

Sundhedsfaglig dokumentation - Instruks Nordstjernen		
Borgermålgruppe: Alle børn og unge på Nordstjernen	Gældende fra: September 2020	Udarbejdet af: Sarah Halgaard Iben Mikkelsen
Gældende for: Medarbejdere, Nordstjernen	Revisionsdato: September 2020	Godkendt af: Ledelsen Nordstjernen
	Næste revisionsdato: Januar 2023	

Formål

Bestemmelserne om pligten til sundhedsfaglig dokumentation har til formål at sikre kontinuitet, sammenhængende patientforløb, sikkerhed og kvalitet i forbindelse med pleje og behandling af patienter. Den sundhedsfaglige dokumentation bidrager til at plejepersonalet kan registrere og genfinde relevante oplysninger om patienterne, da journalen skal anses som værende et arbejdsredskab.

Formålet med denne instruks er, at personalet på Nordstjernen:

- Har viden om og kan anvende en systematisk og overskuelig sundhedsfaglig dokumentation.
- Skabe kontinuitet, sikkerhed og kvalitet i plejen og dokumentationen af den enkelte beboer.
- Dokumenterer forståeligt.
- Sikrer at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder alle relevante sundhedsfaglige oplysninger

Instruksen er rettet mod borgere på Nordstjernen efter Lov om Social Service §§ 66.1.6 samt § 107.

Definitioner

Sygeplejefaglig pleje og behandling:

- Sygeplejefaglig pleje og behandling indebærer alt, hvad der omhandler pleje, sygdomsbehandling, genoptræning samt forebyggende og sundhedsfremmende tiltag.

Ansvar og kompetencer

Personalet på Nordstjernen skal følge denne instruks. Hvis instruksen fraviges, skal dette altid drøftes med ledelsen

Ansvar og organisering:

Ledelsens ansvar:

- At skabe rammerne for, at medarbejderne har kendskab til og mulighed for at udføre indholdet i instruksen.

Sygeplejerskens ansvar:

- At opdatere instruksen efter gældende vejledninger.

Den faglige målgruppes ansvar:

- At udføre instruksen.

Fremgangsmåde- Procedure

Grundlæggende dokumentation og stamdata:

Ved indskrivningen af en ny beboer på Nordstjernen skal følgende stamdata dokumenteres på beboerens sag under basisinformation på bosted:

- Navn
- CPR-nummer
- Bopæl
- Indflytningsdato
- Kontaktpersonen på Nordstjernen

Desuden dokumenteres eksterne samarbejdspartnere og pårørende under beboerens sag under fanen pårørende/samarbejdspartnere på bosted. Herudover skal der ved indskrivningen dokumenteres, om der er særlige forhold at tage hensyn til. Dette kan f.eks. være om en beboer har allergier, fravalgt genoplivning mm. Disse særlige forhold dokumenteres på beboerens sag under medicinfanen på bosted. Udover særlige forhold dokumenteres beboerens diagnoser på beboerens sag under medicinfanen på bosted. Herunder fanen diagnoser. Under diagnoser beskrives forholdet mellem barnets medicin og diagnose.

Under medicinfanen under dokumentation har kontaktpersonen til ansvar for at dokumentere alle barnets kontroller med eksterne samarbejdspartnere herunder, dato for sidste besøg og forventet næste indkaldelse.

Ovenstående grundlæggende dokumentation skal løbende ajourføres af kontaktpersonen. Kontaktpersonen kan uddelegere opgaven til et andet fast personale, men det er kontaktpersonen ansvar at den grundlæggende dokumentation er ajourført.

Daglig dokumentation i fastboende huse:

I de fastboende huse dokumenteres den daglige sundhedsfaglige dokumentation som udgangspunkt under beboerens sag i beboerens dagbog på bosted. Konteksten sundhedsfaglige områder anvendes i dagbogen til den daglige sundhedsfaglige dokumentation. Under konteksten sundhedsfaglige områder findes typerne:

- Funktionsniveau, evnen til at klare sig selv i det daglige liv (ADL).
- Bevægeapparat, f.eks. behov for træning, balanceproblemer og evt. faldetendens.
- Ernæring, f.eks. under- eller overvægt, spiseproblemer, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning.
- Hud og slimhinder, f.eks. forandring og lidelse fra hud, slimhinder og andre væv f.eks. muskler hår og negle.
- Kommunikation, f.eks. evnen til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen.
- Psykosociale forhold, f.eks. arbejdslevne, relationer til familie, ensomhed, livsstilsproblem og mestring.
- Respiration og cirkulation, f.eks. luftvejsproblemer som åndenød, hoste, risiko for aspiration, legemstemperatur, blodtryk og puls.
- Seksualitet
- Smerter og sanseindtryk, f.eks. kroniske smerter og ubehag, problemer med syn og hørelse.
- Søvn og hvile, f.eks. faktorer der letter eller hindrer søvn og hvile.
- Viden og udvikling.
- Udskillelse af affaldsstoffer, f.eks. inkontinens, obstipation og diarré.

Alle børn, der er i behandling for forstoppelse eller diarré skal have alle afføringer dokumenteret. Derudover skal alle, der har et ernæringsmæssigt problem vejes hver uge og vægten dokumenteres under typen ernæring. Epileptiske kramper dokumenteres under fanen respiration og cirkulation, dog kan det afvige ved børn, der følges på filadefia, hvor kramperne dokumenteres i epiappen.

Herudover skal personalet følge bosteds beskrivelse af, hvilket notat der giver mening i den givne kontekst.

Dagbogstypen kontakt med pårørende anvendes hver gang et personale har indhentet samtykke ved forældrene, og dagbogstypen kontakt med samarbejdspartnere anvendes som udgangspunkt ved alt kontakt med eksterne samarbejdspartnere.

Endvidere anvendes dagbogstypen medicin til dokumentationen, hvor der:

- Foretages medicinændringer
- Gives PN-medicin
- Er et barn, som ikke vil tage sin medicin
- Skal laves en utilsigtet hændelse
- Kontaktes eksterne samarbejdspartner angående medicinen

Når der flyttet en beboer med multi funktionsnedsættelse ind på Nordstjernen laves der en tilbudsmappe til beboeren. Tilbudsmappen er et arbejdsredskab for det pædagogisk personale og anses ikke som værende dokumentation. Tilbudsmappen hjælper personalet til at have øget fokus på, at beboeren tilbydes ståstøtte og bad i et tilstrækkeligt omfang. Når en beboer har fået et af disse tilbud, dokumenteres det i tilbudsmappen. Ydermere afkrydses kramper og afføring i tilbudsmappen.

Alt den daglige dokumentation føres af personalet, der er sammen med beboeren på det pågældende tidspunkt, hvor der skal føres dokumentation fra.

Dokumentation af sygeplejefaglige pleje og behandling:

Alt grundlæggende sundhedsfaglig viden og dokumentation om barnet dokumenteres på de fastboende børn under deres sundhedsfaglige plan, som findes under plan på bosted. Barnets sundhedsfaglige plan tager udgangspunkt i de 12 sygeplejefaglige områder og opdateres løbende af Nordstjernens sygeplejersker og af barnets kontaktperson. Af barnets sundhedsfaglige plan fremgår personalets opgaver, der knytter sig til de sundhedsfaglige problemer.

Alle 12 sygepleje faglige område skal vurderes barnets sag og af den sundhedsfagligeplan fremgår aktuelle- og potentielle helbredsproblemer.

De 12 sygepleje faglige områder er:

- Funktionsniveau, evnen til at klare sig selv i det daglige liv (ADL).
- Bevægeapparat, f.eks. behov for træning, balanceproblemer og evt. faldetendens.

- Ernæring, f.eks. under- eller overvægt, spiseproblemer, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning.
- Hud og slimhinder, f.eks. forandring og lidelse fra hud, slimhinder og andre væv f.eks. muskler hår og negle.
- Kommunikation, f.eks. evnen til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen.
- Psykosociale forhold, f.eks. arbejdsevne, relationer til familie, ensomhed, livsstilsproblem og mestring.
- Respiration og cirkulation, f.eks. luftvejsproblemer som åndenød, hoste, risiko for aspiration, legemstemperatur, blodtryk og puls.
- Seksualitet
- Smerter og sanseindtryk, f.eks. kroniske smerter og ubehag, problemer med syn og hørelse.
- Søvn og hvile, f.eks. faktorer der letter eller hindrer søvn og hvile.
- Viden og udvikling.
- Udskillelse af affaldsstoffer, f.eks. inkontinens, obstipation og diarré.

Referencer

Vejledning om hjemmesygepleje

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=11026>

Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.)

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=183578>