

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Redegørelse vedrørende lægers beføjelser og pligter med hensyn til forudgående fravalg af genoplivningsmuligheder m.v., der må anses for udsigtsløse – j.nr. 7-604-02-35/1/EHE – tilsyn.

Region Nordjylland har modtaget Sundhedsstyrelsens henvendelse af 8. februar 2011. Sundhedsstyrelsen anmoder om en redegørelse for Region Nordjyllands praksis vedrørende fravalg af genoplivningsmuligheder m.v., der må anses for udsigtsløse, herunder eventuel brug af "koder" eller forkortelser i forbindelse med journalføring af de omhandlede beslutninger. Sundhedsstyrelsen anmoder videre om en redegørelse for, hvad regionerne agter at foretage sig i forhold til problemstillingen om information og journalføring.

Samtlige sygehusledelser i Region Nordjylland er indskærpet reglerne ved fremsendelse af Sundhedsstyrelsens henvendelse og er opfordret til at overveje, hvordan en opmærksomhed på problemstillingen i Sundhedsstyrelsens henvendelse mest hensigtsmæssigt gennemføres på de enkelte sygehuse. Sygehusledelserne i Region Nordjylland er endvidere anmodet om at redegøre for de i henvendelsen nævnte problemstillinger.

I Region Nordjylland er der udfærdiget en lang række regionale kliniske og administrative retningslinjer, der tydeliggør lovkrav og regionale politikker på et givent område. Udover de regionale retningslinjer har de enkelte sygehuse i regionen udfærdiget en lang række lokale retningslinjer. Disse lokale retningslinjer understøtter og supplerer de regionale retningslinjer.

Region Nordjylland har ikke udfærdiget én retningslinje omhandlende samtlige problematikker vedrørende fravalg af genoplivningsmuligheder m.v., der må anses for udsigtsløse, herunder brug af koder eller forkortelser. Der er imidlertid udfærdiget en lang række regionale og lokale kliniske og administrative retningslinjer, der vedrører dele af problematikken, herunder følgende regionale retningslinjer:

- Informeret samtykke til behandling, bilag 1
- Patientjournalen Region Nordjylland, bilag 2
- Udarbejdelse af udredning- behandlings og plejeplan i somatikken og psykiatrien i Region Nordjylland, bilag 3
- Palliativ behandling af den uhelbredelige patient og omsorg for patientens pårørende, bilag 4

**Regionssekretariatet
Sundhedsfaglig direktør**

Niels Bohrs Vej 30
Postboks 8300
9220 Aalborg Øst
Tlf.: 9635 1000
Fax: 9815 2009
www.rn.dk

Jens Winther Jensen
Direkte: 9635 1104
jens.winther.jensen@rn.dk

Ref: Jens Winther Jensen

Journalnr.: 1-42-72-0002-11

Dato: 25-02-2011

Af den sidstnævnte regionale retningslinje fremgår bl.a. følgende (uddrag):

”Organisering af den palliative indsats

På institutionerne i Region Nordjylland tilbydes der både basis- og specialiseret palliativ behandling, indsatsen organiseres således:

- Den kliniske afdeling vurderer om patienten er uhelbredeligt syg, og det dokumenteres i journalen
- Der udarbejdes en behandlingsplan (standard 2.7.1 og 2.7.2) for patienten, og der tages stilling til livsforlængende behandling og genoplivning under hensyntagen til evt. livstestamente (standard 2.13.1) og det dokumenteres i journalen
- Er der behov for specialiseret behandling henvises til Det Palliative Team
- Det Palliative Team tilser patienten, vurderer indsatsmuligheder og lægger en behandlingsplan, der dokumenteres i journalen
- Behandlingsplanen revurderes kontinuerligt
- Kontinuerlig undervisning og opdatering til personalet både på basis og specialiseret niveau
- Fælles koncept for basisuddannelse i Region Nordjylland (2, side 19), tæt forankret i Det lokale Palliative Team.

For så vidt angår genoplivning har sygehusene og sygehusafdelingerne i Region Nordjylland udarbejdet egne og specifikke retningslinjer på området. Af omfangsmæssige grunde er samtlige kliniske og administrative retningslinjer ikke vedlagt denne redegørelse. Såfremt Sundhedsstyrelsen ønsker at få fremsendt samtlige regionale og lokale retningslinjer vedrørende dele af problematikken, bedes Sundhedsstyrelsen vende tilbage med anmodning herom.

Af ovennævnte retningslinje vedrørende patientjournalen fremgår regler for journalføring, herunder følgende (uddrag):

- Patientjournalen føres på dansk og skal være forståelig for andre sundhedspersoner, der deltager i behandlingen af patienten
- Forkortelser og symboler skal være forståelige og anerkendte af andre sundhedspersoner, der deltager i behandling af patienten.
- Alle kontakter til patienten skal journalføres

For så vidt angår brug af koder og forkortelser kan det oplyses, at der i begrænset omfang anvendes koder og forkortelser som supplement til journalnotater. For så vidt angår information og journalføring henvises der til ovennævnte retningslinjer vedrørende ”Informeret samtykke til behandling” og ”Patientjournalen i Region Nordjylland”. Endvidere kan det, jf. ovenfor, oplyses at sygehusledelserne i Region Nordjylland er indskærpet reglerne i forbindelse med videresendelse af Sundhedsstyrelsens henvendelse af 8. februar 2011. Endelig har medieomtalen og henvendelsen fra Sundhedsstyrelsen givet anledning til forskellige tiltag, herunder ændring og tilføjelser til lokale retningslinjer, udmeldinger til sygehusets læger og afholdelse af staff-meeting under overskriften ”informeret samtykke ved akutte livstruende tilstande”.

Det er således Region Nordjyllands indtryk, at gældende retningslinjer i Region Nordjylland lever op til de krav, der fremlægges i Sundhedsstyrelsens henvendelse vedrørende lægers beføjelser og pligter med hensyn til forudgående fravalg af genoplivningsmuligheder m.v.

I forbindelse med det løbende kvalitetsarbejde vil Region Nordjylland overveje mulighederne for at tydeliggøre de for problemstillingen relevante retningslinjer.

Med venlig hilsen

Jens Winther Jensen
Sundhedsfaglig direktør

Informeret samtykke til behandling

Problemstilling	1
Målgruppe (modtagelse).....	1
Definition af begreber	1
Formål	1
Metode	2
Beskrivelse	2
1. Information	2
2. Informeret samtykke	3
3. Dokumentation i journal.....	6
Indikatorer og tærskelværdier.....	6
Referencer	6
Evidensstyrke	7

Problemstilling

At sikre at ingen behandling indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke (med mindre andet følger af lov eller bestemmelse).

Målgruppe (modtagelse)

Alle patienter

Definition af begreber

Værge: Når der tales om værge i retningslinjen, er det værgemål, der omfatter personlige forhold

Nærmeste pårørende: forstås som samlevende ægtefælle eller samlever, partner i registreret parforhold, slægtninge i lige linie og (efter omstændighederne) søskende. Adoptivbørn og plejebørn vil også kunne betragtes som nærmeste pårørende. Efter omstændighederne (navnlig hvor der ikke er en ægtefælle, samlever eller børn) vil fjernere slægtninge, eller en person som patienten er nært knyttet til, kunne anses som nærmeste pårørende (jf Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.).

Formål

Formålet er at tydeliggøre reglerne for informeret samtykke til behandling og dokumentation heraf, så der ikke kan rejses tvivl om at den korrekte information er givet, og at den pågældende patient er inddraget i beslutningen vedrørende behandling og har givet informeret samtykke.

Metode

Ekspertgruppen vedr. Patientkommunikation har udarbejdet retningslinjen på baggrund af udkast til Den Danske Kvalitetsmodel, gældende lovgivning og vejledning på området samt allerede eksisterende retningslinjer på området. Derudover er fagfolk udenfor gruppen inddraget. Efter høring i sygehuse/sectorer er retningslinjen tilrettet og sendt til godkendelse i Kvalitetsrådet for sygehusvæsenet i Region Nordjylland.

Beskrivelse

1. Information

1.1. Ret til information

Patienter har ret til at få information om deres helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder også om risikoen for komplikationer og bivirkninger. Alle patienter skal informeres fyldestgørende.

Unge, der er fyldt 15 år, kan selv give informeret samtykke. Da de stadig er under forældremyndighed, skal forældrene (forældremyndighedsindehaver) også informeres. Såfremt sundhedspersonen i det konkrete tilfælde vurderer, at den unge ikke er i stand til at overskue konsekvenserne af sin stillingstagen, er det i stedet forældrene, der giver informeret samtykke. Der kan i anden lovgivning være hjemmel til, at der i relation til behandling af mindreårige ikke skal indhentes samtykke fra forældremyndighedens indehaver (jævnfør Sundhedsloven, afsnit VII vedrørende blandt andet svangerskabsafbrydelse, hvor undtagelsen er beskrevet).

Hvis en myndig (fyldt 18 år) patient ikke er habil og derfor ikke selv kan give informeret samtykke til behandling, må det informerede samtykke gives som anført under punkt 2.2.

1.2. Informationens form og indhold

Informationen til patienten skal indeholde:

- alle (for patienten) relevante oplysninger om helbred, sygdom, undersøgelsesmetoder og -muligheder, forebyggelses- og behandlingsmuligheder, prognoser, risici, bivirkninger, komplikationer, herunder senfølger, mulighed for pleje, ernæring, genoptræningsplaner osv.
- andre eventuelle faglige ligeværdige behandlingsmuligheder
- konsekvenserne såfremt der ikke iværksættes behandling
- navnet på den behandlingsansvarlige
- afklaring af patientens ønsker
- ret til ikke at modtage information

Information skal altid gives mundtligt, men kan - hvor det er hensigtsmæssigt - suppleres med skriftlige patientinformationer.

Når der skal informeres om mulige komplikationer i forbindelse med undersøgelse og behandling, skal der tages udgangspunkt i, om der er tale om:

Dokument:
Retningslinie -
Klinisk

Godkendt den:
17-08-2010
08.43.56

Gældende for:
Region Nordjylland

Målgruppe:
Alt personale,

1. Alvorlige og ofte forekommende komplikationer m.v.
2. Alvorlige og sjældne forekommende komplikationer
3. Bagatelagtige og ofte forekommende komplikationer
4. Bagatelagtige og sjældne forekommende komplikationer

Som hovedregel skal der altid informeres, når der er tale om pkt. 1, i tilfælde af pkt. 2 og 3 skal der ofte informeres, og i tilfælde af pkt. 4 er det som hovedregel ikke påkrævet at informere. Det er således den enkelte behandlingsansvarlige sundhedspersons ansvar at vurdere i hvilken udstrækning, der skal gives information til de enkelte patienter.

I tvivlstilfælde kan sundhedspersonen gå ind på Patientklagenævnets hjemmeside pkn.dk og se, hvad der er truffet af afgørelser i lignende situationer.

Der udarbejdes lokale retningsgivende dokumenter for, hvordan der følges op, når en patient afslår eller ønsker at afbryde en behandling.

De steder (hvor det er relevant) udarbejdes lokale retningsgivende dokument(er) for krav til informeret samtykke i forbindelse med:

- kosmetisk behandling
- patientens deltagelse i forskningsprojekter
- lægemiddelordination (se standard 2.9.1 i De Danske Kvalitetsmodel)
- invasiv behandling i anæstesi (se standard 2.11.1 i Den Danske Kvalitetsmodel)

1.3. Indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger

Se den regionale retningslinje Indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger.

2. Informeret samtykke

2.1. Informeret samtykke til behandling

Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke. Er der tale om mindreårige (ikke fyldt 15 år) eller patienter, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, skal der indhentes informeret samtykke fra forældremyndighedsindehaver eller værge/pårørende.

Patienten kan ikke selv bestemme behandlingstilbuddet, idet det er den behandlingsansvarlige sundhedsperson, der er ansvarlig for valg og udførelse af behandlingen.

Information og samtykke skal gives på en sådan måde og på et sådant tidspunkt, at patienten er i stand til at forstå den givne information. Heraf følger også, at informeret samtykke til operation ikke kan afgives, når patienten er påvirket af præmedicin eller anden medicin, så patienten ikke forstår informationen.

Hvis der kommer nye oplysninger, eller der sker ændringer i behandlingsplanen, skal der indhentes fornyet informeret samtykke. Det noteres i journalen. Det kan eksempelvis være afvigende undersøgelsesresultater, betydelig ændring i patientens tilstand eller ændringer i patientens diagnose(r).

Forfatter:
Ekspertgruppen vedr. Pali > Se pri.rn.dk for mere info

Faglig ansvarlig:
Sygehus- og sektorledelse > Se pri.rn.dk for mere info

OBS. Denne papirversion kan være ændret siden udskriften. Gældende version findes altid elektronisk på www.pri.rn.dk



En patient kan på hvilket som helst tidspunkt standse en behandling eller nægte yderligere behandling, herunder afvise transfusion af blod eller blodprodukter. Det dokumenteres i journalen, hvis en patient standser en behandling eller nægter yderligere behandling samt hvordan der følges op på denne beslutning.

Behandling mod patientens vilje kan kun finde sted i tilfælde, hvor der findes særlige regler om tvangsmæssig behandling, jf. Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien. Jævnfør Lov om social service § 63) kan børn- og ungeudvalget træffe afgørelse om at gennemføre undersøgelse eller behandling, hvis forældremyndighedsindehaveren undlader at lade et barn eller en ung undersøge eller behandle for en livstruende sygdom eller en sygdom, der udsætter barnet eller den unge for betydelig og varigt nedsat funktionsevne. I situationer, hvor der (på grund af hensyn til barnets eller den unges øjeblikkelige behov) ikke kan afventes en afgørelse fra børn- og ungeudvalget, kan der i henhold til § 75 i Lov om social service træffes en foreløbig afgørelse.

2.2. Informeret samtykke hos varigt og midlertidige inhabile

Når der er tale om patienter, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, kan værge/nærmeste pårørende give informeret samtykke til behandlingen. Patientgruppen kan være mennesker med nedsat psykisk funktionsevne, herunder demens, samt kronisk sindslidende og sindslidende med langvarige sygdomsforløb. Det afgørende er, om de pågældende kan forholde sig fornuftsmæssigt til behandlingsforslag m.v.

Hvis værger/nærmeste pårørende forvalter det informerede samtykke på en sådan måde, at det åbenbart vil skade patienten eller behandlingsresultatet, kan behandlingen gennemføres, såfremt Embedslægen har givet sin tilslutning hertil.

Der foreligger særlige regler, såfremt der ikke kan findes en nærmeste pårørende eller en udpeget personlig værge. Den ansvarlige sundhedsperson kan gennemføre en påtænkt behandling, hvis en anden sundhedsperson, der har faglig indsigt på området og som ikke tidligere har deltaget i eller skal deltage i behandlingen af patienten, giver sin tilslutning hertil. Den anden sundhedsperson skal være uvildig, hvorfor der ikke må eksistere et over-/underordningsforhold mellem de to sundhedspersoner. Den anden sundhedsperson kan f.eks. være en overlæge fra en anden afdeling. Hvis behandlingen er af mindre indgribende karakter med hensyn til omfang og varighed, kan den behandlingsansvarlige sundhedsperson gennemføre behandlingen uden at inddrage en anden sundhedsperson.

Pårørende kan ikke på en midlertidig inhabil patients vegne give informeret samtykke til behandlingen, hvis der ikke er et øjeblikkeligt behandlingsbehov.

Det påpeges, at denne patientgruppe skal inddrages mest muligt i beslutningen. Det er vigtigt at være opmærksom på, at hvis patienten enten i ord eller handling tilkendegiver, at han/hun ikke vil behandles, så er der ikke hjemmel til at gennemføre behandlingen med tvang – uanset at en pårørende/værgen ellers har givet samtykke hertil.

2.3. Øjeblikkeligt behandlingsbehov

I situationer, hvor øjeblikkelig behandling er påkrævet for patientens overlevelse eller for på længere sigt at forbedre patientens chance for at overleve eller for at opnå et væsentligt bedre resultat af behandlingen, kan en sundhedsperson indlede eller fortsætte en behandling uden

informeret samtykke fra patienten eller fra forældremyndighedens indehaver, nærmeste pårørende eller værge.

Det gælder både, når patienten midlertidigt er ude af stand til at tage stilling til behandling (eksempelvis på grund af bevidstløshed) og ved behandling af patienter, der varigt er ude af stand til at give informeret samtykke til behandling eller er under 15 år.

Dette noteres i journalen.

2.4. Det informerede samtykkes indhold og form

Det informerede samtykke skal være givet til en konkret behandling. Det er sundhedspersonens opgave at sikre sig, at patienten føler sig tilstrækkeligt informeret om behandlingen til at vide, hvad han/hun giver informeret samtykke til. Sundhedspersonen har således pligt til at sikre sig, at informeret samtykke til behandling også gives til behandling af eventuelle forudsigelige komplikationer, der kan opstå under operationen, hvor patienten ikke har mulighed for at give informeret samtykke.

Hvis der er tvivl om det informerede samtykkes rækkevidde, bør sundhedspersonen undlade at behandle.

Et informeret samtykke kan foreligge i flere former

- Et mundtligt samtykke er tilstrækkeligt til at sundhedspersonen kan indlede eller fortsætte en behandling. Det informerede samtykke skal noteres i journalen
- Et skriftligt samtykke vil sjældent være nødvendigt, undtagen når sundhedspersonen føler det nødvendigt at være sikker på, at der ikke efterfølgende kan rejses tvivl om det informerede samtykkes indhold. Patienten har dog ikke pligt til at give et skriftligt samtykke
- Et stiltiende samtykke foreligger, når patientens signaler og adfærd utvivlsomt må forstås således, at denne samtykker til det videre forløb. Det vil almindeligvis være tilfældet, når patienten oplyses om, at der skal tages blodprøver, foranstalles undersøgelser m.v. i forbindelse med et almindeligt behandlingsforløb, og patienten ikke modsætter sig dette. Forudsætningen er dog klart, at der kun er tale om delelementer af mindre betydende karakterer, hvorfor det ikke vil være acceptabelt med stiltiende samtykke til fx en operation

Et informeret samtykke kan ikke række videre end den information, der gives til patienten, og informationen er således med til at præcisere og konkretisere samtykkets rækkevidde.

2.5. Ansvarsfordeling

Pligten til at give information og indhente informeret samtykke til behandling påhviler den behandlingsansvarlige sundhedsperson. Denne pligt foreligger, uanset om patienten selv har anmodet om at få information. Sundhedspersonen skal på eget initiativ informere patienten om forhold, der må anses for at være nødvendige og tilstrækkelige for, at patienten kan tage stilling til et givet behandlingstilbud. Den behandlingsansvarlige sundhedsperson kan videregive opgaven med at informere til en anden sundhedsperson, men det er den behandlingsansvarlige sundhedsperson, der har ansvaret for, at patienten rent faktisk får den tilstrækkelige information. Det er også denne sundhedspersons pligt at journalføre, hvilken information der er givet (det kan ske ved henvisning til lokal instruks).

Dokument:
Retningslinie -
Klinisk

Godkendt den:
17-08-2010
08:43:56

Gældende for:
Region Nordjylland

Målgruppe:
Alt personale:

Det følger af ovenstående, at det for elektive patienter gælder, at det er den sundhedsperson, der foretager forundersøgelsen, der er ansvarlig for at give information og for at journalføre denne. Tilsvarende gælder, at det er den læge, der stiller indikation for akut operation, der er ansvarlig for, at der gives den nødvendige information og at informeret samtykke er indhentet (hvis patienten er i stand hertil), og at de relevante oplysninger journalføres.

3. Dokumentation i journal

Følgende skal dokumenteres i journalen (se afsnit 1.2):

- Hvilken information der er givet til patienten (om helbredstilstand, undersøgelsesmetoder, forebyggelses- og behandlingsmuligheder, komplikationer, bivirkninger osv. samt retten til at sige nej til behandling og information). Det kan ske ved henvisning til lokal instruks
- Hvis der kommer nye oplysninger eller der sker ændringer i behandlingsplanen og informeret samtykke derfor er indhentet igen
- Patientens eventuelle ønsker til behandling og information
- Hvordan der følges op, når en patient afslår eller ønsker at afbryde en behandling, herunder afvisning af blodtransfusion eller blodprodukter
- Hvornår og hvordan samtykke er indhentet (det skal begrundes i journalen, hvis en undtagelsesbestemmelse – hvor patientens informerede samtykke ikke er indhentet - er anvendt)
- Videregivelse af helbredsoplysninger

Indikatorer og tærskelværdier

Ikke relevant.

Referencer

Sundhedsloven af 24. juni 2005 (kapitel 5 omhandler Informeret samtykke til behandling)

Sundhedsstyrelsen: Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v., af 16. september 1998.

Sundhedsstyrelsen: Bekendtgørelse om informationer og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v., af 14. september 1998.

Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien.

Lov om social service (efter kommunalreformens ikrafttrædelse – 1. januar 2007).

Den Danske Kvalitetsmodel. Akkrediteringsstandarder for sygehuse, 1. version, juni 2008, standarderne 2.1.1 Informeret samtykke til behandling, 2.9.1 Lægemedelordination og 2.11.1 Vurdering forud for invasiv behandling i anæstesi

Ortopædkirurgien, Region Nordjylland: Information og samtykke til behandling, december 2006.

Region Hovedstaden: Dokumentation af informeret samtykke, oktober 2007.

Forfatter:
Ekspertgruppen vedr. Pati > Se pri.rn.dk for mere info

Faglig ansvarlig:
Sygehus- og sektorledelse > Se pri.rn.dk for mere info

OBS. Denne papirversion kan være ændret siden udskriften. Gældende version findes altid elektronisk på www.pri.rn.dk

Dokument:
Retningslinie -
Klinisk

Godkendt den:
17-08-2010
08.43:56

Gældende for:
Region Nordjylland

Målgruppe:
Alt personale.



REGION NORDJYLLAND

Evidensstyrke

Ikke relevant

Forfatter:
Ekspertgruppen vedr. Pati > Se pri.rn.dk for mere info

Faglig ansvarlig:
Sygehus- og sektorledelse > Se pri.rn.dk for mere info

OBS. Denne papirversion kan være ændret siden udskriften. Gældende version findes altid elektronisk på www.pri.rn.dk



Patientjournalen Region Nordjylland

Indholdsfortegnelse

Problemstilling	1
Målgruppe - modtagelse	1
Definition af begreber	1
Formål	2
Metode	2
Regler for journalføring	2
Bemyndigelse	2
Navn, dato og brug af initialer	3
Tidsrammer	3
Rettelser og tilføjelser	3
Data, der dokumenteres i patientjournalen	3
Indikatorer og tærskelværdier	7
Referencer	7

Problemstilling

En patientjournal bør indeholde de elementer, der fremgår af lovgivning, vejledninger mv. om sundhedsfaglige ledere og medarbejders pligter i forhold til registrering af patientdata. Patientjournalen skal understøtte den kliniske beslutningsproces og fremme kontinuiteten i patientforløbet.

Fordelen ved et fælles indhold i patientjournalen er, at patientjournalen bliver genkendelig og ensartet på tværs af organisatoriske skel og således mindsker risici for patienten.

For at sikre at ovenstående er opfyldt, er følgende retningsgivende dokument udarbejdet i forhold til den Danske Kvalitetsmodels akkrediteringsstandard 1.3.2 (Patientjournalen). Hvor der er særlige behov i forhold til indhold i patientjournalen, kan de enkelte sygehuse, sektorer, afdelinger eller afsnit udarbejde egne instrukser.

Målgruppe - modtagelse

Alle patienter, der kommer i kontakt med sundhedsvæsenet i Region Nordjylland.

Definition af begreber

Behandling Undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

Behandlingsplan Nedskreven plan for undersøgelse, behandling og pleje efter en specifik disposition

Observationer I dette dokument forstås 'Observationer' som objektive data.

Patientforløb Summen af de aktiviteter, kontakter og hændelser i sundhedsvæsenet, som en patient eller en defineret gruppe af patienter oplever i forhold til den sundhedsfaglige ydelse.

Patientjournal Omfatter alle data, der vedrører patient behandlingen, herunder optegnelser fra ikke-sundhedsfaglige personer

Dokument:
Retningslinie -
Klinisk

Godkendt den:
23-11-2010
12:52:33

Gældende for:
Anæstesi: Graviditet og > Se
pri.rn.dk for mere info

Målgruppe:
All personale.



REGION NORDJYLLAND

Sundhedspersoner Herved forstås læger, tandlæger, kiropraktorer, jordemødre, kliniske diætister, kliniske tandteknikere, tandplejere, optikere, kontaktlinseoptikere, sygeplejersker, andet sygeplejefagligt personale, fysioterapeuter, ergoterapeuter, bioanalytikere og laboranter.

Formål

Sikre at sundhedsfagligt personale involveret i behandling og pleje, der kræver journalføring, journalfører således, at patientjournalen:

- Understøtter den kliniske beslutningsproces
- Er ajourført og lettilgængelig
- Indeholder ordnede optegnelser
- Er genkendelig og ensartet
- Fremmer kontinuiteten i patientforløb
- Mindsker risici for patienten

Metode

Der tages udgangspunkt i akkrediteringsstandard 1.3.2 i den Danske Kvalitetsmodel omhandlende Patientjournalen og akkrediteringsstandard 1.3.3, Ensartethed og genkendelighed, ligesom der er søgt i Region Nordjyllands kliniske vejledningssystem efter eksisterende vejledninger, der kunne anvendes som inspiration. Desuden er der skelet til, hvad andre regioner og sygehuse har erfaret og arbejdet med.

Det retningsgivende dokument tager sit udgangspunkt i gældende lovgivning på området. [Se referencer.](#)

Regler for journalføring

- Patientjournalen kan føres manuelt (papirjournal) eller elektronisk.
- Patientjournalen føres på dansk og skal være forståelig for andre sundhedspersoner, der deltager i behandling af patienten.
- Forkortelser og symboler skal være forståelige og anerkendte af andre sundhedspersoner, der deltager i behandling af patienten. [Se referencer.](#)
- Kodevejledning til "[Fællesindhold til basisregistrering af sygehuspatienter](#)" forefindes i PRI.
- Det tilstræbes, at der anvendes fælles regionale patientrelaterede dokumenttyper fx væske-, observations- og anæstesiskemaer, som en del af journalen (fælles regionale patientrelaterede dokumenttyper udarbejdes ved indførelsen af den fælles regionale elektroniske patientjournal)
- Alle kontakter til patienten skal journalføres.
- Patientjournalen skal opbevares i mindst 10 år efter seneste optegnelse i denne.

Bemyndigelse

Bemyndigelse til at journalføre har:

Sundhedspersoner og ikke-sundhedsfaglige personer, der er involveret i behandling og pleje af patienten, hvor der er krav om journalføring.

Forfatter:
Oertæge Per Rix (Vendsyss > Se [pri.rn.dk](#) for mere info)

Faglig ansvarlig:
Sygehus-/sektorledelser i > Se [pri.rn.dk](#) for mere info

OBS. Denne papirversion kan være ændret siden udskriften. Gældende version findes altid elektronisk på [www.pri.rn.dk](#)

Dokument:
Retningslinie -
Klinisk

Godkendt den:
23.11.2010
12:52:33

Gældende for:
Anæstesi. Graviditet og > Se
pri.rn.dk for mere info

Målgruppe:
All personale;

Navn, dato og brug af initialer

I patientjournalen skal det med fulde navn, dato og klokkeslæt fremgå, hvem der har foretaget journalnotatet.

Anvendes initialer for den der journalfører, skal disse kunne identificeres ved hjælp af særlige lister.

Tidsrammer

Journalføring skal ske i forbindelse med eller snarest mulig efter patientkontakten.

Rettelser og tilføjelser

Oplysninger i patientjournalen må ikke slettes eller gøres ulæselige. Er det nødvendigt at rette eller tilføje i patientjournalen, skal det ske på en sådan måde, at den oprindelige tekst bevares. Desuden skal det fremgå hvem, der har foretaget rettelser eller tilføjelser og hvornår.

Data, der dokumenteres i patientjournalen

Stamoplysninger	<p>Der dokumenteres:</p> <ul style="list-style-type: none">• Patientens navn, personnummer og bopæl• Sociale forhold, sprog og handicaps• Patientens nærmeste pårørende, og hvordan vedkommende kan kontaktes• Hvilke eksterne samarbejdspartnere patienten har kontakt til. Eksempelvis hjemmeplejen, sundhedsplejen, andre sygehuse eller egen læge• Allergi og intolerans• Særlige forhold, fx implantater <p>Allergi og intolerans dokumenteres i henhold til standard 1.3.4 Allergi og intolerans.</p>
Sundhedsfaglig kontaktperson	<p>Der dokumenteres:</p> <ul style="list-style-type: none">• Navnene på patientens sundhedsfaglige kontaktpersoner• At patienten er informeret om, hvem dennes sundhedsfaglige kontaktperson er <p>Dette dokumenteres i henhold til standard 2.3.2 Sundhedsfaglig kontaktperson.</p>
Kontaktårsag	<p>Det dokumenteres:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dato for kontakt• Henvisende læge• Henvisningsårsag• Patientens nuværende tilstand (fysisk og psykisk)• Oplysninger om patientens aktuelle behandling• Oplysninger om patientens status ved indlæggelse

Forfatter:
Oerlæge Per Rix (Vendsyss > Se pri.rn.dk for mere info

Faglig ansvarlig:
Sygehus-/sektorledelser i > Se pri.rn.dk for mere info



Dokument:
Retningslinie -
Klinisk

Godkendt den:
23-11-2010
12:52:33

Gældende for:
Anæstesi: Graviditet og > Se
pri.rn.dk for mere info

Målgruppe:
All personale;

Tidligere	Der dokumenteres: <ul style="list-style-type: none">• Tidligere sygdomme• Tidligere indlæggelser og eventuelt diagnoser
Dispositioner	Der dokumenteres: <ul style="list-style-type: none">• Arvelige faktorer, der kan have påvirkning på patientens sundhedstilstand
Livsstil	Der dokumenteres: <ul style="list-style-type: none">• Om patientens sundhedsmæssige risiko er vurderet på grundlag af livsstilsfaktorerne kost, rygning, alkohol og motion• Om patienten er vurderet i forhold til arvelige, sociale og miljømæssige forhold Der dokumenteres i henhold til standard: <ul style="list-style-type: none">• 2.16.2 Identifikation sundhedsmæssig risiko• 2.14.1 Ernæringscreening• 2.14.2 Ernæringsplan og opfølgning
Observationer	Hvor det er relevant dokumenteres under følgende punkter: <ul style="list-style-type: none">• Almen tilstand• CNS• Neurologi• Øjne• Øre, næse, hals• Mund• Hjerte, kredsløb• Lunger• Mammae• Gastrointestinalt• Bevægeapparat• Urogenitalt• Hud, slimhinder• Lymfeknuder• Udskillelse
Målinger	Relevante målinger dokumenteres, fx <ul style="list-style-type: none">• Højde• Vægt• Puls

Forfatter:
Oertæge Per Rix (Vendsyss > Se pri.rn.dk for mere info

Faglig ansvarlig:
Sygehus-/sektorledelser i > Se pri.rn.dk for mere info



Dokument:
Retningslinie -
Klinisk

Godkendt den:
23-11-2010
12:52:33

Gældende for:
Anæstesi, Graviditet og > Se
pri.rn.dk for mere info

Målgruppe:
All personale:

	<ul style="list-style-type: none">• Blodtryk• Temperatur
Aktuel medicin (medicinfstemning)	<p>Der dokumenteres om der er foretaget en medicinfstemning:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mellem patientens vanlige medicin og ordineret medicin ved indlæggelsen og ambulante forløb• Samt ved alle overgange, fx overflytning eller udskrivelse <p>Der dokumenteres i henhold til standard 2.9.4 Aktuel medicin og medicinfstemning.</p>
Lægemiddelordination	<ul style="list-style-type: none">• Lægemiddeldokumentation foregår i det enstrengede medicin håndteringssystem, herunder det elektroniske medicin håndteringssystem, som er en del af patientjournalen• Indikation dokumenteres i patientjournalen• Ordination af blodprodukter dokumenteres i henhold til "Vejledning om blodtransfusion" (http://pri.rn.dk/pri/AaS/OC/FBEKI/Sider/f39b0d6d-7384-4adc-87d3-f2ef82beb520.aspx?sf=All) <p>Der dokumenteres i henhold til standard 2.9.1 Lægemiddelordination.</p>
Diagnose	Foreløbige diagnoser
Indledende vurdering og behandlingsplan	<p>For somatikken gælder:</p> <ul style="list-style-type: none">• At der foreligger en behandlingsplan for alle patienter indenfor 24 timer <p>For Psykiatrien gælder:</p> <ul style="list-style-type: none">• At der påbegyndes en foreløbig behandlingsplan indenfor 24 timer• At der foreligger en behandlingsplan efter andet besøg for alle ambulante patienter <p>Behandlingsplaner udarbejdet i henhold til standard 2.7.1 Behandlingsplan i somatikken og standard 2.7.2 Behandlingsplan i Psykiatrien.</p>
Information, kommunikation, undervisning og udlevering af skriftligt materiale	<p>Der dokumenteres:</p> <ul style="list-style-type: none">• Informationer givet i dialog med patienten, pårørende eller værge• Udleveret skriftligt materiale, fx vejledninger, information• Hvorvidt patienten har modtaget undervisning <p>Dette dokumenteres i henhold til:</p> <ul style="list-style-type: none">• 2.1.2 Patientens inddragelse i beslutninger vedrørende behandling• 2.1.3 Pårørendes inddragelse i patientbehandlingen

Forfatter:
Oerlæge Per Rix (Vendsyss > Se pri.rn.dk for mere info

Faglig ansvarlig:
Sygehus-/sektorledelser i > Se pri.rn.dk for mere info



Dokument:
Retningslinie -
Klinisk

Godkendt den:
23-11-2010
12:52:33

Gældende for:
Anæstesi: Graviditet og > Se
pri.rn.dk for mere info

Målgruppe:
Alt personale.

	<ul style="list-style-type: none">• 2.2.2 Skriftlig patientinformation
Informeret samtykke	<p>Der dokumenteres:</p> <ul style="list-style-type: none">• At patientens informerede samtykke forud for behandling er indhentet, medmindre andet følger af love eller bestemmelser <p>Dette dokumenteres i henhold til:</p> <ul style="list-style-type: none">• 2.1.1 Informeret samtykke til behandling• 2.11.1 Vurdering forud for invasiv behandling i anæstesi• Blodtransfusion (http://pri.rn.dk/pri/AaS/OC/FBEKI/Sider/f39b0d6d-7384-4adc-87d3-f2ef82beb520.aspx?sf=All)
Undersøgelser og resultater	<p>Der dokumenteres:</p> <ul style="list-style-type: none">• Rekvirerede undersøgelser og prøver• Undersøgelser- og prøveresultater• For modtagne/sete svar og en heraf følgende aktion
Udskrivningsplan (hvor det er relevant)	<p>Indeholder</p> <ul style="list-style-type: none">• Rehabiliteringsplan• Aftaler• Oplysninger om patient-pårørende• Oplysninger om samarbejdspartnere <p>Der dokumenteres i henhold til standard 2.15.1 Rehabilitering</p>
Hvor det er relevant dokumenteres desuden:	
Smertes	<ul style="list-style-type: none">• Smertevurdering af patienten• Effekten af eventuel smertebehandling <p>Der dokumenteres i henhold til standard 2.7.5 Smertevurdering og -behandling.</p>
Forebyggelse af forvekslingsindgreb	<ul style="list-style-type: none">• De 5 trin for kirurgiske procedurer <p>Der dokumenteres i henhold til standard 2.11.3 Forebyggelse af forvekslingsindgreb.</p>
Invasiv behandling	<p>Forud for invasiv behandling i anæstesi vurderes og behandles patienten efter en fastlagt plan.</p> <p>Der dokumenteres:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vurdering og behandling i patientjournalen i form af standardiseret anæstesijournal og operationstilmeldingsskema <p>Der dokumenteres i henhold til standard 2.11.1 Vurdering forud for invasiv behandling i anæstesi.</p>

Forfatter:
Oerlæge Per Rix (Vendsyss > Se pri.rn.dk for mere info

Faglig ansvarlig:
Sygehus-/sektorledelser i > Se pri.rn.dk for mere info



Dokument:
Retningslinie -
Klinisk

Godkendt den:
23-11-2010
12:52:33

Gældende for:
Anæstesi, Graviditet og > Se
pri.n.dk for mere info

Målgruppe:
All personale;

Adgang til ydelser på intensiv terapienhed	Patienter til intensiv behandling visiteres efter fastlagte kriterier. Der dokumenteres <ul style="list-style-type: none">• Indholdet af visitationen i patientjournalen Der dokumenteres i henhold til standard 2.12.1 Adgang til ydelser på intensiv terapienhed.
Frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (Aktuelt for Psykiatrien)	Der dokumenteres i henhold til standard 2.7.3 Frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien.
Omsorg for den afdøde patient	Registrering af dødsfald foretages i patientjournalen <ul style="list-style-type: none">• Konstatation af dødens indtræden, herunder hvornår et dødsfald indberettes til politiet Der dokumenteres i henhold til standard 2.19.2 Omsorg for den afdøde patient.

Indikatorer og tærskelværdier

Der er ikke udarbejdet indikatorer og tærskelværdier, da dette retningsgivende dokument indeholder relationer til flere andre akkrediteringsstandarder, der også indeholder indikatorer.

Referencer

Den Danske Kvalitetsmodel, Standard 1.3.2

Bekendtgørelse nr. 1373 af 12. december 2006 om lægers, tandlægers, kiropraktorer, jordemødres, kliniske tandteknikers, tandplejeres, optikers og kontaktlinseoptikers patientjournal (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.)

Lov nr. 451 af 22. maj 2006, kap.6, om autorisation af sundhedspersoner og sundhedsfaglig virksomhed (Autorisationsloven)

Bekendtgørelse nr. 1289 af 15. november 2007 om ændring af bekendtgørelse om lægers, tandlægers, kiropraktorer, jordemødres, kliniske tandteknikers, tandplejeres, optikers og kontaktlinseoptikers patientjournal (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.)

Vejledning nr. 9929 af 29. april 2005 om sygeplejefaglige optegnelser

Vejledning nr. 9150 af 16. marts 2006 om ergoterapeuters ordnede optegnelser (journalføring)

Vejledning nr. 9176 af 16. marts 2006 om fysioterapeuters ordnede optegnelser (journalføring)

Vejledning om blodtransfusion VEJ nr. 10333 af 20/12/2007

Helene Jantzen, Forkortelsesliste til Medicinsk Retskrivning, eget forlag 2004. Listen over anerkendte såvel som anvendte forkortelser kan rekvireres hos forfatteren, Ølunden 31, 5330 Munkebo

Forfatter:
Overlæge Per Rix (Vendsyss > Se pri.n.dk for mere info)

Faglig ansvarlig:
Sygehus-/sektorledelser i > Se pri.n.dk for mere info



Udarbejdelse af udrednings- behandlings- og plejeplan i somatikken og psykiatrien i Region Nordjylland

Problemstilling

Patienter, som modtages i somatiske og psykiatriske enheder i Region Nordjylland skal så hurtigt som deres tilstand kræver det udredes med henblik på at få lagt en plan for det videre udrednings- behandlings- og plejeforløb. Planen skal foreligge indenfor relevante tidsrammer, dog senest 24 timer efter modtagelsen.

Retningslinjen er relateret til Akkrediteringsstandard 2.7.1 og 2.7.2 i Den Danske Kvalitetsmodel samt reference 1 nedenfor.

Målgruppe

Alle enheder, der udreder, behandler og plejer patienter i somatikken samt psykiatrien i Region Nordjylland.

Definition af begreber

Behandlingsplan. Tværfagligt samarbejdsredskab til brug for aftaler mellem patient og det sundhedsfaglige personale i behandlingsenheden om den påtænkte behandling. Behandlingsplanen er en del af grundlaget for informeret samtykke til behandlingen.

Behandlingsplanen skal danne grundlag for det undersøgelses-, behandlings- og plejeprogram, der tilbydes i afdelingen, og skal løbende revideres, hvis dette bliver aktuelt. Behandlingsplaner er samlebegreb for udrednings- behandlings- og plejeplaner. Behandlingsplanen er en del af patientjournalen.

Behandlingsplan i relation til Den Danske Kvalitetsmodel indeholder både den lægefaglige behandlingsplan og plejeplanen, og går således et skridt videre end de krav der ligger i Bekendtgørelse om lægers, tandlægers, kiropraktorers, jordemødres, kliniske diætisters, kliniske tandteknikeres, tandplejers, optikers og kontaktlinseoptikers patientjournaler.

Patient defineres som en person med en somatisk eller psykiatrisk lidelse som kommer i kontakt med sygehusvæsenet uafhængig af kontaktmåde (ambulante, akutte, elektive samt patienter med specielt aftalte forløb).

Formål

Formålet med retningslinjen er at fungere som retningsgivende dokument for de instrukser vedrørende behandlingsplaner, arbejdsgange og opgavefordeling, som skal udarbejdes på enhedsniveau.

Endvidere at sikre:



Vurdering og behandling af patienter, så hurtigt som deres tilstand kræver det

- Hurtig udarbejdelse af en fremadrettet, tværfaglig plan i forbindelse med indlæggelse og ambulante besøg (Psykiatrien)
- Et effektivt og koordineret patientforløb
- Inddragelse af patienten om muligt
- Inddragelse af nærmeste pårørende og relevante samarbejdspartner uden for institutionen, hvor patienten tillader det

Beskrivelse

Efter modtagelsen af patienten gennemføres efter behov en indledende vurdering, hvor problemstillinger beskrives og indledende behandling iværksættes (Triage). (Henvisning til akkrediteringsstandard 2.6.1)

Senest indenfor 24 timer efter modtagelsen af patienten udarbejdes en behandlingsplan. Tidspunktet for udarbejdelsen noteres i journalen med klokkeslæt.

Udarbejdelsen af behandlingsplanen er et lægefagligt ansvar. Kan delegeres på grundlag af udarbejdede retningslinjer gældende for afgrænsede patientgrupper.

Den enkelte afdelingsledelse fastlægger arbejdsgange, for hvem der er ansvarlig for udarbejdelse af behandlingsplaner.

Behandlingsplanen skal minimum indeholde:

- Relevante problemstillinger
- Arbejdsdiagnose
- Planlagte undersøgelser og behov for observation
- Eventuelle lægemiddelordinationer
- Iværksat behandling, pleje og rehabilitering
- Behandlingsmål
- Vurdering af genoptræningsbehov/rehabiliteringsbehov (herunder evt. viderehenvisninger til andre faggrupper eks. fysioterapi)
- Tildeling af sundhedsfaglig kontaktperson
- Forebyggelse (Dokumenthenvisning til retningslinjer vedr. KRAM-faktorer og ernæringscreening)
- Planlægning af udskrivelse (Dokumenthenvisning til samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivning)

Behandlingsplanen udarbejdes i samarbejde med patient og/eller pårørende, hvis patienten tillader det, og hvor det fysisk og psykisk er muligt. Patienten giver om muligt sit samtykke til behandlingsplanen. Samtykke til behandlingsplan noteres i journalen.

Revurdering af behandlingsplanen sker kontinuerligt ved:

Forfatter:
Dorte D. Ebeling, Jens Aa > Se pri.rn.dk for mere info

Faglig ansvarlig:
Sygehus-, sektorledelser > Se pri.rn.dk for mere info



Arvigende undersøgelsesresultater

- Betydelige ændringer i patientens tilstand
- Ændring i patientens diagnose(r)

Den enkelte enhed udarbejder instrukser for behandlingsplaner for specifikke patientgrupper til supplerung af denne vejledning, hvor der skønnes behov herfor. (Henviſning til retningslinjer/instrukser i.f.t standard 2.8.1 vedr. planlægning og udredningsforløb samt retningslinje vedr. samtykke)

Indikatorer og tærskelværdier

Somatikken

Behandlingsplanen skal udarbejdes ſenest 24 timer efter modtagelsen af patienten.

Ambulante patienter skal have lagt en behandlingsplan ved 1. beſøg

Psykiatrien

Behandlingsplanen skal udarbejdes ſenest 24 timer efter modtagelsen af patienten.

Der tale om en foreløbig plan og endelig plan skal foreligge ſenest 7 dage efter modtagelsen af patienten.

Ambulante patienter skal have lagt en behandlingsplan ſenest ved 2. beſøg

Indikatorer fra akkrediteringsstandard 2.7.1 samt 2.7.2

Indikator 1. Er opfyldt ved nærværende retningslinje samt lokale instrukser

Indikator 2. Ledere og medarbejdere kender og anvender retningslinjen

Indikator 3

Der er gennemført journalaudit, hvor følgende spørgsmål indgik: "Er der dokumentation for, at der er foretaget en indledende vurdering inden for den fastsatte tidsramme?". (Triage eller behandlingsplan med udgangspunkt i afdelingens instruks for patienter, som indlægges akut)

Indikator 4

Der er gennemført journalaudit, hvor følgende spørgsmål indgik: "Er der dokumentation for udarbejdelse af behandlingsplan inden for de fastsatte tidsrammer?".

Indikator 5

Der er gennemført journalaudit, hvor følgende spørgsmål indgik: "Svarer indholdet af behandlingsplanen til det, der er fastsat i ovenstående beskrivelse.

Referencer



Dokument: Godkendt den: Gældende for: Målgruppe:
Retningslinie: 11-11-2009 13:01:11 Region Nordjylland Klinisk personale:

Administr > Se
pri.rn.dk for mere
info

Side 1 af 1

1. Manual for anvendelse af VIPS, Aalborg Sygehus, 2004
2. Bekendtgørelse nr. 1373 af 12. december 2006 om lægers, tandlægers, kiropraktorers, jordemødres, kliniske diætisters, kliniske tandteknikers, tandplejeres, optikers og kontaktlinseoptikers patientjournaler
3. Bekendtgørelse nr. 1289 af 15. november 2007 om ændring af bekendtgørelse om lægers, tandlægers, kiropraktorers, jordemødres, kliniske tandteknikers, tandplejeres, optikers og kontaktlinseoptikers patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.)
4. Vejledning nr. 9229 af 29. april 2005 om sygeplejefaglige optegnelser
5. Vejledning nr. 9494 af 4. juli 2002 om sundhedspersoners tavshedspligt – dialog og samarbejde med patienters pårørende. Sundhedsstyrelsen
6. Lovbekendtgørelse nr. 1111 af 1. november 2006 om anvendelse af tvang i psykiatrien med senere ændringer
7. Samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivning, Region Nordjylland, 2008

Forfatter:
Dorte D. Ebeling, Jens Aa > Se pri.rn.dk for mere info

Faglig ansvarlig:
Sygehus-, sektorledelser > Se pri.rn.dk for mere info

OBS. Denne papirversion kan være ændret siden udskriften. Gældende version findes altid elektronisk på www.pri.rn.dk

Palliativ behandling af den uhelbredelige patient og omsorg for patientens pårørende

Problemstilling

At sikre den uhelbredeligt syge patient tilbud om værdig, respektfuld og evidens-baseret palliativ behandling samt støtte og omsorg til patientens pårørende

Målgruppe – modtagelse

Uhelbredeligt syge patienter og patienternes pårørende.

Definition af begreber

Palliativ behandling: en aktiv lindrende behandling, der indeholder

både behandling, pleje og omsorg, som tilbydes patienter med uhelbredelig progredierende sygdom (3).

Konsulent bistand: rådgivning fra fagperson, med relevant baggrund

Stamafdeling: sengeafsnittet patienten er tilknyttet, og som patienten primært indlægges på.

Institutioner i Region Nordjylland: Aalborg Sygehus, Sygehus Thy-Mors, Sygehus Himmerland, Sygehus Vendsyssel

Basisbehandling (5)

Den palliative indsats på basisniveau omfatter den indsats, der finder sted på de almindelige sygehusafdelinger og i hjemmet. På sygehus varetages indsatsen af afdelingens personale, og for hjemmевærende patienter af hjemmeplejen og praktiserende læger.

Den specialiserede behandling (5)

Den palliative indsats på ekspertniveau er målrettet patienter, der har komplekse symptomer, som kræver en specialiseret og/eller tværfaglig indsats, herunder også støtte til afklaring af psykosociale og eksistentielle problemer.

Formål

At sikre, at:

- Patienten tilbydes og oplever en palliativ behandling, der er værdig, respektfuld og empatisk, når kurativ behandling er udsigtsløs
- Pårørende til patienten inddrages i det palliative forløb på en værdig og respektfuld måde, når patienten ønsker det.

Dokument:
Retningslinie -
Klinisk

Godkendt den:
07-06-2010
11:06:33

Gældende for:
Anæstesi; Ortopædkirurg >
Se pri.rn.dk for mere info

Målgruppe:
Klinisk personale,



REGION NORDJYLLAND

Metode

Litteratursøgning og drøftelse med udgangspunkt i klinisk erfaring.

Anbefalinger

Anbefalinger er udarbejdet på baggrund af WHO's definition af palliativ indsats.

WHO's definition af den palliative indsats, dansk version

"at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art".

- Lindring af smerter og andre ubehagelige gener og symptomer
- Indsatsen har til formål at bekræfte livet og betragte døden som en normal proces, og har ikke til hensigt at udsætte eller fremskynde dødens indtræden
- Integrering af psykiske, sociale, åndelige og eksistentielle aspekter
- Omfatter et støttesystem, der hjælper patienten til at leve så aktivt som muligt og som hjælper de pårørende i sygdomsperioden og i den første del af forløbet efter dødsfaldet
- Indsatsen er baseret på en tværfaglig indsats og fokuserer både på patienten og de pårørende
- Består af åben information og kommunikation, hvor patient og familie mødes med respekt og bevarer mest mulig værdighed, tryghed, håb, medbestemmelse, kontrol, og får mulighed for at tage afsked (3).

Organisering af den palliative indsats

På institutionerne i Region Nordjylland tilbydes der både basis- og specialiseret palliativ behandling, indsatsen organiseres således:

- Den kliniske afdeling vurderer om patienten er uhelbredeligt syg, og det dokumenteres i journalen
- Der udarbejdes en behandlingsplan (standard 2.7.1 og 2.7.2) for patienten, og der tages stilling til livsforlængende behandling og genoplivning under hensyntagen til evt. livstestamente (standard 2.13.1), og det dokumenteres i journalen
- Er der behov for specialiseret behandling henvises til Det Palliative Team
- Det Palliative Team tilser patienten, vurderer indsatsmuligheder og lægger en behandlingsplan, der dokumenteres i journalen
- Behandlingsplanen revurderes kontinuerligt
- Kontinuerlig undervisning og opdatering til personalet både på basis og specialiseret niveau
- Fælles koncept for basisuddannelse i Region Nordjylland (2, side 19), tæt forankret i Det lokale Palliative Team.

Forfatter:
1. reservelæge Poul Therk > Se pri.rn.dk for mere info

Faglig ansvarlig:
1. reservelæge Poul Therk > Se pri.rn.dk for mere info

OBS. Denne papirversion kan være ændret siden udskriften. Gældende version findes altid elektronisk på www.pri.rn.dk

Dokument:
Retningslinie -
Klinisk

Godkendt den:
07-06-2010
11:06:33

Gældende for:
Anæstesi; Ortopædkirurg >
Se pri.n.dk for mere info

Målgruppe:
Klinisk personale;



REGION NORDJYLLAND

Basisbehandling

Den tværfaglige palliative behandling, pleje og omsorg, der foregår på basisniveau i alle kliniske afdelinger og i primærsektor.

Specialiserede behandling

Til varetagelse af den specialiserede palliative behandling under indlæggelse og i eget hjem har hver institution et palliativ team, der som minimum består af læge, palliationssygeplejerske, psykolog/psykoterapeut, fysioterapeut, præst og socialrådgiver (9). Der skal være mulighed for at konsultere en diætist (4).

Patienter, der har brug for specialiseret palliativ behandling, bør have mulighed for at blive tildelt en senge-plads i et særligt palliativt sengeafsnit på institutionen, hvor personalet har viden og kompetencer, så det kan varetage den specialiserede palliative behandling (hvor dette endnu ikke er etableret, udarbejdes der en lokal instruks for behandling og pleje til disse patienter).

Som en integreret del af den specialiserede palliative funktion ydes konsulentbistand til institutionens personale og personalet i primær sektor. Hyppighed og omfang vurderes individuelt.

Udgående funktion

Målgruppe: ikke indlagte og nyhenviste patienter med behov for palliativ behandling.

Udgående funktion retter sig mod patienter med behov for palliativ behandling og deres netværk, hvor der er mulighed for hjemmebesøg, telefonkonsultation og ambulante kontakt.

Udgående funktion varetages af ethvert medlem i Det Palliative Team, afstemt efter situationen.

Åben indlæggelse

Patienten, der har behov for palliativ behandling, tildeles en stamafdeling, hvor patienten indlægges når der er behov for lindrende behandling under indlæggelse, som i almindelighed vil kunne ske uden lægelig visitation. (Lokal instruks udarbejdes om, hvem der har kompetencen til at visitere patienter til åben indlæggelse).

På stamafdelingen tildeles patienten en sygeplejerske som sundhedsfaglig kontaktperson (standard 2.3.2)

Omsorg for patientens pårørende

- Pårørende medinddrages og vejledes i plejeprocedurer i det omfang som patient og pårørende ønsker det
- Mulighed for at pårørende kan opholde sig hos patienten og overnatte, når det er et ønske fra patient/og eller pårørende
- Forplejning tilbydes pårørende, når patienten er indlagt
- Pårørende gives mulighed for samtaler med relevante fagpersoner.
(Der skal udarbejdes lokal instruks)

Samarbejde med primærsektor

Patienten sikres et godt udskrivningsforløb ved rettidig og fyldestgørende information mellem de relevante samarbejdsparter, således at der sikres kontinuitet i behandlingen, og patienten oplever en god overgang mellem sektorerne ((1) 2.17.1, 2.17.2, 2.17.3, 2.17.4)

Hospice

Forfatter:
1. reservelæge Poul Therk > Se pri.n.dk for mere info

Faglig ansvarlig:
1. reservelæge Poul Therk > Se pri.n.dk for mere info

OBS. Denne papirversion kan være ændret siden udskriften. Gældende version findes altid elektronisk på www.pri.n.dk

Dokument:
Retningslinie -
Klinisk

Godkendt den:
07-06-2010
11:06:33

Gældende for:
Anæstesi, Ortopædkirurg >
Se pri.rn.dk for mere info

Målgruppe:
Klinisk personale.



REGION NORDJYLLAND

Patienten har også mulighed for at modtage specialiseret palliativ indsats på hospice (7 hospiceforums hjemmeside)

Indikatorer og tærskelværdier

-

Referencer

1. Akkrediteringsstandarder, den Danske Kvalitetsmodel, juni 2008
2. Rapport vedrørende organiseringen af den palliative indsats i Region Nordjylland 2009
3. WHO definition of Palliative Care 2002:
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> .
4. Hospice uden mure, MTV rapport, Sundhedsstyrelsen 2005, Sundhedsstyrelsen 2005
5. <http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Smertelindring/Basisniveau.aspx>
6. <http://www.drs.dk/lovgivning/patientlov.htm>
Lov om patienters retstilling, kap. 3, § 17,
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=87608>
7. Hospiceforum
<http://www.hospiceforum.dk/page460.aspx>
8. Sundhedsstyrelsen: Faglige retningslinier for den palliative indsats juni 1999.
http://www.sst.dk/publ/publ1999/palliativ_indsats/index.html
9. Sundhedsstyrelsen: Udviklingsperspektiver
<http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Smertelindring/Udviklingsperspektiver.aspx>
10. Foreningen for palliativ indsats,
<http://www.palliativ.dk/>
11. Kræftplan 2,
http://www.sst.dk/publ/Publ2005/PLAN/Kraeftplan2/bilag/Bilag_10_3_Palliativ_indsats.pdf
12. Palliativt Videncenter,
<http://www.pavi.dk>

Evidensstyrke

-

Forfatter:
1. reservelæge Poul Therk > Se pri.rn.dk for mere info

Faglig ansvarlig:
1. reservelæge Poul Therk > Se pri.rn.dk for mere info

OBS. Denne papirversion kan være ændret siden udskriften. Gældende version findes altid elektronisk på www.pri.rn.dk