



Fire tommelfingerregler til journalføring



Skriv det nødvendige
Der skal ske den journalføring, som ud fra din faglige vurdering er nødvendig for at sikre en god og sikker pleje og behandling.



Skriv, så det kan forstås
Journalen skal føres på dansk, men må gerne indeholde latinske betegnelser og andre fagudtryk. Det er samtidig vigtigt, at andre kolleger kan læse og forstå journalen.



Skriv, så det giver overblik
Journalen skal give et samlet overblik over tilstand og behandling. Skriv derfor så præcist som muligt.



Skriv til tiden
Journalføringen skal ske i forbindelse med eller snarest muligt efter patientkontakten, så du undgår at vigtige detaljer går tabt.

Sygeplejefaglig dokumentation Sundhed og Omsorg **INSTRUKS**

Sygeplejefaglige dokumentation		
Instruks		
Borgermålgruppe: Alle borgere der modtager indsætter i henhold til § 138 Gældende for: Medarbejdere i Sundhed og Omsorg	Gældende fra: Januar 2020 Revisionsdato: Januar 2022 Næste Revisionsdato: Januar 2025	Udarbejdet af: Aniette Weibrecht Godkendt af: Styregruppe for instrukser

Indhold

Formål	3
Ansvar og kompetence	3
Definitioner	3
Stamdata	4
Særlige forhold-Cave og medicinliste.....	4
Henvendelseskema.....	4
Helbredsoplysninger	4
Helbredsmæssige interesser/samtykke kompetencer	5
Sygeplejefaglige problemområder/helbredstilstande	5
Indsætter og handlingsanvisninger.....	6
Døgnrytmeplan	6
Opfølgning	6
Daglig dokumentation i forbindelse med behandling	6
Informeret samtykke	7
Ved nedbrud i EOJ.....	7
Papirskema.....	8
Relaterede vejledninger	8
Referencer	8



Formål

At bidrage til, at det sygeplejefaglige personale kan registrere og genfinde relevante oplysninger med henblik på kommunikation både inden for egen faggruppe, tværfagligt og tværsektorielt.

Journalen er et af de vigtigste arbejdsredskaber i sygeplejen. Korrekt journalføring sikrer kontinuitet i plejen og behandlingen og den nødvendige faglige kommunikation mellem sundhedspersoner om den enkelte patients forløb

Ansvar og kompetence

Alle ansatte som udfører sundhedsfaglige opgaver skal dokumentere opgaven i nødvendigt omfang. Dette gælder også ikke-autoriseret personale, såsom pædagoger, uaglærede og sosu-hjælpere.

Hvis man får en sundhedsfaglig opgave overdraget fra en anden person, så er det den der udfører opgaven som har ansvar for at dokumentere opgaven.

Ligeledes har man pligt til at dokumentere eventuelle råd, som man modtager fra andre sundhedsfaglige personer. Den som afgiver rådet, kan vælge at dokumentere dette hvis det vurderes nødvendigt.

Alt personale skal journalføre snarest muligt efter en handling er udført og seneste ved arbejdstids ophør.

Ledelsen opgave er at sikre rammerne for journalføring, herunder oplæring og tilgængelighed af diverse udstyr fx PC og mobiltelefon, at der er afsat tid til opgaven, samt at journalmateriale opbevares forsvarligt.

Definitioner

Sundhedsfaglige opgaver er fx:

- Undersøgelser
- Pleje og behandling
- Forebyggelse og sundhedsfremme

Instruksen er opbygget så den følger punkterne i Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser og generelle vejledninger fra myndighederne

Elektronisk Omsorgs Journal EOJ

De sygeplejefaglige optegnelser føres i den elektroniske omsorgsjournal (EOJ).

I Struer kommune er EOJ leveret af KMD-Nexus, som tilgås elektronisk via en pc-version og en mobil-version.

Eventuelle papirskemaer og andet relevant materiale scannes ind i journalen, således at journalføringssystemser er enstrenget

Sproget

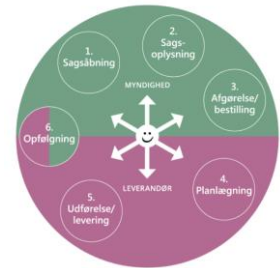
Journalen skal føres på dansk, men må gerne indeholde latinske betegnelser og/eller andre fagudtryk. Der må anvendes fagligt anerkendte forkortelser, der er forståelige for de personer, der deltager i pleje og behandling af patienten.

FSIII -metoden og relaterede instrukser/vejledninger

I Struer kommune anvendes FSIII metoden som grundlag for at føre sygeplejefaglige optegnelser, det er derfor vigtigt at personale der fører sygeplejefaglige optegnelser, har indgående kendskab til FSIII metoden.

I denne instruks er der henvisninger til instrukser og vejledninger der uddyber FSIII metoden i forhold til sygeplejefaglige optegnelser.

Der er link til disse instrukser og vejledninger under punktet "Relaterede vejledninger"



Stamdata

Borgeren skal være oprettet i EOJ med navn, adresse og cpr.nr. Dette hentes direkte fra CPR registret

Stamdata er yderligere

- Sundhedsfaglige kontaktpersoner.
- Navn på pårørende. Der kan føres, i parentes efter fornavn, hvilken "opgave" den pårørende har i forhold til borgeren, f.eks. at den pårørende er primær kontaktperson eller ansvarlig for økonomi.
- Organisationstilknytning.
- Interne og eksterne samarbejdspartnere, herunder apotek og læge.

Særlige forhold-Cave og medicinliste

I skemaet "Vigtige oplysninger – CAVE" føres følgende oplysninger

- **CAVE –feltet udfyldes** jvf. "Medicinhåndtering - Instruks"
- **Særlige forhold** er et fritekstfelt, hvor helt særlige forhold omkring borgerens helbredssituation kan beskrives, f.eks.:
 - Borgeren ønsker ikke at modtage blod.
 - Lægelige ordinationer om "Ingen genoplivning ved hjertestop"-med henvisning til den
 - Terminalerklæringer.
- **Om borgeren har åben indlæggelse**, samt angivelse af afdeling, med kontaktperson og telefonnumre.

Cave feltet og særlige forhold ses i "Borgerbanner" i højre side i EOJ.

Medicinliste tilføjes hvis der varetages sygeplejefaglige opgave i forhold til medicinhåndtering (9)

Henvendelseskema

Udfyldes ved første henvendelse til afdeling.

Dvs. der udfyldes et Henvendelseskema når borger modtages i fx Sygeplejen eller MTO, henvendelseskemaet gælder derfor for alle efterfølgende indsatser inden for paragraf §138

Helbredsoplysninger

Helbredsoplysninger er borgerens sygehistorie, dvs. diagnose og handicap, tidligere og nuværende. Oplysninger kan indhentes via borgeren, pårørende, journal og **medicinliste**.

De helbredsmæssige oplysninger skal afspejle medicinlisten, hvis denne er oprettet hos borger.

I skemaet "Generelle Oplysninger – Fælles fagligt" udfyldes feltet "**Helbredsoplysninger**"

Feltet skal minimum indeholde:

- Aktuelle eller tidligere sygdomme og handicap der har betydning for borgerens situation.
- Hvorfra oplysningerne er indhentet, pårørende, borger selv, medicinliste eller Journal.
- Hvem behandlingsansvarlig læge er, og hvilke kontroller der foretages af borgers sygdomme. (6)

Helbredsmæssige interesser/samtykke kompetencer

I skemaet "Generelle Oplysninger – Fælles fagligt" udfyldes feltet "**Samtykkekompetencer**" herunder følgende felter

- Hvem varetager borgerens helbredsmæssige interesser
- Hvem varetager eventuel stedfortrædende samtykke - Udfyldes med navn på den pårørende der har stedfortrædende samtykke. (6,7)

Sygeplejefaglige problemområder/helbredstilstande

De sygeplejefaglige problemområder skal kun journalføres i nødvendigt omfang

De 12 sygeplejefaglige problemområder er grundlaget for den sygeplejefaglige journalføring. Der skal kun journalføres under de områder(tilstande) hvor der er observationer og udredninger, som er nødvendige for pleje, behandling, opfølgning m.v.

Tidligere har det været praksis, at man noterede de problemområder, hvor der ikke var relevante observationer. Det er ændret til at man kun dokumenterer nødvendige oplysninger inden for de aktuelle og potentielle problemområder, der skal journalføres. Således har tilstandene en af følgende statusser

AKTIVE: I disse tilstande er der en tilhørende indsats.

POTENTIEL: I disse tilstande er der et potentielt problem, men ingen aktuel indsats tilhørende problemet.

INAKTIVE: Her er tilstanden faglig vurderet til ikke at være aktiv, relevant eller potentiel for den samlede sygeplejefaglige udredning.

Dvs. dokumenter det, der er **nødvendigt** for at vurdere patientens tilstand og fortsatte behandling.

En helbredstilstand, repræsenterer et sygeplejefagligt problemområde og dækker tilstande inden for sundhedslovens område. Helbredstilstandene er grupperet efter de 12 sygeplejefaglige problemområder.

I FSIII-metoden dokumenteres de sygeplejefaglige områder i 43 helbredstilstande. (1,2)

De 12 sygeplejefaglige områder er:

- Funktionsniveau
- Bevægeapparat
- Ernæring
- Hud og slimhinder
- Kommunikation
- Psykosociale forhold
- Respiration og cirkulation
- Seksualitet

- Smerter og sanseindtryk
- Søvn og hvile
- Viden og udvikling
- Udskillelse af affaldsstoffer

Indsatser og handlingsanvisninger

Hvis borger har en aktiv helbredstilstand, skal der laves en indsats i henhold til "Indsatskatalog for sygepleje".

Herefter skal dokumenteres handlingsanvisninger med relation til indsatsen.

For handlingsanvisninger findes både struktureret anvisninger og fritekstanvisninger. (4)

Døgnrytmeplan

Døgnrytmeplanen er en handlingsanvisning, der beskriver de plejemæssige handlinger, træning og aktiviteter som borger får støtte til, eller klarer selv, i løbet af døgnet

Hvis der er behov for specifikke handlingsanvisninger på områder der er relevante at beskrive i døgnrytmeplanen, så kan der henvises til disse specifikke områder.

Opfølgning

Der oprettes opgaver på tilstand eller indsats når der skal ske en opfølgning.

Opfølgning på en indsats eller tilstand sker ved at der foretages en opdatering af tilstanden, samt indsatser og handlingsanvisninger

Hvis opfølgning sker ved at der føres et observationsnotat skal der inden for 24 timer ske en vurdering af om denne observation fører til opdaterings af tilstanden

Daglig dokumentation i forbindelse med pleje og behandling

En sundhedsfaglig opgave er først udført når den er journalført

De daglige dokumentationsskemaer findes under fanen "Observation".

Dokumentation af udførte opgaver/daglig dokumentation via køreliste

Sundhed og Omsorg, har defineret et antal sundhedslovsopgaver(sygeplejeopgaver) hvor **udførelse** af opgaven ikke skal dokumenteres ved tekst i journalen. Dokumentation for udført opgave ligger i at besøg på køreliste er godkendt/eller navn registreret, ved medicinregistrering eller angivelse af en måling

Det er selvfølgelig vigtigt at understrege der kun er tale om opgaver som er stabile og der ikke er nogen ændringer der er relevante at dokumenterer.

Derudover skal følgende være opfyldt:

- Der skal foreligge en opdateret "Helbredstilstand" der er relateret til indsatsen
- Der skal foreligge opdaterede handleanvisninger" i relation til problemet.
- Kørelister skal være påført korrekte navne på personale



Opgaver/indsatser der kan dokumenteres via besøg på køreliste

- Sårbehandling
- Observation og pleje af kateter – herunder poseskift
- Kateterskyl
- Drænskyl
- RIK/SIK
- Stomipleje/poses-og pladeskift
- AI kompressionsbehandling, herunder kompressionsstrømper

Dokumentation via "Målinger"

Alle målinger, hvor der ikke er afvigelser der kræver handling eller opdatering af "Helbredstilstande" udelukkende dokumenteres under målinger og der skal ikke føres yderlige notater

Dokumentation via afkrydsning på medicinskema

Al indgift af fast medicin i æsker og poser, skal dokumenteres via afkrydsning i det elektroniske medicinskema (medicinregistrering), herunder også IV medicin, injektioner, øjendråber, sondeernæring, salver og andet medicin der dispenseres (ikke er i æsker) (9)

Informeret samtykke

Ingen behandling må gives, uden at borgeren eller dennes pårørende er informeret og giver samtykke

Samtykke til behandling og videregivelse af helbredsmæssige oplysninger skal altid journalføres i nødvendigt omfang, medmindre det er stiltiende samtykke.

Stiltiende samtykke kan fx være, at borger rækker hånden frem til blodsukkermåling og borger har tidligere har tidligere prøvet at få målt et blodsukker.

Dokumentationen skal indeholde oplysninger om hvilken information der er givet til borger eller og evt. pårørende/værge, samt borger eller pårørendes/værges tilkendegivelser herpå.

Dokumentationen føres i tilstande eller observation.

"Borger har givet informeret samtykke til at egen læge kontaktes vedrørende smerter i venstre ben"

"Borgers hustru er enig i, at personalet skal tage kontakt til praktiserende læge, da der er opstået en nu situation med uro og søvnløshed om natten og ingen plejemæssige tiltag har virket"

"Det aftales med borger at der må tages kontakt til egen læge vedrørende behandlingen med blodfortyndende medicin".

Ved nedbrud i EOJ

Der skal forefindes et "kladdehæfte" i hver enhed, hvori der kan føres håndskrevne journalnotater, hvis der på grund af nedbrud, ikke er adgang til den elektroniske journal.

Det skal tydeligt fremgå:

- Hvilken borger der er tale om, dvs. navn og cpr.
- Det aktuelle journalnotat.
- Underskrift, der viser, hvem der har udarbejdet eller er ansvarlig for notatet.
- Dato og klokkeslæt.

Så snart funktion af EOJ er genoprettet, indskrives notaterne.

Det skal af notatet tydeligt fremgå, hvis det er en anden person, der fører notatet elektronisk, end den oprindelige ansvarlige for notatet.

Rettelse og tilføjelser

Man må ikke slette oplysninger fra journalen. EOJ-Nexus er indrettet sådan at det ikke kan lade sig gøre.

Har man ført forkerte notater i en journal, som kan være af betydning for patientsikkerheden, skal man rette henvendelse til systemadministrator for at sikre at fejlagtige oplysninger i journalen skjules.

Papirskema

Følgende to skemaer anvendes i papirform og skal scannes ind i journalen.

- Stikkeskema til insulin og Fragmin
- Kropsskema til placering af medicinsk plaster

Øvrige skemaer skal opsummeres og skrives ind i journalen.

Fx: Væskeskema, hvor der opsummeres daglig indtag af væske og skrives i målinger.

Relaterede vejledninger og instrukser

1. [Dokumentation - Struer -Tilstande - Arbejdsgang.pdf](#)
2. [Dokumentation - FSIII-Guide-til-helbredstilstande.pdf](#)
3. [Borger oprettelse.pdf](#)
4. [Dokumentation - Struer - Handlingsanvisninger - Arbejdsgang.pdf](#)
5. [Dokumentation - Struer - Opgaver, advis, observationer og notater - Arbejdsgang.pdf](#)
6. [Dokumentation - FSIII- Guide til Generelle oplysninger.pdf](#)
7. [Information og samtykke -Instruks.pdf](#)
8. [Fravalg af genoplivning – Instruks](#)
9. [Medicinhåndtering- Instruks](#)

Referencer

<https://www.retsinformation.dk/eli/Ita/2021/1225>

<https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2021/9521>

<https://stps.dk/da/ansvar-og-retningslinjer/vejledning/journalfoering/sygeplejefaglig-journalfoering/>



STRUER
KOMMUNE