der er fastlagt i Kvalitetsstandarten • At omsætte bevillinger til konkrete handlinger, - måden hvorpå og hvordan indsatserne skal iværksættes • At dokumentere afvigelser fra det forventede/planlagte samt opmærksomhedspunkter indenfor trivsel, aktivitet, behandling, grundlæggende pleje, omsorg og praktisk hjælp • Dokumentation danner ligeledes grundlag for Ældretilsynet og det kommunale tilsyn fra BDO • Dokumentation anvendes ved behandling af klage- og erstatningssager |
| Ledelsens ansvar Fortsætter på næste side | <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. |

| | |
|--|---|
| <p>Ledelsens ansvar Fortsat</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 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> |
| <p>Hvem er forpligtet til at journalføre og/eller dokumentere</p> | <p>Autoriserede sundhedspersoner:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enhver autoriseret sundhedsperson der foretager behandling, dvs. sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje og sundhedsfaglig forebyggelse samt sundhedsfremme, har journalføringspligt. <p>Ikke-autoriserede medarbejdere (Social- og sundhedshjælpere, pædagoger og ufaglærte medarbejdere):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har journalføringspligt ved udførelse af videredelegerede sundhedslovsindsatser <p>Derudover er følgende besluttet i Center Pleje og Omsorg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ikke-autoriserede medarbejdere skal dokumentere i handlingsanvisning, døgnrytmeplan, 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 <p>Sygeplejen (Alle sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter ansat i Sygeplejen og Sygeplejens Akut- og Rehabiliteringstilbud): Sygeplejens ledelse er overordnet ansvarlig for journalføringen i den elektroniske patientjournal.</p> <p>Hjemmeplejen (Social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, elever og ufaglærte medarbejdere): Hjemmeplejeleder er overordnet ansvarlig for journalføringen og dokumentationen i den elektroniske patientjournal.</p> <p>Ældrecenter (Social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, elever og ufaglærte medarbejdere): Ældrecenterleder er overordnet ansvarlig for journalføringen og dokumentationen i den elektroniske patientjournal.</p> <p>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.</p> |
| <p>Tavshedspligt</p> | <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. Sundhedsloven, kapitel 9:</p> <p>§ 40. En patient har krav på, at sundhedspersoner iagttager tavshed om, hvad de under udøvelsen af deres erhverv erfarer eller får formodning om angående helbredsforhold og andre fortrolige oplysninger, jf. dog reglerne i denne lov.</p> <p>§ 41. Med patientens samtykke kan sundhedspersoner videregive oplysninger til andre sundhedspersoner om patientens helbredsforhold og andre fortrolige oplysninger i forbindelse med behandling af patienten eller behandling af andre patienter.</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> |
| <p>Hvad skal dokumenteres i den elektroniske patientjournal</p> | <p>Journalføring jf. Sundhedsloven:</p> <p>Den elektroniske patientjournal skal indeholde oplysninger om patientens tilstand, undersøgelser og udført behandling og sygepleje, forebyggelse og sundhedsfremme, samt handlingsanvisning med beskrivelse af udførelse af indsatsen.</p> <p>På rehabiliterende – og midlertidige indsatser, skal der ligeledes laves indsatsmål og dato for opfølgning på indsatsen.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Hvad skal dokumenteres i den elektroniske patientjournal</p> | <p>Patientens samtykke, hvilken information der er givet og hvad patienten har tilkendegivet samt dennes vurdering, forventninger og mål, skal også fremkomme.</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 sygeplejeprocessen med:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificer og analyser behov for pleje og behandling • Mål med indsatsen (Laves på rehabiliterende – og midlertidige indsatser) • Udfør og beskriv pleje og behandling • Evaluering af indsatsen/opfølgning (Dato for opfølgning laves på rehabiliterende – og midlertidige indsatser) <p>Journalføringen i KMD Nexus jf. Sundhedsloven udføres i:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Henvendelses-/henvisningsskema • Samlet faglig vurdering • Helbredstilstande • Handlingsanvisninger • Div. målinger • Helbredsoplysninger, - som ligger i Generelle oplysninger • Generelle oplysninger • Observationer • Triagering <p>Dokumentation jf. Serviceloven:</p> <p>Dokumentationen i KMD Nexus jf. Serviceloven omhandler:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation for udførte handlinger • Behov for ændringer af handlinger • Når noget fraviger det planlagte/forventede i forhold til trivsel, aktivitet, døgnrytme, behandling, grundlæggende pleje og omsorg • Dokumentation af borgerens livshistorie <p>Dokumentation i KMD Nexus jf. Serviceloven udføres i:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funktionsevnetilstande • Handlingsanvisninger • Døgnrytmeplaner • Triage • Generelle oplysninger • Observationer • Besøgsnotater • Div. skemaer |
| <p>Aftaler om indhentning af samtykke samt indhentning og videregivelse af oplysninger Fortsætter på næste side</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 værgе ved indhentning af informeret samtykke til behandling, og hvad har patienten, de pårørende eller værgen tilkendegivet.</p> <p>Dokumenteres i aktuelle Helbredstilstand nederst i feltet Beskrivelse.</p> <p>Jf. LBK nr 1011 af 17/06/2023; Bekendtgørelse af Sundhedsloven, kapitel 5 § 15:</p> <p><i>Patienters medinddragelse i beslutninger</i></p> <p><i>Informeret samtykke</i></p> <p>§ 15. Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov eller af §§ 17-19.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stk. 2. Patienten kan på ethvert tidspunkt tilbagekalde sit samtykke efter stk. 1. • Stk. 3. Ved informeret samtykke forstås i denne lov et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side, jf. § 16. |

Aftaler om indhentning af samtykke samt indhentning og videregivelse af oplysninger
Fortsætter på næste side

- Stk. 4. Et informeret samtykke efter afsnit III kan være skriftligt, mundtligt eller efter omstændighederne stiltiende.
- Stk. 5. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om samtykkets form og indhold.

Stiltiende samtykke:

Hvis der ikke er nogen tvivl om, at patienten samtykker til en del af et behandlingsforløb, kan samtykket være stiltiende.

Dette skal alene journalføres, hvis der er øvrige omstændigheder, som gør, at der er behov for at journalføre det.

Eksempel på stiltiende samtykke:

- En patient med et nyt sår accepterer stiltiende, at der laves sårbehandling.

Samtykke til indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger:

Jf. BEK nr 359 af 04/04/2019; Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v., Kapitel 2 §8:

Samtykke til videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv.

- § 8. Et samtykke til videregivelse og indhentning af oplysninger om patientens helbredsforhold og andre fortrolige oplysninger skal være afgivet af en patient, der er fyldt 15 år. Patienten skal være i stand til at overskue konsekvenserne af sine handlinger.
- Stk. 3. Kan en patient ikke selv varetage sine interesser, indtræder den eller de personer, som efter lovgivningen er bemyndiget hertil, i patientens rettigheder efter loven i det omfang, dette er nødvendigt for at varetage patientens interesser i den pågældende situation.

Hvilken mundtlig og eventuel skriftlig information, der er givet til patienten, de pårørende eller en væрге ifm. indhentning af samtykke til indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger m.v og hvad patienten, de pårørende eller værgen, på denne baggrund, har tilkendegivet, dokumenteres i Generelle oplysninger -> Helbredsoplysninger

Fravalg af samtykke til indhentning eller videregivelse af helbredsoplysninger:

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.

Patienten skal altid oplyses om, at der vil ske videregivelse af informationer til andre sundhedspersoner, hvis patienten indlægges på hospitalet.

Fravalget dokumenteres i Generelle oplysninger -> Helbredsoplysninger

Samtykke til videregivelse i forbindelse med behandling:

Jf. BEK nr 359 af 04/04/2019; Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v., Kapitel 2 § 9:

- § 9. Samtykke til videregivelse i forbindelse med behandling, jf. sundhedslovens § 41, stk. 1, skal gives i forbindelse med det aktuelle behov for videregivelse.
- Stk. 2. Samtykket skal gives til den sundhedsperson, der videregiver oplysninger eller til den sundhedsperson, der modtager oplysninger.

Eksempel på videregivelse ifm. behandling:

- Egen læge kontaktes ifm. en behandling og der siges i telefonen eller skrives i MedCom korrespondancen, at kontakten er efter aftale med patienten.

Stedfortrædende samtykke:

Jf. LBK nr 1011 af 17/06/2023; Bekendtgørelse af Sundhedsloven, kapitel 5 § 18:

Patienter, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke

- § 18. For en patient, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, kan de nærmeste pårørende give informeret samtykke til behandling og generelt informeret samtykke til mindre behandlinger. I de tilfælde, hvor patienten er under værgemål, der omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, jf. værgemålslovens § 5, kan informeret samtykke efter 1. pkt. gives af værgen. I de tilfælde, hvor en patient har afgivet en fremtidsfuldmagt, der omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, kan informeret samtykke efter 1. pkt. gives af fremtidsfuldmægtigen, i det omfang fremtidsfuldmagten bemyndiger fremtidsfuldmægtigen dertil.

Navnet på den person som patienten tilkendegiver må give stedfortrædende samtykke ved behov, dokumenteres i Generelle oplysninger -> Helbredsoplysninger

| | |
|---|--|
| <p>Aftaler om indhentning af samtykke samt indhentning og videregivelse af oplysninger Fortsat</p> | <p>Retten til ikke at vide: Jf. BEK nr 359 af 04/04/2019; Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v., Kapitel 1 § 6: <i>Retten til ikke at vide</i> § 6. Patienten har ret til at frabede sig information om sin aktuelle helbreds- og behandlingssituation og om sygdomme, der kan bryde ud senere i livet, jf. § 4, stk. 1 og 2. Hvis patienten har frabedt sig information helt eller delvist, dokumenteres i Generelle oplysninger -> Helbredsoplysninger</p> <p>Når en anden sundhedsperson (navn og titel) har givet tilslutning til en behandling: Jf. LBK nr 1011 af 17/06/2023; Bekendtgørelse af Sundhedsloven, kapitel 5 § 18:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stk. 2. Har en patient, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, ingen nærmeste pårørende, værge, eller fremtidsfuldmægtig, der kan repræsentere patienten i personlige forhold, herunder helbredsforhold kan sundhedspersonen gennemføre en påtænkt behandling, hvis en anden sundhedsperson, der har faglig indsigt på området, og som ikke tidligere har deltaget i eller skal deltage i behandlingen af den pågældende patient, giver sin tilslutning hertil. • Stk. 3. I de tilfælde, der er omfattet af stk. 2, kan sundhedspersonen dog uden inddragelse af en anden sundhedsperson gennemføre en påtænkt behandling, hvis behandlingen er af mindre indgribende karakter med hensyn til omfang og varighed. <p>Når Styrelsen for Patientsikkerhed har givet tilslutning til en behandling: Jf. LBK nr 1011 af 17/06/2023; Bekendtgørelse af Sundhedsloven, kapitel 5 § 18:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stk. 4. Skønner sundhedspersonen, at de nærmeste pårørende, værger eller fremtidsfuldmægtigen, jf. stk. 1, forvalter samtykket på en måde, der åbenbart vil skade patienten eller behandlingsresultatet, kan sundhedspersonen gennemføre behandlingen, såfremt Styrelsen for Patientsikkerhed giver sin tilslutning hertil. • Stk. 5. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om generelt informeret samtykke til mindre behandlinger, herunder om såvel samtykkets som informationens form og indhold. <p>Ved brug af en af ovenstående muligheder dokumenteres dette i en observation, som skal danne relation med den aktuelle helbredstilstand.</p> |
| <p>Hvornår og hvordan skal der dokumenteres – krav til indhold Fortsætter på næste side</p> | <p>Af hensyn til patientsikkerheden er korrekt dokumentation vigtig, jf. Sygeplejefaglig journalføring - Styrelsen for Patientsikkerhed (stps.dk)</p> <p>”En sundhedsfaglig opgave er først gjort færdig, når den er journalført” ”De 12 sygeplejefaglige problemområder er grundlaget for den sygeplejefaglige journalføring. 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) 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, gennemskueligt 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 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> <p>Journalføringen skal ske i forbindelse med patientkontakten. 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>Hvornår og hvordan skal der dokumenteres</p> <p>– krav til indhold</p> <p>Fortsat</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.</p> <p>Ønsker borgeren aktindsigt skal Myndighed kontaktes.</p> <p>Beskrivelser af personalets interne samarbejde og arbejdsgange hører ikke til i den elektroniske patientjournal.</p> <p>Medarbejderen er forpligtet til at orientere sig i hele patientjournalen, ved den borger/patient, hvor pågældende skal varetage pleje og/eller behandling.</p> |
| <p>Journalføring ifm. triageringsmøder, rådgivning og konferencer</p> | <p>Som udgangspunkt er det den sundhedsperson, der fremlægger problemstillingen, som er ansvarlig for at beslutningerne journalføres.</p> <p>Særsomt vejledning til Triageringsmøder er under udarbejdelse.</p> <p>Indtil denne foreligger, gøres som vanligt.</p> |
| <p>Journalføring ved teknisk nedbrud</p> | <p>Ved teknisk nedbrud, er det altid muligt at trække en køreliste, så de rette borgere får besøg.</p> <p>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.</p> <p>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 særsomt journalnotat, som snarest muligt overføres til den primære patientjournal</p> <p>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 været dokumenteret i journalen.</p> <p>Nærmeste leder sørger for, at informationerne snarest muligt overføres til patientjournalen.</p> |
| <p>Dokumentation af utilsigtede hændelser</p> | <p>Utilsigtede hændelser vedr. "Medicin ikke givet" og "Fald" skal dokumenteres på Samlerapporteringsskemaerne i egen enhed.</p> <p>Øvrige utilsigtede hændelser skal indberettes til Styrelsen for Patientsikkerhed på https://stps.dk/da/laering/utisigtede-haendelser/</p> <p>Utilsigtede hændelser skal ligeledes beskrives i den elektroniske patientjournal, - dette for at sikre læring og forhindre at fejlen gentager sig.</p> |
| <p>Hvor længe skal journalføring/ dokumentation gemmes</p> | <p>Sygeplejefaglige optegnelser foretaget af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter skal opbevares i mindst 5 år, regnet fra tidspunktet for den senest foretagne optegnelse.</p> <p>Sygeplejefaglige optegnelser foretaget af uautoriseret sygeplejefagligt personale bør tilsvarende opbevares i mindst 5 år, regnet fra tidspunktet for den senest foretagne optegnelse.</p> <p>Dokumentationsskemaer, anvendt i borgerens hjem, skal ikke gemmes, når fx eventuelle værdier er ført ind i Nexus målinger, fx væskeindtag på døgnbasis.</p> <p>Ligeledes skal dokumentationsskemaer fx stikkeskemaer/ plasterpåsætningsskemaer ikke gemmes, da der er kvitteret for udførelsen af opgaven med egne initialer i Nexus.</p> <p>Skemaerne skal makuleres efter endt brug.</p> <p>Øvrige bilag scannes ind og lægges i patientens journal i Nexus.</p> |
| <p>Lovgrundlag</p> | <p>LBK nr. 122 af 24/01/2023; Autorisationsloven. Autorisationsloven (retsinformation.dk)</p> <p>Kapitel 6 § 21-25 om autoriserede sundhedspersoners journalføringspligt.</p> <p>LBK nr 1011 af 17/06/2023; Bekendtgørelse af Sundhedsloven. Sundhedsloven (retsinformation.dk)</p> <p>BEK nr 1225 af 08/06/2021; Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler Journalføringsbekendtgørelsen (retsinformation.dk)</p> |

BEK nr 359 af 04/04/2019; **Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v.** [Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v. \(retsinformation.dk\)](#)
 VEJ nr 9521 af 01/07/2021 **"Vejledning om sygeplejefaglige journalføring"** [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\) \(retsinformation.dk\)](#)

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:

- Stamdata
- Henvendelses-/henvisningsskema (Oprettes ved hver henvendelse på en ny indsats)
- Samlet faglig vurdering (Anvendes når der skal gives tilsagn eller afslag på en ydelse)
- Tilstande (Helbreds- og funktionsevnetilstande)
- Patientens/borgerens vurdering og mål (Udfyldes sammen med borgeren/patienten)
- Myndighedsopfølgning på bevilget ydelser/indsatser (min. X 1 årligt)
- Indsatser (Oprettes af myndighed)
- Indsatsmål på rehabiliterende – og midlertidige ydelser/indsatser
 - På SEL-ydelser oprettes målet ud fra VARMT modellen
 - På SUL indsatser oprettes målet ud fra SMARTE modellen
- Handlingsanvisninger/døgnrytmeplan (Tænk rehabiliterende)
- Opfølgning på indsatsen på rehabiliterende – og midlertidige ydelser/indsatser
- 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 eller ved planlagt opfølgning på en tilstand/indsats)
- Besøgsnotater (Når noget har betydning for et besøgs planlægning eller afvikling)
- Diverse skemaer

Stamdata og Henvendelses-/Henvisningsskema:

SUL: Udfyldes af Sygeplejekoordinator eller den sygeplejerske, som modtager henvendelsen.

SEL: Udfyldes af Visitator eller Ældrecenter leder

Samlet faglig vurdering:

SUL: Anvendes i Akut- og Rehabiliteringstilbuddet.

Anvendes til registrering af, om der er givet afslag eller tilsagn ift. indlæggelse på stedet og udfyldes af den sygeplejerske, der modtager henvendelsen.

SEL: Anvendes i Borgervisitationen.

Anvendes til registrering af, om der er givet afslag eller tilsagn til den/de indsatser der er ansøgt om og udfyldes af visitator.

SUL - Helbredstilstande:

Sygeplejen skal lave en sygeplejefaglig udredning, som er en faglig vurdering af patientens helbredstilstand ud fra de 12 sygeplejefaglige problemområder.

Dette gøres når:

- Patienten henvises til indsatser jf. Sundhedsloven,
- Der sker ændringer i patientens aktuelle tilstand,
- Patienten udskrives fra sygehuset
- En borger flytter ind på et ældrecenter.

På baggrund heraf oprettes potentielle og aktive helbredstilstande og aktuelle indsatser jf. Indsatskatalog; Sundhedsloven.

Når der laves sygeplejefaglig udredning ved en ny patient, skal der tages stilling til alle helbredstilstandene, som skal gennem jf. nedenstående:

- **Aktive tilstande:** De tilstande, der er oprettet en indsats på

Uddybelse af elementerne i den elektroniske patientjournal

- **Potentielle tilstande:** De tilstande, der skal være opmærksomhed på
- **Ikke relevante tilstande:** De tilstande, hvor der ikke er noget indenfor problemområdet.
- **Inaktive tilstande:** anvendes når:
 - Patienten ophører med at modtage SUL indsatser fra kommunen
 - Patienten flytter til en anden kommune
 - Patienten er død

SEL- Funktionsevnetilstande:

Visitor 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.

Dette gøres når:

- Borgeren henvises til indsatser jf. Serviceloven,
- Der sker ændringer i borgerens aktuelle tilstand,
- borgeren udskrives fra sygehuset
- En borger flytter ind på et ældrecenter.

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.

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.

Overdragelse af sundhedslovsindsatser til SSA dokumenteres i feltet ”Beskrivelse” i den aktuelle Tilstand.

Sker der en ændring i kompleksiteten af problemområderne kontakter SSA Sygeplejen mhp. at få lavet en ny sygeplejefaglig vurdering.

Vurderes patienten til at være kompleks, skal indsatserne samt dokumentationen heraf varetages af en sygeplejerske.

Sygeplejen kan videredelegere enkelte stabile indsatser ved en kompleks patient til SSA.

I disse tilfælde varetages indsatsen i et samarbejde mellem sygeplejen og SSA.

Sygeplejen er ansvarlig for 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.

Myndighedsopfølgning på bevilget ydelser/indsatser:

SUL: Sygeplejen opretter opgave til - og varetager myndighedsopfølgning på bevilget SUL indsatser

SEL: Visitor eller ældrecenterleder opretter opgave til - og varetager myndighedsopfølgning på bevilget SEL-ydelser.

Indsatser:

Enhver indsats, jf. Servicelovens - og Sundhedslovens indsatskatalog, skal oprettes og danne relation med den tilstand, som er grundlag for behovet for hjælpen.

Indsatsmål på rehabiliterende -og midlertidige ydelser og indsatser:

Den faggruppe som varetager indsatsen, opretter og opdaterer Indsatsmålet

Handlingsanvisning:

Den faggruppe, som varetager indsatsen, opretter og opdaterer ”Handlingsanvisning”.

Døgnrytmeplan – anvendes på ældrecentrene:

SSH og SSA er ansvarlige for at udfylde og opdatere ”Døgnrytmeplanen”.

Opgave til opfølgning på rehabiliterende – og midlertidige ydelser/indsatser

Den faggruppe, som varetager indsatsen, er ansvarlig for at udføre opfølgningen på indsatsen samt for at dokumenterer dato og frekvens for opfølgning på indsatsen i handlingsanvisningen, nederst i feltet Medarbejders indsats.

For sårbehandling gælder, at der skal laves opfølgning min. X 1 ugentligt – derudover bruges det faglige skøn ift. frekvens for opfølgning.

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.

| | |
|---|--|
| Uddybelse af elementerne i den elektroniske patientjournal | <p>I observationen laves en faglig dokumentation på afvigelsen eller opfølgningen jf. Rebild Kommunes dokumentations praksis.</p> <p>Sygeplejersker og SSA opretter en observation på den tilstand, som observationen handler om. SSH og ufaglærte medarbejdere opretter en observation uden relation til en tilstand.</p> |
| | <p>Besøgsnotat: Alle faggrupper opretter et besøgsnotat, når der skal videregives oplysninger om ændringer ift. et besøgs planlægning eller afvikling.</p> |
| | <p>Målinger:</p> <p>Aktuelle målinger skal være aktive og dermed synlige i patientens journal. Ikke aktuelle målinger, skal være inaktive og dermed ikke være synlige i patientens journal. Den der har udført målingen, dokumenterer værdierne i det aktuelle område i ”Målinger”.</p> |
| | <p>Medicin:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dokumentation af patientens aktuelle medicin forefindes i FMK.• Præparatnavne må kun stå i FMK og dermed ikke andre steder i patientens journal.• Ligeledes ses bestillinger, historik samt udlevering af PN-medicin.• Den der udleverer PN medicin, skal sikre, at der bliver lavet opfølgning på virkningen. |
| | <p>Generelle oplysninger:</p> <p>”Generelle oplysninger” udfyldes og opdateres af alle medarbejdere, der kommer i besiddelse af oplysninger af generel værdi.</p> |
| | <p>Generelle oplysninger -> Helbredsoplysninger:</p> <p>Når sygeplejen har lavet sygeplejefaglig udredning, skal følgende dokumenteres i nævnt rækkefølge i Generelle oplysninger -> Helbredsoplysninger:</p> <ul style="list-style-type: none">• Borgers habilitet• 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.<ul style="list-style-type: none">▪ Obs at oplyse om, at der ved indlæggelse på sygehuset kommer oplysninger fra funktionsevne- og helbredstilstande med i indlæggelsesrapporten.• Hvem der kan give stedfortrædende samtykke ved behov• Aktuelle og potentielle sygdomme og handicaps (der skal INTET stå om medicin/behandling, behandlingsansvarlig læge osv.). |
| | <p>Løbende opdatering af Generelle oplysninger -> Helbredsoplysninger:</p> <p>Efter der er lavet sygeplejefaglig udredning og ovenstående er dokumenteret af sygeplejen, 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/handicap.</p> <p>Dokumentationen skal være kort og konkret og i pindform, da oplysningerne bruges som et hurtigt overblik over patientens aktuelle og potentielle sygdomme og handicaps.</p> <p>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.</p> <p>OBS – husk at skrive i feltet ”beskrivelse” i opgaven, at helbredsoplysninger skal opdateres.</p> |
| <p>Triagering:</p> <p>”Ændringsskema” oprettes senest en uge efter første kontakt med borger eller efter udskrivelse fra sygehuset. SSH og SSA har ansvaret for udfyldelse og opdatering af ”Ændringsskemaet”.</p> | |