



LANGELAND
KOMMUNE

Center for aktiv hele livet

Procedure vedr. Sygeplejefaglig dokumentation	
Procedure for personalet i Center for aktiv hele livet i Langeland Kommune	
Udarbejdet af: Arbejdsgruppe bestående af: Områdeledere: Marianne Larsen, Bodil Skriver, Mie Pedersen Grubeledere: Sanne Larsen, Pia Clausen, Anita Olsen Afd. Spl.: Marianne Allen, Birgit Jakobsen	
Ansvarlig: De daglige ledere.	
Gældende fra: 15.maj 2007	
Sidst revideret Juli 2018	Revideret af: Helle Holm, Hanne Albertsen

1. Formål	side 1
2. Hvad skal dokumenteres i journalen?	side 1
3. Journalføring	side 2
4. It- systemet er midlertidigt ude af drift	side 3
5. Information og samtykke	side 3
6. Adgang til – og opbevaring af journalen	side 4
7. Døgnrytmeplan	side 4
8. Den sundhedsfaglige udredning	side 4
9. Fejl og utilsigtede hændelser	side 5
10. Ansvar i forbindelse med sundhedsfaglig dokumentation	side 5

1. Formål

At sikre kontinuitet, sikkerhed og kvalitet i pleje og behandling af borgerne på plejecentrene og i hjemmeplejen.

At personalet kender deres opgaver og ansvar i forbindelse med den sygeplejefaglige dokumentation.

2. Hvad skal dokumenteres i journalen?

Stamoplysninger:

- Borgerens navn, personnummer, bopæl/opholdsadresse og telefonnummer.
- Borgerens opstart dato/indflytningsdato.
- Oplysninger om borgerens pårørende.
- Oplysning om kontaktperson(er)

- Eksterne samarbejdspartnere, f.eks. sygehuset og egen læge.
- Særlige forhold, f.eks. allergi/cave.

Konkrete borgerkontakter

- Årsag til henvendelsen og evt. aktuel helbredssituation før kontakten
- Dato for henvendelsen (registreres automatisk i journal)
- Aktuelle diagnoser (sygdom og handicap)
- Nødvendig observation og oplysning om borgerens tilstand, herunder Sundhedsfaglig udredning.
- Indikation for foretagne undersøgelser samt resultatet heraf
- Planlagt indsats
- Udført pleje og behandling, forebyggelsestiltag, lindring, rehabilitering, observation (evt. billeddokumentation) mv. herunder observation af virkning og evt. bivirkning af given behandling med henblik på tilbagemelding til ordinerende læge.
- Beskrivelse og vurdering af resultat
- Information og undervisning af borgeren
- Ændringer i borgerens tilstand og deraf følgende revurdering af indsatsen
- Indtrådte komplikationer og bivirkninger mv.
- Henvisninger til andre sundhedspersoner og resultatet heraf
- Aftaler med borgeren, pårørende og eller samarbejdspartnere
- Fejl og utilsigtede hændelser

Nødvendige og tilstrækkelige helbredsoplysninger indhentes, med borgerens samtykke, hos egen læge.

Samarbejde med egen læge

Kroniske sygdomme dokumenteres i journalen. Der lægges en plan for behandlingen af borgeren og det aftales, hvilke kontroller og opgaver, der er medarbejdernes og hvilke der er lægens. Det kan f. eks. være at medarbejderne skal kontrollere: vægt, blodsukker og BT. Og læge kontrollerer røntgen af lungerne og blodprøver.

3. Journalføring

Optegnelserne skal være entydige, systematiske og forståelige. Der må gerne bruges fagsprog og almindelige kendte forkortelser. Der skrives i et sprog uden slang og i respekt for borgeren.

Alle dokumenteres i den elektroniske journal.

Journalføringen skal foregå løbende, og i umiddelbar tilknytning til planlægningen og udførelsen af den sygeplejefaglige pleje og behandling af borgeren.

Hvor det er relevant, noterer medarbejderen klokkeslæt for handlingen/hændelsen.

Det forventes selvfølgelig, at man er omhyggelig med notaterne i journalen, men der er stor tolerance, med både grammatik- og stavefejl.

Det er vigtigt, at der bliver dokumenteret i journalen, og man skal ikke afholde sig fra det, selvom man ikke skriver fejlfrit dansk.

Journalnotater/observationer

- Journalnotater/observationer er afvigelser i forhold til planlagt pleje og behandling
- Journalnotater skal være fyldestgørende og præcise.
- For at fremme overskueligheden skrives så vidt muligt i korte konkrete sætninger, der beskriver observationer, situation/problem, handlinger og evaluering.
- Journalen bruges ikke til interne beskeder, som f.eks. "Nu har I igen glemt" og der skal ikke stå f.eks. "hej" eller "kærlig hilsen". Ordentlighed bør være gennemgående i notaterne.

Rettelser og tilføjelser

Det skal være muligt at se, hvad der er lavet af rettelser og tilføjelser i journalen.

I den elektroniske journal er det tilladt at lave rettelser og tilføjelser, da det altid vil være muligt at se, af hvem og hvornår der er rettet, efter at et notat er godkendt første gang.

4. It- systemet er midlertidigt ude af drift

Hvis systemet er midlertidigt ude af drift skrives notaterne på papir, dag for dag, som skrives ind senere. Det er vigtigt at skrive opfølgingsdato frem, samt skrive besked på papir til grupperne. Medarbejderne kan også skrive notaterne i word, udskrive notatet og gemme det for senere, at lægge notatet ind i borgerens journal.

Hvis du endnu ikke har kode til systemet, skriver du også på papir og får en kollega eller sekretær til at skrive notaterne ind.

På alle journal-ark, hjælpe- og observationsskemaer mv., der udføres på papir, skal der være påført borgerens navn og personnummer, medarbejdersignatur og dato med årstal, samt ordinerende læge, således at der aldrig er tvivl om kontinuiteten i notaterne.

Rettelser og tilføjelser

På papir ark, må man rette ved at lave en enkel overstregning, så der stadig er helt tydeligt, hvad der har stået. Der må ikke anvendes sletteblæk eller andet, der skjuler eller fjerner den oprindelige tekst.

Tilføjelser signeres og dateres.

5. Information og samtykke

Det noteres i journalen:

- Når der er givet information til borgeren/ pårørende om helbredstilstand og givet eller tilbudt behandling.
- Hvis borgeren har frabedt sig information helt eller delvist.
- Når borgeren har givet samtykke til lægekontakt eller kontakt med andre samarbejdspartnere.
- Når borgeren har accepteret lægens ordinerede behandling.
- Når borgeren har givet samtykke til videregivelse af oplysninger til pårørende, læge, sygehus og andre behandlere.
- Når borgeren har bedt om aktindsigt, samt givet pårørende fuldmagt til aktindsigt.
- I akutte situationer, hvor det ikke er muligt at indhente samtykke, skal medarbejderne videregive de oplysninger, der er nødvendige for, at borgeren kan få den rette behandling.

(se procedure vedr. retssikkerhed)

6. Adgang til- og opbevaring af journalen

- Medarbejdere, der er inddraget i plejen af borgerne har adgang til journalen.
- Det er ikke tilladt at søge oplysning på borgere, hvor det ikke er begrundet i ens faglige ansvar eller opgaver.
- Brud på dette kan få ansættelsesmæssige konsekvenser, det er derfor vigtigt, at man ikke udlåner brugernavn og kode til andre kolleger.
- Dokumenter og skemaer på papir scannes ind i borgerens journal.

I borgerens bolig er der kopi af medicinkortet ved medicinen, kun til borgerens brug. På plejecentrene er døgnrytmeplan evt. behandlingsskema, medicindoseringskema og observationsskemaer opbevaret forsvarligt, således at uvedkommende ikke har adgang til skemaerne.

Den elektroniske del opbevares automatisk.

Behandlingsskemaer som bruges til at understøtte gennemførelsen af en ordineret behandling scannes ind i journal og lægges under dokumenter-udførende sygepleje

Alt papir, med personlige oplysninger, som kasseres, skal straks makuleres / lægges i rød spand med lås i de pågældende områder.

7. Døgnrytmeplan

- Den Lovpligtige døgnrytmeplan er en døgnrytmeplan over plejeopgaverne hos den enkelte borger. Døgnrytmeplanen skal sikre individuelle tilrettelæggelse af hjælpen hos borgeren, planen skal være fremadrettet og tage udgangspunkt i den enkeltes aktuelle ressourcer, behov og muligheder. Borgerens livshistorie, den sundhedsfaglige udredning, vaner og ønsker medinddrages i døgnrytmeplanen, dette gør også visitationens aftalte mål i hjemmeplejen.
- Udfyldes på plejecentrene snarest muligt og senest 14 dage efter borgeren er flyttet ind på centret.
- Udfyldes i hjemmeplejen ved komplekse borgere f.eks. terminale borgere. Når FSIII implementeres i hjemmeplejen udfyldes denne hos alle borgere.
- Ved ændringer i borgerens behov redigeres døgnrytmeplanen.
- På plejecentret udskrives den nye døgnrytmeplan og lægges hos borgeren. Den gamle døgnrytmeplan makuleres.
- I hjemmeplejen ses døgnrytmeplanen på telefonen.

8. Den sundhedsfaglige udredning

Som minimum skal der være taget stilling til og dokumenteret om borgeren har eller ikke har potentielle og aktuelle problemer inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder:

1. Funktionsniveau, f. eks. evne til at klare sig selv i det daglige liv. ADL
2. Bevægeapparat, f.eks. behov for træning, balance problemer og evt. faldtendens
3. Ernæring, f.eks. under- overvægt, spisevaner, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning
4. Hud og slimhinder, f.eks. forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andre væv- f.eks. muskler, hår og negle

5. Kommunikation, f.eks. evnen til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen.
6. Psykosociale forhold, f.eks. arbejdsevne, relationer til familien, ensomhed, livsstilsproblemer, misbrug og mestring.
7. Respiration og cirkulation, f. eks. luftvejsproblemer som åndenød, hoste, risiko for aspiration, legemstemperatur, blodtryk og puls
8. Seksualitet, f. eks. samlivsforstyrrelser som følge af sygdom
9. Smerter og sanseindtryk, f. eks. akutte eller kroniske smerter og ubehag, problemer med syn og hørelse
10. Søvn og hvile, f. eks. faktorer som hindrer søvn og hvile
11. Viden og udvikling, f. eks. behov for information eller undervisning, helbredsopfattelse, sygdomsindsigt og hukommelse
12. Udskillelse af affaldsstoffer, f. eks. inkontinens, obstipation eller diarré

Den sundhedsfaglige udredning udarbejdes snarest muligt og senest 14 dage efter borgeren er tilknyttet den kommunale sygepleje. Vurderingen revideres når der er væsentlige ændringer der har indflydelse på hele borgerens situation.

Ved revurderingen tages der udgangspunkt i den tidligere vurdering.

Aktuelle, identificerede, relevante behov og sygeplejefaglige problemområder beskrives med indsatsmål og handlingsanvisninger med hensyn til planlagt og udført pleje og behandling samt opnåede resultater.

9. Fejl og utilsigtede hændelser

Hvis der sker en fejl eller en utilsigtet hændelse, som fører til, at der bliver udført en forkert pleje eller behandling hos borgeren, skal det noteres i journalen på skema for utilsigtet hændelse.

Det skal noteres, hvad der er sket og hvilke konsekvenser og handlinger det har medført.

Desuden skal der stå hvem, der er underrettet. (beboer, pårørende, læge, ledelse)

Fejl og utilsigtede hændelser skal registreres i DPSD.

Se procedure Fejl og utilsigtede hændelser.

10. Ansvar i forbindelse med sygeplejefaglig dokumentation

På plejecentrene udarbejder kontaktpersonerne i fællesskab døgnrytmeplanen.

Den første sundhedsfaglige udredning udarbejdes af sygeplejersken i samarbejde med social og sundhedsassistenten. De efterfølgende sundhedsfaglige udredninger udarbejdes af social og sundhedsassistenterne. I komplekse situationer inddrages sygeplejersken.

Sygeplejerskerne/Assistenterne er ansvarlig for

- Fuldstændige og korrekte stamdata med oplysning om personlige data (fulde navn, adresse, cpr.nr.) pårørende, læge og allergier.
- At der er dokumenteret om borgeren er i stand til at varetage helbredsrelevante interesser.
- Indhentning, vurdering og dokumentering af borgerens sygdomme og handicap i forbindelse med opstart.
- At borgerens sygdomme, handicap og relevante sygeplejeproblemer defineres ud fra den sundhedsfaglige udredning og der udarbejdes indsatsmål og handlingsanvisninger, som tager højde for disse.

- At vigtige observationspunkter, der understøtter pleje og behandling, beskrives og formidles til det øvrige personale.
- At opfølgning og evaluering af sygeplejeproblemer dokumenteres i samarbejde med samarbejdspartner.
- At samtykke er dokumenteret om videregivelse af oplysninger.
- At samtykke om aktindsigt er dokumenteret, hvis dette er ansøgt.
- At sygeplejersken er inddraget i komplekse sygeplejefaglige problemstillinger.
- At medicinkortet altid er ajourført.

Alt plejepersonale er ansvarlig for at dokumentere

- Fuldstændige og korrekte stamdata med oplysning om personlige data (fulde navn, adresse, cpr.nr.) pårørende.
- Ændringer i beboerens tilstand og hvilke handlinger, det medfører.
- Observationer, der understøtter pleje og behandling.
- Afvigelser fra planlagt pleje og behandling, begrundelse og hvilken effekt det har. F.eks. at borgeren ikke har fået/taget sin medicin.
- Kontakt til læge og andre tværfaglige samarbejdspartnere med begrundelse, konklusion og handlinger.
- Samtaler med borger og pårørende, der har relevans for pleje- og behandlingsforløb f.eks. given information eller stillingtagen til pleje- og behandling.
- Andre henvendelser vedr. borgeren.
- Samtykke om videregivelse af oplysninger.
- Fejl/ utilsigtede hændelser i pleje og behandling, konsekvenser for borgeren og handlinger.

Andet personale på plejecenteret, f.eks. køkken-, aktivitets-personale og terapeuter, som tildeles konkrete opgaver i forhold til en borger, er selv ansvarlige for at dokumentere opfølgning og evaluering af disse i samarbejde med plejepersonalet. Det kan f.eks. være individuel kostvejledning eller målrettet træning.

Vikarer Se procedure vedrørende ansvar og kompetence for vikarer.

Den daglige leder er ansvarlig for:

- At arbejdet er tilrettelagt således, at en anden medarbejder påtager sig ansvaret i kontaktpersonens fravær, og at en assistent eller sygeplejerske, kan identificere og følge op på sygeplejeproblemer.
- At medarbejderne kender og anvender retningslinierne for dokumentation.
- At dokumentation på papir opbevares, så det ikke er tilgængeligt for uvedkommende.
- At der registreres utilsigtede hændelser (UTH), at der laves hændelses analyser, samt at ændre evt. arbejdsgange. Registreringen kan evt. uddelegeres til relevante oplærte medarbejdere.
- At informere chef for center for aktiv hele livet / Sundhedskoordinator hvis UTH har haft konsekvenser for borgeren. Der laves en generel opfølgning mindst 2 gange om året.

Chef for Center for aktiv hele livet/ sundhedskoordinator har det overordnede ansvar for:

- At den faglige dokumentation sikrer kontinuitet, sikkerhed og kvalitet i pleje og behandling
- At der er fyldestgørende retningslinier på området og at de er implementeret i medarbejdergrupperne.
- At de, sammen med de daglige ledere, følger op på fejl og utilsigtede hændelser, og at arbejdsgange evalueres og revideres for at forhindre gentagelser.

Revideres igen i 2020.