

Standard for dokumentation

Godkendt af: Myndighed & Faglig Udvikling
Udarbejdet: november 2019
Revideres: november 2022

Formål med dokumentation

Formål med dokumentation er, at gældende lovgivning, bekendtgørelser og vejledninger samt krav til dokumentation af den kommunale opgaveløsning efterleves.

Det overordnede formål med dokumentation er dels at:

- Skabe sikkerhed i patientbehandlingen
- Overholde gældende lovgivning
- Kvalificere og skabe sammenhæng i opgaveløsningen både i relation til borgere og medarbejdere på kommuneniveau
- Skabe synlighed
- Sikre de ansattes retsstilling

Fælles Sprog III er udarbejdet af KL, som en ny fælleskommunal dokumentationspraksis. Fælles Sprog III understøtter, at de krav, der foreligger til dokumentation af den kommunale opgaveløsning, kan efterleves.

Følgende dokumenter beskriver Esbjerg kommunes dokumentationspraksis i Sundhed & Omsorg:

- FSIII metodehåndbog om de overordnede principper for dokumentation
- D4/ Håndbogen indeholder de faglige standarder og instrukser
- Navigationssedler i CURA, som beskriver de lokale arbejdsgange og ansvar i forhold til dokumentation
- Delegeringsprincipper beskriver ansvar for dokumentation

Lovgrundlag for *Standard for dokumentation*:

- Autorisationsloven
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler
- Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser
- Sundhedsloven
- Lov om Social Service
- Lov om offentlighed i forvaltningen §7 om Aktindsigt og §13 om Notatpligt
- Retssikkerhedsloven §3 om kommunens pligt til at udmelde sagsbehandlingstid

- Arbejdsmiljøloven
- Databeskyttelsesforordningen
- Lov om specialundervisning for voksne

Autoriserede sundhedspersoner har, som led i behandling og pleje, pligt til at føre optegnelser over borgerens tilstand, den planlagte og udførte behandling m.v. herunder hvilken information der er givet samt hvad borgeren har tilkendegivet.

Når en ydelse efter sundhedsloven delegeres, videredelegeres eller overdrages følger ansvaret for dokumentation med.

God dokumentationspraksis sikres ved:

- At alle har fokus på den tværfaglige borgerjournal, hvor indhentede oplysninger dokumenteres og anvendes af relevante faggrupper og kommunale funktioner, for at skabe kontinuitet, sikkerhed og kvalitet i bevilling og leverancer
- At alle er ansvarlige for at bidrage til, og har et aktuelt billede af borgerens tilstand, mål, iværksatte ydelser og opnåede resultater, hvor de er relevant
- At samarbejdet om dokumentation på tværs af fagligheder og organisatoriske opdelinger er velfungerende, koordineret og målrettet
- At de dokumenterede data genbruges, så indsamling af data effektiviseres
- At der forud for delegering og videredelegering foreligger opdateret helbredstilstande samt opdaterede generelle oplysninger og resultat af helhedsvurdering.

Principper for dokumentationspraksis

Helbredstilstande, Generelle oplysninger og Funktionsevnetilstande udgør tilsammen Helhedsvurderingen af borgeren, og oprettes af autoriseret sundhedspersonale i Sundhed & Omsorg. Helbredsudredningen danner grundlag for tildelingen af en sundhedslovsydelse og dokumenteres i helbredstilstande. Funktionsevneudredningen danner grundlag for tildelingen af en servicelovsydelse og dokumenteres i funktionsevnetilstande.



Når et sundhedsproblem er identificeret beskrives den tilgrundliggende helbredstilstand, herunder årsag til tilstand, borgers mål, faglig plan og opfølgningsdato. Ikke relevante helbredstilstande skal inaktiveres (Som udgangspunkt er de aktive). Når de er inaktiveret er det dokumentation for, at helbredstilstanden ikke er relevant for borger. Som minimum skal der være oprettet én helbredstilstand forud for bevilling efter sundhedsloven.

Ydelsen knytter sig til aktuel helbredstilstand og oprettes i forlængelse af vurderingen af borgers helbredsproblem. Handlingsanvisningen er en faglig beskrivelse af, hvordan ydelsen skal udføres og skal vurderes inden den enkelte ydelse bestilles til planlægning. Dokumentation af at ydelsen er planlagt sker ved disponering. Efter endt levering af ydelse, kvitteres der for levering af ydelse, hvormed medarbejderens initialer registreres. Når den faglige plan (handlingsanvisning) følges kræves der ikke yderligere dokumentation. Ved afvigelse på besøget, fra handlingsanvisningen eller ændringer af borgers helbredstilstand dokumenteres i CURA.

Dokumentation anvendes:

- Som grundlag for information og behandling af borgeren
- Ved aktindsigt
- Som grundlag for tilsyn, herunder interne og eksterne fra Styrelsen for Patientsikkerhed
- Ved udlevering af data til Patientombuddet eller i forbindelse med en patientforsikringssag
- For at sikre kvalitet i leverancer og faglig udvikling
- Som et arbejdsredskab for ansatte