



**Samsø Kommune**

**Instruks for sundhedsfagligt dokumentation**

<b>Revisionshistorik</b>		
<b>Revideret</b>	<b>Side</b>	<b>Indhold</b>
04.10.2018	4	Tilføjet under samtykke: Det skal fremgå hvilke helbredstilstande, samtykket dækker
04.10.2018	7	Ændring i afsnittet Kvalitetssikring fra: Der skal foretages journalaudits på 2 tilfældigt udvalgte borgere aktive i Samsø Kommunes omsorgsjournal inden for hver af følgende afdelinger: Udekørende sygepleje, Udekørende hjemmepleje, Plejecenter Kildemosen, Samsø Bo- og Aktivitetscenter, Sundhedsafdelingen og Korttidspladser med det formål at sikre læring i forhold til korrekt dokumentation. Til Der skal foretages journalaudits på 2 tilfældigt udvalgte borgere aktive i Samsø Kommunes omsorgsjournal inden for hver af følgende afdelinger: Udekørende sygepleje, Udekørende hjemmepleje, Plejecenter Kildemosen og på 1 tilfældigt udvalgt borger i følgende afdelinger: Samsø Bo- og Aktivitetscenter, Sundhedsafdelingen og Korttidspladser med det formål at sikre læring i forhold til korrekt dokumentation
04.12.2018	4	Tilføjet under Samlet Faglig Vurdering: Bruges kun ved SEL
04.12.2018	4	Tilføjet under tilstande: Den sygeplejefaglige udredning opsummeres under "Generelle oplysninger Helhedsvurdering – Helbredsoplysninger" med angivelse af aktuelle problemområder og ikke-aktuelle helbredstilstande
04.12.2018	4	Sammenskrevet: Lægelig stillede diagnoser og sundhedsfagligt skøn om sygdommens art (dokumenteres under Generelle oplysninger – Helbredsoplysninger i punktform med angivelse af behandlingsansvarlig læge)
04.12.2018	5	Ved kontroller og aftaler tilføjet: Ved ingen aftalte kontroller angives dette

### **Målgruppe**

Alle medarbejdere ansat i Visitationen for hjemmepleje, Udekørende hjemmepleje, Plejecenter, Udekørende sygeplejersker, Korttidspladser, Sundhedsafdelingen samt medarbejdere som håndterer medicin i Samsø Bo- og Aktivitetscenter.

### **Formål**

At sikre en ensartet sundhedsfaglig dokumentation i Samsø Kommunes elektroniske omsorgsjournal således at den til enhver tid er i overensstemmelse med landets love og Sundhedsstyrelsens bekendtgørelser og vejledninger samt kommunens interne arbejdsgangsbeskrivelser og procedurer.

Dokumentationen skal sikre:

- Kontinuitet i pleje og behandling eller træning

- Kommunikation mellem samarbejdspartner
- Sammenhængende patient-/borgerforløb
- Patientsikkerheden
- Kvalitet
- Grundlag for information af patient-/borger

## **Baggrund**

Omsorgsjournalen skal danne grundlag for information om – samt pleje og behandling eller træning af patienten/borgeren

Dokumentation er lovpligtig for autoriserede sundhedsfaglige medarbejdere og skal:

- Vise den udførte pleje og behandling eller træning
- Fungere som det nødvendige interne kommunikationsmiddel mellem de medarbejdere, der deltager i pleje og behandlingen eller træning af patienten/borgeren
- Sikre kontinuitet i pleje og behandling og træning
- Danne grundlag for tilsyn
- Tjene som opbevaring af patient/borger relaterede data

Med udgangspunkt i dokumentationen skal der kunne redegøres for:

- Borgerens-/patientens almene tilstand
- Hvilke overvejelser, der er gjort
- Hvilke behov patienten/borgeren har inden for serviceloven
- Hvilke aktuelle og potentielle problemer patienten har inden for det sygeplejefaglige område
- Hvilken pleje og behandling eller træning, der er planlagt
- Hvilken pleje og behandling eller træning, der er udført
- Resultater af pleje og behandling eller træning

I forhold til pleje og sygdomsbehandling, undersøgelser og kontroller, planlagt og udført pleje, planlagt og udført træning, udførte test, lindring, information, forebyggelsestiltag, rehabilitering samt observation af patientens tilstand

## **Fremgangsmåde**

Der dokumenteres efter Fællessprog 111 (FS111) metoden i den elektroniske omsorgsjournal KMD Nexus med personlig login

*Følgende data skal være dokumenteret ved opstart af ny kontakt med en patient eller borger:*

- Navn, CPR-nr., folkeregisteradresse, evt. opholdsadresse
- Oplysninger om pårørende og hvordan vedkommende kan kontaktes
- Telefonnummer

- Oplysning om praktiserende læge eller behandlende sygehusafdeling/specialist (sundhedsfaglige kontakter)
- Relevant cave eller allergi med dato for opdatering. Hvis der ikke er nogen cave eller allergi angives dette
- Apotek
- Borgerstatus
- Henvendelse/henvisning fra med dato (herunder årsag til henvisning, beskrivelse af sygehistorie samt opfølgningsdato og kildeoplysninger)
- Oplysning om patienten har oprettet livstestamente eller ej
- Hvilken organisatorisk enhed patienten/borgeren er tilknyttet i kommunen
- Samtykke med angivelse af i hvilket omfang patienten/borgeren er i stand til at give et habilt samtykke til pleje og behandling, eller om disse interesser varetages helt eller delvist af pårørende/værge. Det skal fremgå hvem som evt. har samtykke på borgere-/patientens vegne. Det skal fremgå hvilke helbredstilstande, samtykket dækker.
- Oplysninger om hvilke oplysninger der er givet borger-/patient
- Helbredstilstande (kun ved § 138 (sygepleje) (Tidligere sygeplejefaglig udredning)) –  
 Det skal fremgå af dokumentationen, at der er taget stilling til om patienten har aktuelle eller potentielle problemer inden for de 12 sygeplejefaglige områder.  
 Ved problemer skal helbredstilstande gøres aktiv i forhold til et eller flere specifikke problemområder med:
  - præcisering af nuværende tilstand
  - forventet tilstand
  - fagligt notat
  - borgerens (patientens) vurdering af udførelse
 Potentielle problemer inden for en helbredstilstand præciseres ved angivelse af nuværende og forventede tilstandsniveau med fagligt notat  
 Den sygeplejefaglige udredning opsummeres under "Generelle oplysninger Helhedsvurdering – Helbredsoplysninger" med angivelse af aktuelle problemområder og ikke-aktuelle helbredstilstande
- Funktionsevnetilstande udredes i forhold til serviceloven og kun efter relevans. Der udredes på aktive behovsområder med nuværende tilstand, forventet tilstand, fagligt notat, borgerens vurdering af udførelse, betydning, forventninger og mål samt opfølgningsdato
- Samlet Faglig Vurdering indeholdende sags vurderingen der sammenholder resultaterne af udredningen og den øvrige sags oplysning. Bruges kun ved SEL
- Visiterede indsatser relateret til relevante tilstande og opfølgningsdato
- Indsatsmål
- Handlingsanvisninger

Alle ovenstående oplysninger skal løbende opdateres ved ændringer og min. halvårligt (dato for halvårlig opfølgning skal anføres på henvisningsskemaet)

*Følgende data skal, når relevant, dokumenteres ved opstart af ny kontakt med en patient eller borger:*

- Bruger tilknyttet som kontaktperson
- Medicinliste
- Lægelig stillede diagnoser og sundhedsfagligt skøn om sygdommens art (dokumenteres under Generelle oplysninger – Helbredsoplysninger i punktform med angivelse af behandlingsansvarlig læge)
- Kontroller og aftaler (Behandling/undersøgelse) herunder indikation for foretagen undersøgelse og resultat heraf. Ved ingen aftalte kontroller angives dette
- Smittefare
- TOBS
- Triage
- Fravalg af livsforlængende behandling
- Terminalerklæring
- Relevante udredningsskemaer
- Årsagstilstand

*Følgende skal dokumenteres på kørelisterne og skal kunne føres tilbage til udførende medarbejder:*

- Planlagte indsatser
- Indsatser efter Sundhedsloven § 138 skal dokumenteres som leveret (fx at der er givet medicin)
- Akutte besøg med angivelse af indsats

*Følgende data skal løbende dokumenteres efter behov:*

- Borgerstatus
- Stamdata
- Ændringer i tilstande
- Ændringer i indsatser
- Opdatering af indsatsmål
- Opdatering af faglige notater
- Opdatering af handlingsanvisninger
- Nødvendige observationer
- Relevante målinger
- Ændringer i medicinordinationer
- Indtrådte komplikationer og bivirkninger mv.
- Beskrivelse og vurdering af resultat
- Cave, allergi
- Information og undervisning af patient-/borger
- Forebyggelsestiltag
- Henvisninger til andre sundhedspersoner og resultater heraf

- Anvendelse af personlige alarm – eller pejlesystemer
- Magtanvendelseskemaer
- Generelle oplysninger (ikke lægeligstillede helbredsoplysninger, Mestring, Livshistorie mm)
- Bolig, APV og hjælpemidler
- Opgaver til andre fagpersoner
- Aftaler med patient-/borger, pårørende og/eller samarbejdsparter
- Samtykke
- Hvis borger-/patient har frabedt sig information helt eller delvist (retten til ikke at vide)
- Hvis der er videregivet eller indhentet oplysninger og herunder hvilken information, der er givet som grundlag for patientens/de pårørendes stillingtagen
- Om der er sket videregivelse eller indhentning af helbredsoplysninger uden samtykke
- Om der er givet aktindsigt, hvorunder hvilke oplysninger, der er udleveret og til hvem, det er sket herunder en evt. fuldmagt.

Al dokumentation skal kunne føres tilbage til en navngiven medarbejder. Dette sker ved at alle medarbejdere har et personligt login til omsorgsjournalen. Medarbejderne er selv ansvarlige for at der ikke sker misbrug af deres login.

#### Journalføringspligt

Omsorgsjournalen skal føres, når der som en del af opgaveløsningen foretages undersøgelse, pleje og behandling eller træning m.v. af patienter/borgere.

De sundhedsfaglige medarbejdere er ansvarlig for at dokumentere egne udførte opgaver samt dokumentere uddelegerede opgaver.

Omsorgsjournalen skal indeholde de oplysninger, der er nødvendige for en god og sikker behandling af patienten/borgeren. Oplysningerne skal journalføres så snart som muligt efter patient/borgerkontakten og senest inden vagtens ophør

*Følgende medarbejdere har journalføringspligt:*

- Sygeplejersker
- Terapeuter (ergo- og fysioterapeuter)
- Social og sundhedsassistenter

*Følgende medarbejdere har journalføringspligt ved uddelegerede ydelser efter sundhedsloven:*

- Social og sundhedshjælpere
- Medarbejdere ansat i Bofællesskabet

De sygeplejefaglige medarbejdere skal på baggrund af journalen kunne redegøre for patientens tilstande hvilke overvejelser, der er gjort, hvilken pleje og behandling, der er planlagt og udført samt resultatet deraf.

*Dokumentationen skal være:*

- På dansk
- Entydig
- Systematisk
- Forståelig, herunder også forkortelser
- Fremstå overskuelig af hensyn til kommunikation inden for egen faggruppe og andre

Hvis en oplysning ved en fejl er skrevet ind i journalen må der kun ske rettelse ved at skrive en tilføjelse med angivelse af hvem, som har skrevet det.

*I tilfælde af manglende adgang til den elektroniske patientjournal*

Se instruksen: Manglende adgang til den elektroniske patientjournal

### **Implementering**

Det er Afdelingsledernes ansvar i samarbejde med afdelingens superbrugere at sørge for at alle medarbejdere til enhver tid er bekendt med denne instruks og arbejder efter den. Det er også deres ansvar at nye medarbejdere snarest efter ansættelse modtager undervisning i Fællessprog 111 metoden samt relevant brug af den elektroniske omsorgsjournal KMD Nexus

### **Kvalitetssikring**

Det er Afdelingsledernes ansvar i samarbejde med afdelingens superbrugere løbende at sørge for opfølgning på kvaliteten af dokumentationen i KMD Nexus herunder at foretage halvårlige journalaudits.

Der skal foretages journalaudits på 2 tilfældigt udvalgte borgere aktive i Samsø Kommunes omsorgsjournal inden for hver af følgende afdelinger: Udekørende sygepleje, Udekørende hjemmepleje, Plejecenter Kildemosen og på 1 tilfældigt udvalgt borger i følgende afdelinger: Samsø Bo- og Aktivitetscenter, Sundhedsafdelingen og Korttidspladser med det formål at sikre læring i forhold til korrekt dokumentation.

### **Begrebsafklaring og forkortelser**

APV

Arbejds Plads Vurdering

Borger

Person, som modtager hjælp fra kommunen. Der skelnes ikke i den elektroniske omsorgsjournal om hjælpen er ud fra serviceloven (borger) eller sundhedsloven (patient). Begrebet "Borger" i den elektroniske omsorgsjournal dækker derfor både borgere og patienter

### Borgerstatus

Angiver om en borger modtager hjælp fra kommunen (borgerstatus=aktiv) er indlagt (borgerstatus=indlagt), på korttidsplads (borgerstatus = korttidsplads) mv

### Bruger

I den elektroniske omsorgsjournal er en bruger den medarbejder som deltager i pleje og behandling af borgeren/patienten

### FS111

Fællessprog 111. En national procesmodel for dokumentation i kommunernes omsorgsjournaler. Består af følgende moduler: Sags åbning, Sags oplysning, Afgørelse/Bestilling Planlægning, Udførelse/levering, Opfølgning

### Funktionsevnetilstand

Myndighed (=visitationen) skal i forhold til Serviceloven udrede borgerens behov inden for følgende funktionsevnetilstande: Egenomsorg, Mentale funktioner, Mobilitet, Praktiske opgaver, Samfundsliv

### Helbredstilstand

Sygeplejen skal i forhold til Sundhedsloven udrede om patienten har aktuelle eller potentielle problemer inden for følgende 12 områder: Bevægeapparat, Ernæring, Funktionsniveau, Hud og slimhinder, Kommunikation, Psykosociale forhold, Respiration og cirkulation, Seksualitet, Smerter og sanseindtryk, Søvn og hvile, Udskillelse af affaldsstoffer, Viden og udvikling  
Hvis der ikke er aktuelle eller potentielle problemer inden for en helbredstilstand skal dette også dokumenteres

### Indsatser

En samling af en eller flere ydelser der er rettet mod en bestemt modtager og et bestemt resultat

### KMD Nexus

Systemleverandør til kommunens elektroniske omsorgsjournal

### Omsorgsjournal

Optegnelser, som oplyser om en borgers/patients tilstand, den planlagte og udførte behandling m.v. herunder hvilken information, der er givet, og hvad patienten på den baggrund har tilkendegivet. Optegnelser, der i øvrigt indeholder oplysninger om rent private forhold og andre fortrolige oplysninger om patienten, er også en del af journalen

### Organisatorisk enhed



I omsorgsjournalen forstås den faggruppe medarbejderen er tilknyttet fx sygeplejen eller træning

### Sygeplejefaglige områder

Indgår som en del af den obligatoriske sygeplejefaglige udredning inden for følgende 12 områder: Bevægeapparat, Ernæring, Funktionsniveau, Hud og slimhinder, Kommunikation, Psykosociale forhold, Respiration og cirkulation, Seksualitet, Smerter og sanseindtryk, Søvn og hvile, Udskillelse af affaldsstoffer, Viden og udvikling

Disse 12 områder er indeholdt i udredningen af Helbredstilstande

### TOBS

Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom

### Ydelser

En aktivitet, der gives eller modtages

## **Referencer og links**

- Arbejdsgangsbeskrivelser FS111 KMD Nexus Samsø Kommune 2017 (undervisningsmateriale udleveret til alle kursister)
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.) Bek. nr. 1090 af 28. juli 2016
  - [www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=183578](http://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=183578)
- Kommunernes landsforening Fællessprog 111 metoden.
  - [www.fs3.nu](http://www.fs3.nu)
- Sundhedsfaglige instrukser og procedurer på kommunens hjemmeside
  - [www.samsøe.dk](http://www.samsøe.dk)
- Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, Vej. nr. 9019 af 15. januar 2013
  - [www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=144979](http://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=144979)
- Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. Vej nr.161 af 16. september 18
  - [www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=21076](http://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=21076)
- Vejledning om udfærdigelse af instrukser. Vej. 9001 af 20. november 2000
  - <https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=123932>

**Udarbejdet af**

Lise Beyer Gommesen  
Systemadministrator KMD Nexus og  
Risiko Manager  
Samsø Kommune

**Revideres**

Maj 2021

**Godkendt af**

Margrethe V. Thuesen  
Socialchef

**Ikrafttrædelse**

4.12.2018