

4. Nye retningslinjer for sundhedsfaglig dokumentation (2009-126558)

Indstillingen præsenterer forvaltningens forslag til nye, reviderede og forenklede retningslinjer for sundhedsfaglig dokumentation på Sundheds- og Omsorgsforvaltningens forretningsområder.

INDSTILLING OG Beslutning

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen indstiller,

1. at Sundheds- og Omsorgsudvalget godkender de reviderede retningslinjer for sundhedsfaglig dokumentation i hjemmeplejen, på plejehjem, rehabiliteringsafdelinger og daghjem bilag (2, 3, 4 og 5),
2. at Sundheds- og Omsorgsudvalget godkender den overordnede plan for implementering af reviderede retningslinjer for sundhedsfaglig dokumentation, og
3. at Sundheds- og Omsorgsudvalget godkender, koncept for kvalitetssikring af sundhedsfaglig dokumentation.

Problemstilling

Tilsyn gennemført i hjemmeplejen og på plejehjemmene i 2007 og 2008 har vist, at kravene til den sundhedsfaglige dokumentation i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen bør præciseres og dokumentationen forbedres. Forvaltningen har derfor udarbejdet nye, reviderede og forenklede retningslinjer for sundhedsfaglig dokumentation på forvaltningens forretningsområder, og disse præsenteres i denne indstilling. For at sikre kvaliteten i den sundhedsfaglige dokumentation fremadrettet, præsenterer indstillingen ligeledes forvaltningens forslag til koncept for løbende kvalitetssikring.

Løsning

For imødekomme behovet for øget kvalitet i den sundhedsfaglige dokumentation på forvaltningens forretningsområder, lever forvaltningens forslag til nye, reviderede og forenklede retningslinjer for sundhedsfaglig dokumentation i hjemmeplejen, på plejehjem på rehabiliteringsafdelinger og daghjem (de fire forretningsområder) op til følgende fem krav:

1. At lovgivningen og gældende politikker overholdes.
2. At forvaltningen er på forkant med kommende eksterne krav.
3. At retningslinjerne opleves som meningsfulde og enkle af frontmedarbejderne – og dermed understøtter kerneopgaverne.
4. At retningslinjerne understøtter en helhedsorienteret tilgang til borgeren.
5. At retningslinjerne er med til at sikre systematik og højt niveau i den faglige kvalitet.

Ad 1) At lovgivningen og gældende politikker overholdes - Forvaltningen har kortlagt og analyseret den nuværende dokumentationspraksis på de fire forretningsområder, for at vurdere hvorvidt praksis lever op til gældende lovkrav og politikker (bilag 1). Gennemgangen har givet

anledning til følgende:

- **Hjemmepleje (herunder sygeplejeklinikker)** - forvaltningen har udarbejdet nye retningslinjer for sundhedsfaglig dokumentation og herunder medicinhåndtering (bilag 2).
- **Daghjem** - forvaltningen har udarbejdet nye retningslinjer (bilag 3) for sundhedsfaglig dokumentation, hvor det specifikt fremgår, hvad der skal dokumenteres. Forvaltningen arbejder i øjeblikket på udvikling af et nyt koncept for dagtilbud, som forventes afsluttet i 2010, herunder stillingtagen til fremtidig dokumentation for hele dagtilbudsområdet.
- **Plejhjem og Rehabiliteringsafdelinger** – der er ikke fundet anledning til ændringer på eksisterende retningslinjer (bilag 4 og 5).

Ad 2) At forvaltningen er på forkant med kommende eksterne krav – Forvaltningen har udarbejdet retningslinjer og implementeringsplan for den sundhedsfaglige dokumentation i overensstemmelse med principperne i den fælles kommunale kvalitetsmodel. Yderligere har forvaltningen udarbejdet et koncept for kvalitetsovervågning baseret på intern evaluering i tråd med DDKM¹.

Ad 3) At retningslinjerne opleves som meningsfulde og enkle af frontmedarbejderne

- **Hjemmepleje og Daghjem** - forvaltningen har udarbejdet retningslinjer, der fokuserer på den enkelte borgers tilstand, pleje, behandling og omsorg samt præciseret ansvarsfordelingen i udarbejdelsen af dokumentationen.
- **Plejhjem og Rehabiliteringsafdelinger** - forvaltningen har foretaget en forenkling af nuværende dokumentationspraksis, ved at afvikle unødigt dokumentation.

Som konkrete eksempler kan nævnes, at der reduceret i dokumentationen for plejhjem, således at hjælpemidler fremover kun dokumenteres et sted (mod tidligere tre steder), og at dokumentationen af livshistorie, borgerens vaner og ønsker, patientrettigheder og aftaler om økonomi også er forenklet og mere logisk placeret i journalen.

For rehabiliteringsafdelingernes vedkommende handler reduktionen primært om afskaffelse af dobbelt dokumentation.

Ad 4) At retningslinjerne understøtter en helhedsorienteret tilgang til borgeren

Forvaltningen har med de reviderede retningslinjer sat fokus på sammenhængende forløb for borgerne og styrkelse af samarbejdet på tværs af de fire forretningsområder. Dette er sket ved, at journalen fremover har borgeren som omdrejningspunkt, mens der i mindre grad fokuseres på de fire forretningsområder.

På rehabiliteringsområdet betyder de reviderede retningslinjer f.eks., at borgerens potentielle og/eller aktuelle problemer fremover beskrives samme sted i journalen, som de øvrige forretningsområder benytter.

¹ DDKM – den danske kvalitetsmodel /herunder den fælles kommunale kvalitetsmodel.

Ad. 5) At retningslinjerne er med til at sikre systematik og niveau i den faglige kvalitet – Forvaltningen imødekommer med de reviderede retningslinjer Embedslægens og BDO Kommunernes Revisions anbefalinger om forbedring og præcisering af den sundhedsfaglige dokumentation.

Implementering af nye retningslinjer for sundhedsfaglig dokumentation

Forvaltningen har udarbejdet en plan for implementering af de reviderede retningslinjer for sundhedsfaglig dokumentation på de fire forretningsområder (bilag 6). Planen lever op til de krav, som ligger i IKAS² akkrediteringsstandarder for kommuner vedr. implementering af retningsgivende dokumenter.

Implementeringsplanen er mest omfattende i forhold til hjemmeplejen, idet der er tale om gennemgribende ændringer af den nuværende dokumentationspraksis. Der vil bl.a. ske omfattende ændringer i dokumentationen i forhold til de borgere, der får dosisdispenseret medicin fra apoteket, og samtidig får hjælp fra hjemmeplejen til indtagelse af medicinen.

Koncept for kvalitetssikring

Kvalitetssikring af den sundhedsfaglige dokumentation på plejehjem, i hjemmeplejen og på rehabiliteringsafdelinger består pt. af tilsyn fra hhv. embedslægeinstitutionen (plejehjem) og kommunale tilsyn (hjemmepleje, plejehjem, rehabiliteringsafdelinger og på sigt daghjem). Med implementeringen af nye og reviderede retningslinjer for sundhedsfaglig dokumentation, udbygges den eksisterende kvalitetsstyring med hhv. selvevaluering og controlling. I praksis betyder det, at det fremtidige kvalitetsstyringskoncept (bilag 7) kommer til at bestå af fire elementer, der skal supplere hinanden:

- Embedslægetilsyn
- Kommunale tilsyn
- Selvevaluering
- Controlling

Indførelsen af selvevaluering i forhold til den sundhedsfaglige dokumentation, er i tråd med IKAS akkrediteringsstandarder, der netop lægger op til læring via selvevaluering. De enkelte enheder i de fire forretningsområder, skal derfor fremover gennemføre halvårslige selvevalueringer med udgangspunkt i et auditkoncept udviklet af forvaltningen.

Endelig øger forvaltningen controlling med dokumentationen i de udførende led, ved fremover at udarbejde faste statistikker og sags gennemgange.

Økonomi

Udgifterne afholdes inden for egen budgetramme.

Videre proces

² IKAS Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (Den Danske Kvalitetsmodel).

Implementeringen af ændringerne i hjemmeplejens dokumentationspraksis forventes endelig afsluttet i løbet af sommeren 2010. Dele af retningslinjerne (borgerens døgn- og ugeplan) vil dog allerede være implementeret ved udgangen af 2009.

For daghjemmenes vedkommende er der tale om få ændringer, mens der for plejehjem og rehabiliteringsafdelinger først og fremmest er tale om præcisering af eksisterende retningslinjer og forenkling af dokumentationspraksis. De reviderede retningslinjer, på disse tre forretningsområder forventes implementeret med udgangen af 2009.

Retningslinjer for sundhedsfaglig dokumentation på hhv. sundhedscentre og træningscentre forventes implementeret senere, idet der stadig er en række uafklarede forhold omkring IT løsningen.

Koncept for selvevaluering af den sundhedsfaglige dokumentation forventes implementeret med udgangen af 2009.

Indstillingen har været i høring hos De Københavnske Ældreråd, som er positive overfor de reducerede krav til dokumentation. Se hele høringssvaret i bilag 8.

Hanne Baastrup

/

Thomas Karlsson

bilag

[Bilag 1. Lovgivning](#)

[Bilag 2. Retningslinier for hjemmeplejen](#)

[Bilag 3. Retningslinier for daghjem](#)

[Bilag 4. Retningslinier for plejehjem](#)

[Bilag 5. Retningslinier for rehabiliteringsafdelinger](#)

[Bilag 6. Implementering](#)

[Bilag 7. Kvalitetssikringshjul](#)

[Bilag 8. Høringssvar fra De københavnske Ældreråd](#)

