

4. INSTRUKS FOR SUNDHEDSFAGLIG DOKUMENTATION

4a. Helbredsoplysninger, de 12 sygeplejefaglige problemområder samt plejeplaner

Gældende for Botilbud CBFS

Langkærgård

Målgruppe:

Alt personale på botilbuddet uanset faglig baggrund. Gælder både fast personale og vikarer.

Udarbejdet af:

Sarah Egeris Groth & Helena Stella Larsen

Godkendt af daglig leder af botilbuddet:

Martin Hornemann

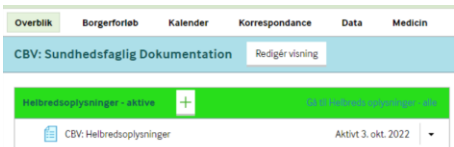
Godkendelsesdato/Gældende fra dato:

1. oktober 2023
1. januar 2025 (version 2, redigeret af Sarah Egeris Groth,
1. juli 2026 (version 3, redigeret af Sarah Egeris Groth)

Dato for næste revidering:

1. juli 2028

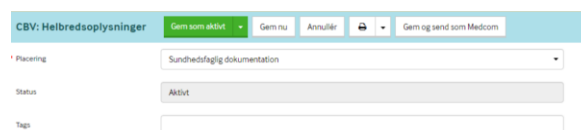
Anvendelsesområde	Instruksen beskriver personalets ansvar og brug af sundhedsfaglig dokumentation i den sundhedsfaglig journal som den tager sig ud i dokumentationssystemet KMD Nexus. Herunder forskelle i de forskellige personalers ansvar i relation til deres faglige uddannelse. Bilag 1 vedrører dokumentationsaudit.
Formål	• At personalet ved hvad, hvornår og hvordan der skal dokumenteres i Nexus i den sundhedsfaglige del af journalen der omfatter: "helbredsoplysninger", "de 12 sygeplejefaglige problemområder" og "plejeplaner" • At den sundhedsfaglige dokumentation lever op til krav om tilgængelighed, systematik og indhold som beskrevet i Sundhedsstyrelsens retningslinjer
Ansvar	Ledelsen • Sikre personalets kendskab til denne instruks • At sikre rammer, der gør det muligt for det sundhedsfaglige personale at lave journalaudit 1 gang i kvartalet Sundhedsfagligt personale • Har skriverettighed i Nexus til at udfærdige plejeplaner samt evaluere og følge op på planlagt pleje og behandling. Herunder ansvar for vurdering af om et sundhedsfagligt problem kan afsluttes • Gennemfører desuden journalaudit en gang i kvartalet (se bilag 1 og 2) Øvrige personale • At efterleve instruksen ved løbende at dokumentere planlagt pleje

	og observationer • At opdatere journalen når borgerens helbredssituation ændrer sig • At deltage ved vurdering og evaluering af aktuelle problemstillinger/plejeplaner • At sætte sig ind i aktuelle behandlingsplaner herunder plejeplaner og giver det sundhedsfaglige personale besked hvis problemstillingen ændrer sig
Generelt	Den sundhedsfaglige journal er den samlede dokumentation for beboernes pleje og behandling på botilbuddet og føres elektronisk i systemet KMD Nexus. Den del af den sundhedsfaglige journal der arbejdes i består overordnet af: • Helbredsoplysninger • De 12 sygeplejefaglige problemområder • Plejeplaner • Målinger og screeninger • Sundhedsfaglige notater (se instruks 4b) • Faldudredning • Cave, allergi og smittefare • Sundhedsfaglige dokumenter • Medicinadministration og medicindispenserings handlingsanvisninger (se instruks 2a. og 2b. "Medicinhåndtering") • Medicinmodulet (se instruks 2a. og 2b. "Medicinhåndtering").
Helbredsoplysninger	Skemaet "Helbredsoplysninger" omfatter: • Beboerens navn og CPR nr. • Oversigt over beboerens kroniske sygdomme, diagnoser, fysiske og/eller psykiske funktionsnedsættelser • Behandlingsansvarlige læger og aftaler hermed • Samtykkekompetencer og hvem der varetager borgerens helbredsmæssige interesser • Hvis relevant: Fravalg af livsforlængende behandling og ønsker til livets afslutning <i>Skemaet findes således:</i> → Åben borgers journal → Gå til "Overblik" og vælg "CBV: sundhedsfaglig dokumentation" → Vælg skemaet "helbredsoplysninger" 

I Skemaet udfyldes felterne:

- Oversigt over borgerens sygdomme og funktionsnedsættelser
- Aftaler med den behandlingsansvarlige læge og/eller andre aftaler med f.eks. hospital eller tandlæge
- Hvem varetager borgerens helbredsmæssige interesser?
- Hvis pårørende eller værge helt eller delvist varetager borgerens helbredsmæssige interesser, oplys kontaktoplysninger (relation)

Gem skemaet som aktivt placeret under "sundhedsfaglig dokumentation":



12 sygeplejefaglige problemområder

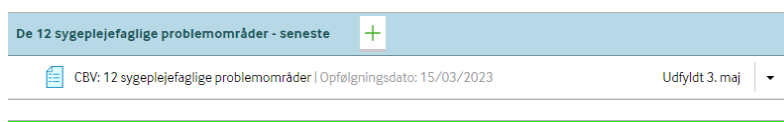
Skemaet "12 sygeplejefaglige problemområder" omfatter:

Aktuelle og potentielle helbredsrelaterede problemstillinger indenfor 12 områder:

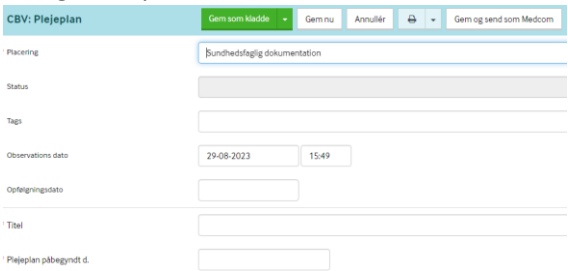
- ADL. Evne til at klare sig selv i det daglige liv
- Bevægeapparat
- Ernæring
- Hud og slimhinder
- kommunikation
- Psykosociale forhold – herunder livsstil
- Respiration og cirkulation
- Seksualitet
- Smerter og sanseindtryk. Syn og hørelse
- Søvn og hvile
- Viden og udvikling
- Udskillelse af affaldsstoffer

Skemaet til de 12 sygeplejefaglige problemområder findes således:

- Åben borgers journal.
- Gå til "Overblik" og vælg "CBV: sundhedsfaglig dokumentation"
- Vælg skemaet "De 12 sygeplejefaglige problemområder"



Herefter udfyldes skemaet med relevant information om borgeren.

Ansvar	→ Når et problemområde udfyldes vurderes om problemområdet har ingen problemer, potentielle problemer eller aktuelle problemer: ☒ Ingen problemer ☐ Potentielle problemer ☐ Aktuelle problemer → De pædagogiske teams er ansvarlige for opdatering af de 12 sygeplejefaglige problemområder som minimum en gang årligt → Alle medarbejdere er ansvarlige for at opdatere de 12 sygeplejefaglige problemområder, når borgerens helbredssituation ændrer sig
Plejeplaner	Skemaet til en "plejeplan" omfatter beskrivelse af en aktuel sundhedsfaglig problemstilling samt behandlingsplan og evalueringsmål. <i>Skemaet til en plejeplan oprettes således:</i> → Gå til CBV sundhedsfaglig dokumentation → Find oversigten "Plejeplan og Medicinhandlevisninger – aktive"  - Tryk på + og vælg "CBV: Plejeplan" - Plejeplanen placeres under sundhedsfaglig dokumentation og alle relevante oplysninger udfyldes 
E-learning	https://viden-stps.typeform.com/journal-paed?typeform-source=stps.dk
Referencer	https://stps.dk/da/ansvar-og-retningslinjer/vejledning/journalfoering/sygeplejefaglig-journalfoering/

Bilag 1 – audit af sundhedsfaglig dokumentation

Dette bilag er primært relevant for ledere, risikokoordinatorer, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter.

Formålet med kontinuerlig audit på den sundhedsfaglige dokumentation er at sikre:

- Korrekt dokumentation af borgerens sundhedstilstand og handlinger på baggrund heraf.
- Løbende opfølgning på dokumentationen med fokus på at skabe refleksion, læring og kvalitetsudvikling

Ansvar

- Afdelingsleder af afdelingen for botilbud, er ansvarlig for at der udføres audit på den sundhedsfaglige dokumentation hvert kvartal.
- Audit på den sundhedsfaglige dokumentation udføres af den/de ansvarlige sygeplejersker og Social- og sundhedsassistenter.
- Afdelingsleder af afdelingen for botilbud skal orienteres om resultatet af audit.
- Afdelingsleder af afdelingen for botilbud er ansvarlig for at skabe rammerne for, at en audit af den sundhedsfaglige dokumentation kan udføres og rum for, at disse kan bruges som læring sammen med den øvrige personalegruppe.
- Findes der utilsigtede hændelser (UTH) i forbindelse med audit indberettes disse.
- Udfyldte auditskemaer gemmes, så de er tilgængelige ved tilsyn.

Omfang og hyppighed

- Der foretages audit på ca. 1% af borgerne - på Langkærgård svarende til 1 borger hvert kvartal.
- Journalen udtrækkes tilfældigt

Når helbredsaudit er udført

Den, der udfører audit, er ansvarlig for at orientere den sundhedsfagligt ansvarlige for pågældende botilbud, som er ansvarlig for at rette eventuelle fejl.

Bilag 1 - Tjekskema til journalaudit

Skemaet anvendes til journalaudit. Skemaet retter sig mod den sundhedsfaglige del af journalen i KMD Nexus. Det vil sige "helbredsoplysninger", "De 12 sygeplejefaglige problemområder" og "plejeplaner". For audit på medicinliste og dokumentation relateret hertil som handlingsanvisninger på dispensering og administration. Se instruks 2a.

Vær opmærksom på at følge op på eventuelle fund.

Tjekkes ved PC/iPad					
Borgernavn:			Audit gennemført af (medarbejdernavn):		
Borger CPR:			Dato for audit:		
Generelt					
Emne	Ja	Nej		Delvis	Uddyb
Er den sundhedsfaglige journal skrevet på dansk?					
Er den sundhedsfaglige journal entydig og struktureret?					
Indeholder den sundhedsfaglige journal udelukkende alment kendte fagudtryk og fagligt anerkendte forkortelser?					
Indeholder den sundhedsfaglige journal observationer og ændringer i beboerens tilstand, som er vurderet ud fra de 12 sygeplejefaglige problemområder?					
Er der dokumenteret modtagne pleje og behandlingsopgaver?					
Er modtagne pleje og behandlingsopgaver planlagt?					
Er modtagne pleje og behandlingsopgaver udført og dokumenteret?					
Er der dokumenteret evaluering af udført pleje og behandling?					

Er der sket opdatering af de 12 sygeplejefaglige problemområder?					
Helbredsoplysninger					
Emne	Ja	Nej*	Delvis*	*Uddyb	
Er der en oversigt over beboerens kroniske sygdomme, diagnoser, fysiske og/eller psykiske funktionsnedsættelser?					
Fremgår det tydeligt hvem behandlingsansvarlige læge(r) er?					
Fremgår det tydeligt hvilke aftaler der er med behandlingsansvarlig læge(r)?					
Fremgår samtykkekompetencerne i sagen?					
Fremgår det i sagen hvem der varetager borgerens helbredsmaessige interesser?					
Hvis relevant, fremgår det i sagen, at borger har fravalgt livsforlængende behandling og ønsker til livets afslutning?					
De 12 sygeplejefaglige problemområder					
Emne	Ja	Nej*	Delvis*	*Uddyb	
Er de 12 sygeplejefaglige problemområder oprettet?					
Er der opfølgningsdato på de 12 sygeplejefaglige problemområder?					
Afspejles de 12 sygeplejefaglige problemområder i medicinlisten og/eller plejeplaner?					
Plejeplaner					
Er plejeplanen skrevet entydigt og struktureret?					
Indeholder plejeplanen udelukkende alment kendte fagudtryk og fagligt anerkendte forkortelser?					
Er problemet tydeligt beskrevet i plejeplanen?					
Er der lavet en handlingsanvisning i plejeplanen?					
Er der sat evalueringsdato i					

plejeplanen?				
Er plejeplanen fortsat aktuel?				
Hvis plejeplanen ikke længere er aktuel – afspejles dette ligeledes i de 12 sygeplejefaglige problemområder?				

