

Sygeplejefaglig journalføring jf. Sundhedsloven og dokumentation jf. Serviceloven

Gældende for alle ansatte i Sygeplejen, Hjemmeplejen, Borgervisitationen og på Ældrecentre i Center Pleje og Omsorg samt alle ansatte i Boformen Søparken, Center Familie og Handicap.

Indhold

Formål med instruksen.....	3
Indledning	3
Formål	3
Hvorfor skal der journalføres/dokumenteres i den elektroniske patientjournal.....	3
Målet med journalføring af de sygeplejefaglige indsatser jf. Sundhedsloven	3
Ledelsens ansvar og forpligtelser ifm. journalføring	4
Sygeplejen	4
Hjemmeplejen	4
Ældrecenter	4
Boformen Søparken – Center Familie og Handicap	4
Børnecenter Himmerland – Center Familie og Handicap	4
Misbrugscentret – Center Sundhed, Kultur og Fritid	4
Privat leverandør	4
Hvem er forpligtet til at journalføre og/eller dokumentere	5
Autoriserede sundhedspersoner	5
Ikke-autoriserede medarbejdere (Social- og sundhedshjælpere og ufaglærte medarbejdere)	5
Hvad skal dokumenteres i den elektroniske patientjournal.....	5
Journalføring jf. Sundhedsloven:	5
Dokumentation jf. Serviceloven:	5
Tavshedspligt.....	6
Indhentning af samtykke samt indhentning og videregivelse af oplysninger.....	6
Lovgrundlag for informeret - og stiltiende samtykke	6
Informeret samtykke	6
Stiltiende samtykke	6
Lovgrundlag for generelt samtykke	6
Indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger	7
Fravalg af samtykke til indhentning eller videregivelse af helbredsoplysninger	7
Samtykke til videregivelse af oplysninger ifm. behandling	7
Stedfortrædende samtykke	7
Retten til ikke at vide	7
Når en anden sundhedsperson, med navn og titel, har givet tilslutning til en behandling	8
Når Styrelsen for Patientsikkerhed har givet tilslutning til en behandling	8
Hvornår og hvordan skal der dokumenteres – krav til indhold.....	8
Generelt	8
Sundhedsfaglig dokumentation	8
Journalføring ifm. triagering, rådgivning og konferencer	9

Journalføring ved teknisk nedbrud	9
Dokumentation af utilsigtede hændelser	9
Hvor længe skal journalføring gemmes	9
Lovgrundlag	9
Elementerne i den elektroniske patientjournal	10
Generelt	10
Stamdata og Henvendelses-/Henvisningsskema	10
Samlet faglig vurdering	10
Funktionsevnetilstande	10
Helbredstilstande	10
Helbredstilstande – overdragelse af indsatser	11
Indsatser	11
Myndighedsopfølgning på bevilget ydelser jf. Serviceloven og indsatser jf. Sundhedsloven	11
Handlingsanvisning/døgnrytmeplan på servicelovsydelser og handlingsanvisning på sundhedslovsindsatser	11
Indsatsmål på rehabiliterende og midlertidige ydelser/indsatser samt sårbehandling	11
Opfølgning på rehabiliterende – og midlertidige indsatser samt sårbehandling	12
Målinger	12
Generelle oplysninger	12
Generelle oplysninger – helbredsoplysninger	12
Observation	12
Triagering	12
Besøgsnotat	12
Medicin	12

Formål med instruksen

Indledning

Journalen er et vigtigt arbejdsredskab for alle ansatte i CPO.

Journalerne bidrager til borger/patientsikkerhed ved at skabe kontinuitet og indsigt i pleje-/ behandlingsforløbene, og de er afgørende for den faglige kommunikation i sundhedsvæsenet.

Den nye sygeplejefaglige 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.

Formål

Intentionen med instruksen er tydelighed i forhold til:

- 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

Målet med journalføring af de sygeplejefaglige indsatser jf. Sundhedsloven

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

Intentionen med dokumentation jf. Serviceloven er:

- 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
- Dokumentationen danner ligeledes grundlag for Ældretilsynet og det kommunale tilsyn fra BDO
- Dokumentationen anvendes ved behandling af klage- og erstatningssager

Ledelsens ansvar og forpligtelser ifm. journalføring

Lederne i Center Pleje og Omsorg og ved private leverandører er ansvarlige for, at deres medarbejdere har mulighed for at dokumentere/journalføre, de ydelser/indsatser, som de varetager hvilket bl.a. omfatter, at:

- De ansatte har adgang til at føre journal.
- De ansatte er oplært i at føre journal → introkursus efterfulgt af sidemandsoplæring af egne tovholdere samt div. materialer vedr. dokumentationspraksis på avis.rebild.dk.
- Det nødvendige udstyr til journalføring er til rådighed.
- De ansatte har tid til at føre journal.

Samt, at:

- Journalerne bliver opbevaret forsvarligt i den lovpligtige opbevaringsperiode.
- Journalen bliver givet videre, fx hvis behandlingsstedet ophører.

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.

Selve journalføringspligten ifm. varetagelse af sundhedslovsindsatser hviler på den enkelte medarbejder, som skal føre journal over de sundhedsfaglige indsatser medarbejderen udfører.

Sygeplejen

Sygeplejersker, sygeplejestuderende og social- og sundhedsassistenter ansat i Sygeplejen og Sygeplejens Akut- og Rehabiliteringstilbud:

Leder af Sygeplejen er overordnet ansvarlig for journalføringen i den elektroniske patientjournal.

Hjemmeplejen

Social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, elever og ufaglærte medarbejdere:

Hjemmeplejeleder er overordnet ansvarlig for journalføringen og dokumentationen i den elektroniske patientjournal.

Ældrecenter

Social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, elever og ufaglærte medarbejdere:

Ældrecenterleder er overordnet ansvarlig for journalføringen og dokumentationen i den elektroniske patientjournal.

Boformen Søparken – Center Familie og Handicap

Sygeplejersker (ansat i Boformen), social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, pædagoger og ufaglærte medarbejdere:

Leder af Boformen Søparken er overordnet ansvarlig for journalføringen i den elektroniske patientjournal.

Børnecenter Himmerland – Center Familie og Handicap

Social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, pædagoger og ufaglærte medarbejdere:

Leder af Børnecenter Himmerland er overordnet ansvarlig for journalføringen i den elektroniske journal (Sofus).

Sygeplejerske ansat i Sygeplejen, Center Pleje og Omsorg:

Sygeplejersken er ansvarlig for journalføring i den elektroniske patientjournal (Nexus) ift. de børn/unge, der har behov for sundhedslovsindsatser.

Leder af Sygeplejen i Center Pleje og Omsorg er overordnet ansvarlig for journalføringen i den elektroniske patientjournal (Nexus).

Misbrugscentret – Center Sundhed, Kultur og Fritid

Medarbejdere i Misbrugscentret:

Leder af Misbrugscentret er overordnet ansvarlig for journalføringen i den elektroniske patientjournal.

Privat leverandør

Social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere samt ufaglærte medarbejdere:

Leder af den Private leverandør er overordnet ansvarlig for journalføringen i den elektroniske patientjournal.



Hvem er forpligtet til at journalføre og/eller dokumentere

Autoriserede sundhedspersoner

Enhver autoriseret sundhedsperson der foretager behandling, dvs. sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje og sundhedsfaglig forebyggelse samt sundhedsfremme, har journalføringspligt.

Ikke-autoriserede medarbejdere (Social- og sundhedshjælpere og ufaglærte medarbejdere)

- Har journalføringspligt ved udførelse af videredelegerede sundhedslovsindsatser

Derudover er følgende besluttet i Center Pleje og Omsorg:

- Ikke-autoriserede medarbejdere skal dokumentere i funktionsevnetilstand, handlingsanvisning, døgnrytmeplan, generelle oplysninger, observation, besøgsnotat 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

Hvad skal dokumenteres i den elektroniske patientjournal

Journalføring jf. Sundhedsloven:

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.

På rehabiliterende – og midlertidige indsatser samt sårbehandling, skal der ligeledes laves indsatsmål og dato/frekvens for opfølgning på indsatsen.

Patientens samtykke, hvilken information der er givet og hvad patienten har tilkendegivet samt dennes vurdering, forventninger og mål, skal også fremkomme.

Journalen indeholder også fortrolige oplysninger og oplysninger om private forhold jf. **BEK nr 713 af 12/06/2024**"

Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (Journalføring, opbevaring, videregivelse, overdragelse m.v.)"; [Journalføringsbekendtgørelsen \(retsinformation.dk\)](https://retsinformation.dk):

- Stamdataoplysninger
- Konkrete patientkontakter f.eks. undersøgelsesvar og aftaler med patienten
- De 12 Sygeplejefaglige problemområder i form af Helbredstilstande.

Aktuelle identificerede problemområder og behov beskrives ud fra sygeplejeprocessen med:

- Identificer og analyser behov for pleje og behandling
- Mål med indsatsen (Laves på rehabiliterende – og midlertidige indsatser samt sårbehandling)
- Udfør og beskriv pleje og behandling
- Evaluering af indsatsen/opfølgning (Dato for opfølgning laves på rehabiliterende – og midlertidige indsatser samt sårbehandling)

Journalføringen i KMD Nexus jf. Sundhedsloven udføres i:

- Henvendelses-/henvisningsskema
- Samlet faglig vurdering
- Helbredstilstande
- Handlingsanvisninger
- Div. målinger
- Helbredsoplysninger - Generelle oplysninger
- Generelle oplysninger
- Observationer
- Triagering

Dokumentation jf. Serviceloven:

Dokumentationen i KMD Nexus jf. Serviceloven omhandler:

- Dokumentation for udførte handlinger
- Behov for ændringer af handlinger
- Når noget fraviger det planlagte/forventede i forhold til funktionsevnetilstande, trivsel, aktivitet, døgnrytme, behandling, grundlæggende pleje og omsorg
- Dokumentation af borgerens livshistorie

Dokumentation i KMD Nexus jf. Serviceloven udføres i:

- Funktionsevnetilstande
- Handlingsanvisninger
- Døgnrytmeplaner
- Triage
- Generelle oplysninger
- Observationer
- Besøgsnotater
- Div. skemaer

Tavshedspligt

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.

Jf. Sundhedsloven, kapitel 9:

§ 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.

§ 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.

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.

Indhentning af samtykke samt indhentning og videregivelse af oplysninger

Lovgrundlag for informeret - og stiltiende samtykke

Jf. LBK nr 247 af 12/03/2024; Bekendtgørelse af Sundhedsloven: [Sundhedsloven \(retsinformation.dk\)](https://www.retsinformation.dk), kapitel 5 § 15:

Patienters medinddragelse i beslutninger

§ 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.

- 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.
- 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.

Informeret samtykke

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 værgerne tilkendegivet.

Dokumenteres i aktuelle Helbredstilstand i feltet Beskrivelse.

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.

Lovgrundlag for generelt samtykke

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.: [Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v. \(retsinformation.dk\)](https://www.retsinformation.dk), 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.

Indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger

Den mundtlig - og evt. skriftlig information, der er givet til patienten, de pårørende eller en værge 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 samt at 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 af oplysninger ifm. 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.: [Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v. \(retsinformation.dk\)](#), 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 247 af 12/03/2024; Bekendtgørelse af Sundhedsloven: [Sundhedsloven \(retsinformation.dk\)](#), 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 øverst i Generelle oplysninger -> Helbredsoplysninger.

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.: [Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v. \(retsinformation.dk\)](#), Kapitel 1 § 6:

- **§ 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 dette øverst i Generelle oplysninger -> Helbredsoplysninger

Når en anden sundhedsperson, med navn og titel, har givet tilslutning til en behandling

Jf. LBK nr 247 af 12/03/2024; Bekendtgørelse af Sundhedsloven: [Sundhedsloven \(retsinformation.dk\)](#), kapitel 5 § 18:

- 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.

Når Styrelsen for Patientsikkerhed har givet tilslutning til en behandling

Jf. LBK nr 247 af 12/03/2024; Bekendtgørelse af Sundhedsloven: [Sundhedsloven \(retsinformation.dk\)](#), kapitel 5 § 18:

- 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.

Ved brug af en af ovenstående muligheder dokumenteres dette i en observation, som skal danne relation med den aktuelle helbredstilstand.

Hvornår og hvordan skal der dokumenteres – krav til indhold

Generelt

Journalen 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 borger/patient.

Indholdet skal være fagligt, gennemskueligt og systematisk og bundet op på en Tilstand (Helbreds- eller funktionsevnetilstand), så medarbejderne hurtigt kan få overblik og fremsøge relevante oplysninger om pleje- og sygeplejefaglige problemstillinger.

Man skal kun dokumentere dét, der fraviger det forventede eller planlagte samt ved planlagte opfølgninger.

Det vil sige, at man skal skrive det, som er nødvendigt for en god og sikker borger-/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 borger/patient, da alle omkring borger/patient nemmere kan danne sig et overblik over pleje-/behandlingsforløbet og -behovet.

Dokumentationen skal ske i forbindelse med borger/patient kontakten.

Hvis det ikke er muligt på grund af andre **akutte opgaver**, kan dokumentationen undtagelsesvist vente, men skal dog ske snarest muligt og under alle omstændigheder inden arbejdstids ophør.

Dokumentationen skal være entydig, systematisk, forståelig og overskuelig.

Dette af hensyn til sikker kommunikation både inden for egen faggruppe og for andre faggrupper, der skal bruge journalens oplysninger i deres pleje/behandling og af patient/borger.

Der skal anvendes et objektivt og fagligt sprog i dokumentationen.

Der må gerne bruge standardfraser i journalføringen, men de skal altid tilpasses den enkelte borger/patient og dennes pleje/behandling.

Medarbejderne skal gøre sig etiske overvejelser ift. deres dokumentation, da borger/patient har mulighed for aktindsigt.

Journalen er også et vigtigt informationsgrundlag for borger/patient, da den giver mulighed for indblik og inddragelse i egen pleje/behandling.

Ønsker borger/patient aktindsigt skal Myndighed kontaktes.

Beskrivelser af personalets interne samarbejde og arbejdsgange må ikke dokumenteres i journalen.

Sundhedsfaglig dokumentation

Af hensyn til patientsikkerheden er korrekt dokumentation vigtig, jf. [Sygeplejefaglig journalføring - Styrelsen for Patientsikkerhed \(stps.dk\)](#)

Helbredstilstande:

”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 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”.

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.

Journalføring ifm. triagering, rådgivning og konferencer

Som udgangspunkt er det den sundhedsperson, der fremlægger problemstillingen, som er ansvarlig for, at beslutningerne journalføres.

Se også Faglig vejledning: Triageringsmøder.

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 i den elektronisk patientjournal, kan det efter omstændighederne være tilstrækkeligt, at der laves et særskilt journalnotat, som snarest muligt overføres til den primære patientjournal.

Dokumentation af utilsigtede hændelser

Utilsigtede hændelser vedr. ”Medicin ikke givet” og ”Fald” skal dokumenteres på Samlerapporterings-skemaerne 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 en observation mhp. at sikre læring og forhindre gentagne fejl.

Hvor længe skal journalføring gemmes

Sygeplejefaglige optegnelser foretaget af sygeplejersker samt 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 men makuleres, når fx eventuelle værdier er ført ind i Nexus målinger, fx væskeindtag på døgnbasis.

Ligeledes skal dokumentationsskemaer fx stikkeskemaer/ plasterpåsetningsskemaer makuleres, 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

LBK nr. 122 af 24/01/2023; **Autorisationsloven:** [Autorisationsloven \(retsinformation.dk\)](https://retsinformation.dk/retsinfo/122-2023-1)

Kapitel 6 § 21-25 om autoriserede sundhedspersoners journalføringspligt.

Jf. LBK nr 247 af 12/03/2024; **Bekendtgørelse af Sundhedsloven:** [Sundhedsloven \(retsinformation.dk\)](https://retsinformation.dk/retsinfo/247-2024-1)

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.:** [Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v. \(retsinformation.dk\)](https://retsinformation.dk/retsinfo/359-2019-1)

BEK nr 713 af 12/06/2024” **Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (Journalføring, opbevaring, videregivelse, overdragelse m.v.)**”; [Journalføringsbekendtgørelsen \(retsinformation.dk\)](https://retsinformation.dk/retsinfo/713-2024-1):

[Sygeplejefaglig journalføring - Styrelsen for Patientsikkerhed \(stps.dk\)](https://stps.dk/da/laering/utilsigtede-haendelser/)

Elementerne i den elektroniske patientjournal

Generelt

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 samt sårbehandling
 - 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 samt sårbehandling
- Relevante målinger (De målinger som er aktuelle, skal være aktive)
- Generelle oplysninger (Udfyldes af alle der kommer i besiddelse af oplysninger af generel værdi)
- Generelle oplysninger - Helbredsoplysninger
- Observationer (Når noget fraviger det forventede eller planlagte vedr. borgers funktionsniveau eller helbred og ved planlagt opfølgning på en tilstand/indsats)
- Besøgsnotater (Når noget har betydning for et besøgs planlægning eller afvikling)
- Diverse skemaer

Stamdata og Henvendelses-/Henvisningsskema

Servicelov:

Oprettes af Visitator eller Ældrecenter leder

Sundhedslov:

Oprettes af Sygeplejekoordinator eller den sygeplejerske, som modtager henvendelsen.

Samlet faglig vurdering

Servicelov:

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.

Sundhedslov:

Anvendes i Akut- og Rehabiliteringstilbuddet.

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

Funktionsevnetilstande

Servicelov:

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; Servicelov og Indsatsstrappe; Servicelovn.

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

Sundhedslov:

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 samt aktuelle indsatser jf. Indsatskatalog; Sundhedsloven.

Når der laves sygeplejefaglig udredning ved en ny patient, skal der tages stilling til alle 12 sygeplejefaglige problemområder, som skal gennem jf. nedenstående:

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

På baggrund af udredningen opretter sygeplejerskerne relevante helbredstilstande og aktuelle indsatser jf. Indsatskatalog; Sundhedslov og Indsatstrappe; Sundhedslov.

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.

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 sygeplejerske og SSA.

Sygeplejersken 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.

Indsatser

Enhver indsats, jf. indsatskatalogerne på hhv. Service- og Sundhedslov skal oprettes og danne relation med den tilstand, som er grundlag for behovet for hjælpen.

Myndighedsopfølgning på bevilget ydelser jf. Serviceloven og indsatser jf. Sundhedsloven

Servicelov:

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

Sundhedslov:

Sygeplejersken opretter opgave til myndighedsopfølgning på bevilget SUL indsatser på patientens fødselsdag.

- I udekørende sygepleje varetages opfølgningen af sygepleje koordinator.
- På centre og i klinikker varetager sygeplejersken selv myndighedsopfølgningen.

Handlingsanvisning/døgnrytmeplan på servicelovsydelser og handlingsanvisning på sundhedslovsindsatser

Servicelov:

I hjemmeplejen anvendes handlingsanvisning ifm. servicelovsydelser og den faggruppe der varetager indsatsen, opretter og opdaterer dokumentationen i handlingsanvisningen og sikre at handlingsanvisningen inaktiveres, når den ikke længere er aktuel.

På ældrecentre anvendes døgnrytmeplan ifm. servicelovsydelser.

SSH og SSA opretter og opdaterer dokumentationen i døgnrytmeplanen.

Sundhedslov:

Den faggruppe som varetager indsatsen, opretter, opdaterer og inaktiverer Handlingsanvisningen.

Indsatsmål på rehabiliterende og midlertidige ydelser/indsatser samt sårbehandling

Den faggruppe som varetager indsatsen, laver et indsatsmål og dokumenterer det nederst i feltet ”Medarbejders indsats”

Opfølgning på rehabiliterende – og midlertidige indsatser samt sårbehandling

Den faggruppe der varetager indsatsen, er ansvarlig for at udføre opfølgningen på indsatsen samt for at dokumenterer dato og frekvens for opfølgning 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.

Målinger

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”.

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 følgende dokumenteres i nævnt rækkefølge og i punktform i Generelle oplysninger -> Helbredsoplysninger:

- Generelt samtykke - samtykke til indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger
 - Det skal dokumenteres, hvis borger ikke ønsker deling af oplysninger med behandlingsansvarlig læge
 - Obs at oplyse om, at der ved indlæggelse på sygehuset kommer oplysninger fra funktionsevne- og helbredstilstande med i indlæggelsesrapporten.
- Hvis borger ikke vurderes habil til at varetage egne sundhedsfaglige interesser, skal baggrunden for vurderingen kort beskrives samt hvem der kan give stedfortrædende samtykke og til hvilke behandlinger.
- Aktuelle og potentielle sygdomme og handicaps (der skal INTET stå om medicin/behandling, behandlingsansvarlig læge osv.).

Sundhedsfaglige medarbejdere skal lave løbende opdatering af Generelle oplysninger -> Helbredsoplysninger:

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.

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

For at sikre opdateringen af Helbredsoplysningerne ifm. fx opstart af behandling fx mod UVI, dokumenteres dette i Borgers aktuelle tilstand (Triage).

OBS – husk at skrive at helbredsoplysninger skal opdateres i feltet ”Hvilken/hvilke tilstande er årsag til ændring beskrivelse”.

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/tilstand.

I observationen laves en faglig dokumentation på afvigelsen eller opfølgningen jf. Rebild Kommunes dokumentations praksis.

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.

Triagering

”Ændringsskema” oprettes senest en uge efter første kontakt med borger, efter udskrivelse fra sygehuset og ifm. aktuelle/nye sygdomme.

SSH og SSA har ansvaret for udfyldelse og opdatering af ”Ændringsskemaet”.

Besøgsnotat

Besøgsnotat oprettes når der skal videregives oplysninger om ændringer ift. et besøgs planlægning eller afvikling.

Medicin

- Dokumentation af patientens aktuelle medicin forefindes i FMK.
- Præparatnavn må kun stå i FMK og dermed ikke andre steder i patientens journal.
- Ligeledes ses bestillinger, historik samt udlevering af PN-medicin i FMK.
- Den medarbejder der udleverer PN medicin, skal sikre, at der bliver lavet opfølgning på virkningen.