

Bilag 4

Retningslinier for dokumentation på plejehjem

Formål: At formidle viden om dokumentationspraksis som lever op til gældende lovgivning og politikker	Gyldig fra: 1. oktober 2009	Revideres: 1. oktober 2010	Faglig ansvarlig: Dorit Jørgensen Dokumentationsstaben	Reference: Arbejdsgruppen for sundhedsfaglig dokumentation
---	---------------------------------------	--------------------------------------	---	--

Retningslinier	Hvem skal oprette	Hvem skal ajourføre	Hvor dokumenteres	Tilsyn
<p>Alle journaler skal indeholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Navn, person-nummer og bopæl/opholds-adresse og eventuelt telefonnummer. • Oplysninger om pårørende/kontaktpersoner. • Eksterne samarbejdspartnere • Indflytningsdato. • Særlige forhold, f. eks. kendte allergier. • Oplysninger i forbindelse med konkrete borgerkontakter • Oplysninger om leverandør 	<p>Visitationen udfylder stamdata ved visitationen og tilknytter leverandører.</p> <p>Plejehjemmet udfylder Tilhørsforhold kontakter leverandører i stamdata</p>	Visitationen og plejehjemmet	Stamdata	Indgår ikke i tilsyn
<p>Alle journaler skal indeholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oplysning om årsag til henvendelsen eller kontakten. • Dato for kontakten. 	Visitationen	Visitationen	Standardnotat	Indgår ikke i tilsyn
<p>Alle journaler skal indeholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potentielle og/eller aktuelle problemer inden for følgende 11. grupper: Aktivitet, Sansel-indtryk, Kommunikation, Smerter, Bevægeapparat, Vejrtrækning og kredsløb, Søvn og hvile, Psykosociale forhold, Hud og slimhinder, Udskillelse af affaldsstoffer, Ernæring. • Sygdomme • Identificerede og bedømte behov og problemer, • Nødvendige observationer og oplysninger om tilstanden. 	<p>Plejehjemmet</p> <p>Hvis borgeren har haft hjemmepleje og fået ydelser efter sundhedsloven vil hjemmeplejen have udfyldt oplysningerne</p>	Plejehjemmet	<p>Helbredsoplysninger</p> <p>Sygdomsark</p>	Indgår allerede i tilsyn

<p>Alle journaler skal indeholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indikation for foretagne undersøgelser samt resultatet heraf. • Indikation for behandling • Aktuel beskrivelse af pleje og behandling samt resultatet heraf, såfremt resultatet foreligger. • Planlagt indsats. • Udført pleje og behandling, forebyggelsestiltag, lindring, rehabilitering og observation mv. • Beskrivelse og vurdering af resultatet. • Information og undervisning af borgeren • Ændringer i tilstanden og deraf følgende revurdering af indsatsen. • Indtrådte komplikationer og bivirkninger mv. • Henvisninger til andre sundhedspersoner og resultatet heraf. 	<p>Plejehjemmet</p> <p>Hvis borgeren har haft hjemmepleje og fået ydelser efter sundhedsloven vil hjemmeplejen have udfyldt oplysningerne</p>	<p>Plejehjemmet</p>	<p>Borgers døgn – og ugeplan</p> <p>Fokusområder</p> <p>Notater</p> <p>Lægekontakter</p>	<p>Indgår allerede i tilsyn</p>
<p>Alle journaler skal indeholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aftaler med borgeren, pårørende og/eller samarbejds-partnere. 	<p>Plejehjemmet</p> <p>Hvis borgeren har haft hjemmepleje og fået ydelser efter sundhedsloven vil hjemmeplejen have udfyldt oplysningerne</p>	<p>Plejehjemmet</p>	<p>Administrationsark</p> <p>Lægekontakter</p> <p>Samtaler og aftaler</p>	<p>Indgår allerede i tilsyn</p>
<p>Alle journaler skal indeholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information om samtykke og videregivelse af helbredsoplysninger skal være dokumenteret • Oplysning om borgeren har frabedt sig information helt eller delvist (retten til ikke at vide). 	<p>Plejehjemmet</p> <p>Hvis borgeren har haft hjemmepleje og fået ydelser efter sundhedsloven vil hjemmeplejen have udfyldt oplysningerne</p>	<p>Plejehjemmet</p>	<p>Sygdomsark</p> <p>Notater</p> <p>Lægekontakter</p>	<p>Indgår allerede i tilsyn</p>
<p>Alle journaler skal indeholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notater 	<p>Plejehjemmet og visitationen</p>	<p>Plejehjemmet og visitationen</p>	<p>Notater</p> <p>Lægekontakter</p>	
<p>Alle journaler skal indeholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Livshistorie og vaner og ønsker 	<p>Plejehjemmet</p> <p>Oprettet fra daghjemmet, hvis borgeren har benyttet dette tilbud</p>	<p>Plejehjemmet</p>	<p>Livshistorie / Vaner og ønsker</p>	<p>Indgår allerede i tilsyn</p>

<p>Alle journaler hvor plejehjemmet dispenserer eller administrerer medicin eller hvor borgeren får dosis-dispensering skal indeholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicindokumentation 	<p>Plejehjemmet</p> <p>Oprettet fra hjemmeplejen, hvis hjemmeplejen har dispenseret eller administreret medicinen</p>	<p>Plejehjemmet</p>	<p>Medicinark</p>	<p>Indgår allerede i tilsyn</p>
<p>Alle journaler hvor borgeren får træning skal indeholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beskrivelse af foretagne undersøgelser samt resultatet heraf, • Iværksat behandling, hvor behandling har fundet sted, • Indtrådte komplikationer og bivirkninger m.v. 	<p>Fysioterapeut</p>	<p>Fysioterapeut</p>		