

Manual for dokumentation

Formål

Manualen medvirker til at sikre en ensartet sundhedsfaglig samt social- og plejefaglig dokumentation jfr. gældende lovgivning vedrørende journalføring, de retningsgivende dokumenter samt dokumentationsmetoden Fælles Sprog III.

Derigennem bliver manualen et opslagsværk, hvor enkeltstående kapitler og vejledninger sikrer, at dokumentationen bliver overskuelig og stringent i forhold til den enkelte borger som modtager indsatser fra Lolland Kommune.

Målgrupper

Manualen henvender sig til medarbejdere, ledere, [konsulenter og Visitation – Ældre & Sundhed](#), samt til [de private leverandører, der udfører Personlig og Praktisk hjælp, samt sygeplejeindsatser](#).

Log in på KMD Nexus: **Lolland.nexus.kmd.dk**

Opsætning

Manualen tilgås via Intra og består af seks kapitler:

1. Lovgivning og krav omkring **dokumentation**
2. **Vejledninger FSIII metode**
3. **Tekniske vejledninger** til KMD Nexus generelt samt til Medicinmodulet
4. **Kommunikation** i KMD Nexus; herunder både kommunikation mellem intern og ekstern samarbejdspartnere
5. **Video og oplæg** – Videovejledninger og introduktion til nyansatte og vikarer
6. **Nexus Mobile II** – Vejledninger til KMD Nexus app

Læsevejledning for manual

Hvert kapitel omfatter en overordnet formålsbeskrivelse samt specifikke vejledninger.

Vejledninger erstatter ikke sektorernes retningslinjer, men skal ses som supplement til disse. Kapitlerne med de forskellige vejledninger åbnes som enkeltdokumenter og [skal](#) både revideres og læses uafhængigt af hinanden.

Hvor det er nødvendigt, omfatter vejledningerne særlige krav og ansvarsfordeling med hensyn til dokumentationen samt en operationel anvisning på, hvordan der dokumenteres på det specifikke område. Andre vejledninger er rene tekniske anvisninger. Manualens sidste kapitler omhandler Videovejledninger og KMD Nexus

Mobile II (app). Videovejledninger, [opdelt i kapitler](#), viser det samme som teksten beskriver i udvalgte vejledninger.

Revidering af manualen sker ved ændringer i lovgivning, metodemæssige krav til dokumentation samt ved systemtekniske ændringer i KMD Nexus. Versionsnummer og måned/årstal angives på det enkelte dokument.

Generelt om dokumentation

Dokumentationen er nødvendig for at sikre en faglig kontinuitet, sammenhæng samt opfølgning i et behandlings- og plejeforløb. Der dokumenteres så tæt på handlingen som muligt, og senest inden den aktuelle vagt afsluttes.

Ved indsatser efter Sundhedsloven §138, §140, §119 (SUL) dokumenteres ordinationer, samt indsats, indsatsmål, handlingsanvisninger, observationer og opfølgning på helbredstilstande.

Ved indsatser efter Lov om Social Service §§83, 83a, 84, 85, 86 (SEL) dokumenteres en individuel konkret helhedsvurdering (SEL §88) af borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje, for at træffe afgørelser om indsats.

Herudover dokumenteres aktuelle ressourcer og begrænsninger i forhold til borgerens egenomsorg samt borgerens individuelle mål. Handlinger og afvigelser fra borgerens sædvanlige funktionsniveau skal også dokumenteres.

Dokumentationen skal være relevant og tilstrækkelig for at kunne løse indsatsen i borgerforløbet. Det betyder, at der ikke må dokumenteres mere end nødvendigt, for at løse den visterede indsats (SEL), modsat dokumentation af helbredsproblemer (SUL), hvor ordineret behandling, handlinger, observationer og målinger altid skal dokumenteres.

Autoriserede sundhedspersoner

Lovgivningen foreskriver, at sygeplejersker, terapeuter og social- og sundhedsassistenter har journalføringspligt.

Endvidere kræver lovgivningen at der foreligger sygeplejefaglige optegnelser med henblik på at få planlagt, udført og dokumenteret sygeplejefaglig behandling, såvel ved den almene helbredstilstand som ved akutte, potentielle eller uaktuelle helbredstilstande.

Sundhedsmedarbejdere

Der er ikke lovmæssige krav, der pålægger ikke-autoriserede medarbejdere at føre journal, [men der er lokale retningslinjer, som sikre at de som minimum skal dokumentere på samme niveau som Social og Sundhedshjælpere.](#)

Delegation

”Autoriserede sundhedspersoner med forbeholdt virksomhed” – lægen – kan delegere sundhedsfaglige opgaver til fx autoriserede sygeplejersker, terapeuter eller social- og

sundhedsassistenter. Disse overtager derved også pligten for journalføring af hvad der rent faktisk handles på.

Overdragelse

Sygeplejersker, terapeuter og social- og sundhedsassistenter – autoriserede sundhedspersoner – kan overdrage specifikke sundhedsfaglige handlinger til en social- og sundhedshjælper med de fornødne kompetencer. Sundhedsmedarbejderne overtager derved også pligten til at dokumentere.

Ledelsen har ansvar for at sikre, at behandling der overdrages, bliver fulgt op af en autoriseret sundhedsperson, samt journalført.

Rehabiliterende tilgang

Der arbejdes altid ud fra den rehabiliterende tilgang, og hvor borgeren støttes i, at gøre mest muligt selv. Borger inddrages altid som en samarbejdspartner. Den samlede indsats planlægges ud fra tidsbegrænsede og målrettede indsatser tilpasset borgerens aktuelle tilstand. Dokumentation under Indsatsmål – Handlingsanvisninger og Observationer/Målinger skal vise udvikling i Funktionsevne- og Helbredstilstande. Dvs. at dokumentationen skal vise, hvor langt borgeren er kommet i sit rehabiliterende forløb dvs. en løbende status på funktionsevne.

Samtykke - Tavshedspligt

I Sundhedslovens forstand handler samtykke både 'om evnen til at give samtykke' (dvs. habilitet), og det 'at give et informeret samtykke til en konkret sundhedsfaglig behandling'. Borgerens eventuelle fravalg af modtagelse eller videregivelse af information, dokumenteres ligeledes. Dette gælder både for visitation og leverandør.

1. Ved et hvert borgerforløb skal der være angivet om borger selv kan varetage sine helbredsmæssige interesser: helt, delvist eller slet ikke (stedfortrædende samtykke). Oplysninger i forbindelse med sygdom og behandling dokumenteres under Generelle oplysninger.
2. Borger orienteres altid om, hvad der foretages i relation til egen situation. Herunder hvis borger har valgt oplysninger fra samt konsekvens af et evt. fravalgt vedr. behandlingen. Dette gælder også ved brug af SMS-påmindelser til træningsaftaler og besøg i Sygeplejeklinikkerne.
3. Mundtligt informeret samtykke til indsatserne indhentes og afsluttes, og dokumenteres i tilknytning til indsatsen.

Tavshedsbelagte oplysninger til brug for behandling, kan videregives til andre sundhedspersoner – dette med borgerens samtykke.

Videregivelse kan også ske uden borgerens samtykke, eksempelvis hvor det vurderes nødvendigt af hensyn til en åbenbar almen interesse eller væsentlige hensyn til patienten selv, eller andre. Dette dokumenteres afhængig af situation og funktion.

Helhedsvurdering og samlet faglig vurdering

Ved visitators besøg hos borger udarbejder visitator en Samlet faglig vurdering med en konklusion som indgår i en helhedsvurdering. Helhedsvurderingens oplysninger bidrager til afgørelsen samt valg af indsatser. Hjælpemiddelvisitator udarbejder en særkilt faglig vurdering i forhold til hjælpemiddelbehov og bolig.

Boligens indretning samt APV

Dokumentation af boligens indretning er både visitators og leverandørens ansvar.

Visitator dokumenterer oplysninger om boligen fra visitationsbesøg samt oplysninger i forbindelse med sygehusudskrivninger, fx hvis der er særlige behov vedrørende boligen.

Leverandøren er medansvarlig for at opdatere dokumentation vedrørende boligen samt borgerens mobilitet og deltagelse i de daglige aktiviteter.

Leverandøren skal herudover sikre et forsvarligt arbejdsmiljø i borgerens bolig. Dette dokumenteres under arbejdspladsvurderingen (APV).

Fælles Sprog III

Den sundhedsfaglige og/eller social – og plejefaglige proces dokumenteres i KMD Nexus via Tilstandsoverblik.

Omdrejningspunktet for borgerens aktivitet og deltagelse i eget hverdagsliv er de ressourcer, begrænsninger og/eller helbredsproblemer, der knyttes til borgerens udredte funktionsevne- og helbredstilstande.

Hertil kommer dokumentation af Observationer og Målinger som understøtter et aktuelt billede af borgerens situation.

I Tilstandsoverblik skabes relationer mellem Årsager, Udredning, Indsatser, [Indsatsmål](#), [Handlingsanvisninger](#), Vurdering, Observationer, Målinger, således at dokumentationen fremstår sammenhængende og systematisk.

Den enkelte medarbejder er ansvarlig for at vurdere, ud fra borgerens aktuelle situation, hvilke relationer, der skal knyttes.

Relationer kan slettes, genetableres og/eller knyttes i nye kombinationer. Dette uanset web- eller app-version.

Tilstande

Ved nye borgerforløb samt ved udskrivelse fra sygehus oprettes Tilstande med Tilstandsdetaljer. Ved kendte borgerforløb opdateres eller oprettes nye Tilstande.

Tilstandsdetaljer er fordelt over:

Nutid:

- 'Nuværende funktionsniveau' angives med en score fra 0 – 4 hvor 0 er 'ingen eller ubetydelige begrænsninger/problemer' og 4 er 'totale begrænsninger/problemer'. Scoren skal give et overordnet billede af borgerens funktionsniveau og/eller helbredsproblemer hen over døgnet/ugen.
- Herudover uddybes Helbredstilstande med en kort og præcis 'Faglig vurdering' af problemet; fx "åndenød og tør hoste", "smerter over brystet".
- 'Fagligt notat' er faglige 'nu og her' vurderinger og vil være afhængige af de forskellige faggrupperes fokus.

Fremtid:

- 'Forventet funktionsniveau' angives ligeledes med en score fra 0-4.
- Herudover tilføjes Funktionsevnetilstande en 'Beskrivelse' af fremtidig aktivitetsudførelse.
- Ved Helbredstilstande angives fremtiden med både score og en af følgende standardfraser: Forsvinder – Mindskes – Forbliver uændret – Forværres.

Borgers oplevelse:

- Afslutningsvis udfyldes 'Borgers egen vurdering' af nuværende og forventet Tilstand. Samt borgers egne ønsker og mål.

Funktionsevnetilstande skal følges op på ved ændringer, eller i passende intervaller, som minimum ved opstart og afslutning af en tidsbegrænset indsats.

Sundhedspersoner skal forholde sig til alle 12 sundhedsfaglige problemområder under Helbredstilstande; både aktuelle og potentielle problemer. Hertil kommer at 'ikke aktuelle' problemområder skal vurderes og dokumenteres.

- 'Aktiv' = Aktuelt problem som behandles
- 'Potentiel' = Risiko for kommende problem, eller et problem borgeren selv varetager
- 'Ikke relevant' = Fagligt problemområde, der konkret er vurderet og dokumenteret som ikke relevant/ikke aktuelt for nuværende
- 'Inaktiv' = ved afslutning af borgerforløb (fx Mors, flytning), eller færdigbehandling af [Tilstand](#).

Der følges op på Tilstande i forbindelse med både visitation af Indsatser og den Faglige planlægning.

Indsatser

I relation til de enkelte Tilstande visiteres Indsatser og der fastsættes en opfølgning af visitator på den samlede indsats.

Leverandør foretager løbende opfølgning vedr. status på en eller flere Indsatser og opretter en 'Opgave' til eget team.

Udredninger

I nogle borgerforløb kan der være brug for specifikke udredninger eller undersøgelser inden indsatserne fastlægges.

Der findes en række både generelle og sygdomsspecifikke udredningsskemaer. Det er op til den enkelte sundhedsperson, at vælge den mest dækkende Udredning. Der dannes relation til den eller de relevante Tilstande.

Indsatsmål

Indsatsmål har til formål at sætte og fastholde retning for den igangsatte indsats.

Under Tilstandsoverblik findes både generelle og sygdomsspecifikke Indsatsmål.

Det er op til den enkelte sundhedsperson fagligt at opstille det mest dækkende Indsatsmål.

Indsatsmål opstilles efter SMART mål:

- S - Specifikt
- M - Målbart
- A - Attraktivt
- R - Realistisk
- T - Tidsbestemt

Indsatsmål opdateres, når der sker ændringer mht borgerens Tilstand.

Der dannes relation til den/de relevante indsatser.

Opfølgning på Indsatsmål – se under Indsatser.

Når Indsatsmål ikke længere er aktuelle, gøres de inaktive.

Handlingsanvisninger

Handlingsanvisninger er anvisninger til, hvad der skal udføres i borgerforløbet i relation til en bestemt Indsats, så Indsatsmålet og den forventede Tilstand opnås.

På baggrund af den sundhedsfaglige samt den social- og plejefaglige vurdering af borgerens Tilstande, evalueres Handlingsanvisningerne via Observationsnotater og Målinger.

Der findes både generelle og sygdomsspecifikke Handlingsanvisninger.

Det er op til den enkelte sundhedsperson at vælge den mest dækkende Handlingsanvisning.

Handlingsanvisning anvendes også som træningsplan af terapeuter. Her Træningsresultater evalueres direkte i Handlingsanvisningerne.

Ved rehabiliterende forløb SEL §83a og §86 stk.2 er der særlige krav om hyppig opfølgning og derved opdatering af Handlingsanvisninger.

Handlingsanvisningerne opdateres, når der sker ændringer i borgerens Tilstand.

Der dannes relation til den relevante Indsats.

Når handlingsanvisningerne ikke længere er aktuelle, gøres de inaktive.

Døgnrytmeplan

Døgnrytmeplaner har sit faglige udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang, således at borger inddrages med egne ressourcer, mestringsevne, motivation og vaner.

Døgnrytmeplaner afspejler de individuelle behov hos borgeren og beskriver altid det stabile forløb.

En døgnrytmeplan giver også et overblik over indsatserne i borgerforløbet på forskellige tidspunkter af døgnnet. [Der anvendes lokalt definerede overskrifter i døgnrytmeplanen blandt andet på niveau 3 indsatser.](#)

Medarbejders daglige handlinger hos borger, skal være forventningsafstemt med borger og stemme overens med dokumentationen både under funktionsevnetilstande og helbredstilstande. Kendte og stabile behandlingsforløb indgår i Døgnrytmeplaner.

Planerne skal opdateres løbende, både hvis borgers tilstand forandrer sig, og som minimum hvert ½ år.

Målinger

Alle målinger i relation til borgerens Tilstande, registreres under Målinger. Måleinstrukser omfatter også testresultater.

Der dannes relation til den relevante Tilstand.

Observationer

Hvis der er en ændring eller afvigelse i borgerens tilstand, dokumenteres problemet i 'Observationer'.

Hvis problemet stadig er til stede efter 24 timer, oprettes den berørte relevant tilstand.

Hvis problemet er 'gået i sig selv', inden for de 24 timer, dokumenteres dette i Observationer.

Observationer bruges endvidere som opfølgning på Indsats samt Handlingsanvisninger.

Generelle oplysninger

Under 'Generelle oplysninger' dokumenteres borgers 'Mestring', 'Motivation', 'Ressourcer', 'Roller', 'Vaner', 'Netværk', i det omfang oplysningerne har betydning for den samlede indsats hos borger.

Tilbagevendende aftaler med frisør, besøgsven osv. dokumenteres under 'Vaner'.

Alle der har med et borgerforløb at gøre, er forpligtiget til at opdatere 'Generelle oplysninger'.

Helbredsoplysninger

Helbredsoplysningerne skal afspejle, hvilke indsatser, der er behov for.

Under 'Helbredsoplysninger' dokumenteres også, hvem der varetager de helbredsmæssige interesser.

Dette gælder både hvis borger selv kan tage vare på sit helbred og egen omsorg, og hvis det er en pårørende eller stedfortræder, der varetager dette.

Medarbejdere kan ikke stå som ansvarlig for borgeres helbredsmæssige interesser, men medvirker i samarbejdet med borger, pårørende eller stedfortræder.

Det skal være tydeligt beskrevet, hvad borger er i behandling for, både angående aktuelle sygdomme og evt. medicinsk behandling, samt potentielle helbredsproblemer. Dette på baggrund af oplysninger fra fx ordinationer, læge, genoptræningsplan, omsorgstandpleje, fodterapeut.

For at give et aktuelt billede af borgerforløbet skal 'Helbredsoplysninger' med jævne mellemrum opdateres efter faglig vurdering af en sundhedsperson.

Cave, smitte, genoplivning og livsforlængende behandling

Under 'Særlige forhold' er det muligt at dokumentere i forbindelse med:

- 'Fravalg af genoplivningsforsøg'
- 'Fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling'
- 'Cave'
- 'Smittefare'

Borgeren skal i samarbejde med egen læge aftale fravalg af genoplivningsforsøg og/eller fravalg af livsforlængende behandling. Fravalget skal modtages fra egen læge og efterfølgende dokumenteres i ovenstående skemaer. Sundhedsmedarbejder kontakter læge ved behov for revurdering. Revurdering skal dokumenteres.

Kilder

Der henvises til følgende vejledninger:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser](#)

Vejledning om tilsyn med plejehjem, plejeboligbebyggelser og tilsvarende boligenheder

Bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om adgang til og registrering m.v. af lægemiddel- og vaccinationsoplysninger (vedr. FMK):

Fælles Sprog III hjemmeside www.fs3.nu