



Psykiatri

Journalføring - vurderinger og indhold gældende for Region Hovedstadens Psykiatri			
Udgiver	Region Hovedstadens Psykiatri		
Dokumenttype	Vejledning	Version	1
Forfattere	Gitte Krogager	Gældende fra	28-04-2011
Faglig ansvarlig	Gitte Krogager	Næste revision	27-08-2012
Ændringskommentar			

Tekst i farven pink er særligt gældende for børne- og ungdomspsykiatrien

Formål

Denne vejledning har til formål at understøtte kontinuitet i patientbehandling og kommunikation mellem behandlende faggrupper, samt fremme kompleksitet og ensartethed i journalføringen i Region Hovedstadens Psykiatri. Vejledningen understøtter endvidere, at journalføringskrav i lovgivning og akkrediteringsstandarder tilgodeses.

Vejledningen fastlægger

Administrativt

1. Adgang til patientjournalen

1.1 Hvilke faggrupper noterer i patientjournalen

1.2 Patienters adgang til elektroniske journaldata i E-journal

2. Opbevaring og tilgængelighed af journalen - herunder ved brug af IT systemer

3. Administrativt krav til indhold i patientjournalen

3.1 Generelle krav til notater

3.2 Administrativ oprettelse af patientjournaler

3.3 Afslutning af patientforløb

Klinisk

4. Klinisk krav til indhold i patientjournalen

4.1 Dokumentation af den indledende vurdering

4.2 Kontaktoplysninger

4.3 Behandlingsplan

4.4 Revurdering af behandlingsplaner

4.5 Udskrivning og overflytninger

Indhold i epikrise

Dokumentation ved overflytning

4.6 Særligt om journaler for ambulante forløb, afgrænset og fuld ambulant journal

5. Samlet overblik over alle kliniske krav til indhold i patientjournalen gennem hele patientforløbet

5.1. Udrednings- og behandlingsoplysninger, samt patientinformation på indlagte patienter og ambulante patienter med fuld journal

5.2. Krav til indhold i afgrænset ambulante journal

5.3. Ordinationer

Instruks 1: Lægelig vurdering og journalføring for Region Hovedstadens Psykiatri

Instruks 2: Sygeplejefaglig vurdering og journalføring i Region Hovedstadens Psykiatri

Instruks 3: Fysio- og ergoterapeutfaglig vurdering og journalføring (regional med psykiatritilføjelse)

Instruks 4: Diætisters vurdering og journalføring (regional med psykiatritilføjelse)

Instruks 5: Psykologisk vurdering og journalføring (regional med psykiatritilføjelse)

Instruks 6: Socialfaglig vurdering og journalføring (kun i psykiatrien)

Målgruppe og anvendelsesområde

Vejledningen retter sig mod alle psykiatriske centre i RHP, og gælder for alt personale, der har adgang og pligt til at journalføre og læse journalnotater.

Omfattet er journaler for både indlagte og ambulante patienter.

Afgrænsning

Vejledningen adresserer ikke speciale- eller målgruppespecifikke vurderings- og dokumentationsbehov.

Fremgangsmåde

Administrativt

1. Adgang til patientjournalen

Følgende har adgang til patientjournalen:

§ Patienten har som hovedregel ret til aktindsigt i egen journal (jf. aktindsigt)

§ Ansatte i psykiatrien, der er aktivt involverede i det aktuelle patientforløb, herunder uddannelsessøgende eller studerende

§ Personer, der er udpegede til at gennemføre kvalitetskontrol, herunder af journaldokumentation

§ Ansatte kliniske projektledere og -medarbejdere fra hospitalets forskningsprojekter, der er godkendt i Videnskabsetiske komitéssystem.

Adgang herudover kræver patientens informerede samtykke.

§ Ved kopiering af journal til patient: Alle notater, herunder notater fra tilsyn fra andre afdelinger, skal fremgå og må ikke overstreges.

1.1 Hvilke faggrupper noterer i patientjournalen

Følgende personalegrupper dokumenterer vurderinger, ydelser og effekt af indsatsen i patientjournalen:

- ° Læger (indhold i vurderingen - se Instruks Instruks 1: Lægelig vurdering og journalføring for Region Hovedstadens Psykiatri)
- ° Sygeplejersker Sосу-assistenten, Sygehjælpere, Plejere (indhold i vurderingen – se instruks 2: Sygeplejefaglig vurdering og journalføring i Region Hovedstadens Psykiatri)
- ° Fysioterapeuter & ergoterapeuter (indhold i vurderingen – se Instruks 3: Fysio- og ergoterapeutfaglig vurdering og journalføring (regional med psykiatritilføjelse))
- ° Diætister (indhold i vurderingen – se Instruks 4: Diætisters vurdering og journalføring (regional med psykiatritilføjelse))
- ° Psykologer (indhold i vurderingen – se Instruks 5: Psykologisk vurdering og journalføring (regional med psykiatritilføjelse))
- ° Socialrådgivere se Instruks 6: Socialfaglig vurdering og journalføring (kun i psykiatrien)
- ° Skolelærere tilknyttet indlagte børn
- ° Pædagoger
- ° Sekretærer
- ° Vikarer for nævnte faggrupper
- ° Nævnte faggruppers uddannelsessøgende under ansvar overfor deres vejledere.

Overordnet indhold i udvalgte personalegruppers vurdering findes i bilag 1-6.

Vær opmærksom på, at der også kan være/er lokale dokumenter på området.

Hvis yderligere personale skal have adgang til at dokumentere i journalen, skal det fastlægges i instrukser på de enkelte centre.

1.2 Patienters adgang til elektroniske journaldata i E-journal

Alle data og journalnotater, som er indtastet i Opus Notat, vil automatisk blive overført til E-journal på Sundhed.dk, hvor patienter over 15 år via digital signatur kan få adgang til at se egne oplysninger.

Oplysningerne vises med 14 dages forsinkelse fra indtastningen. Patienten skal ikke give samtykke til overførslen af data.

For alle notater indført efter 1. januar 2010 er der ikke begrænsninger i patientens adgang til notaterne.

Lægen skal ved den indledende vurdering og journalføring tage stilling til, om der er grund til at forhindre patientens adgang til egne journaldata, jf. regler om aktindsigt. Hvis lægen finder, at der er grund til at blokere for patientens adgang til oplysninger i patientens i E-journal, sendes mail til administrator med meddelelse herom: e-journal@regionh.dk (jf. Aktindsigt). Beslutningen om blokering af patientens adgang til at se egne journaloplysninger i E-journal skal anføres i patientjournalen med dato, begrundelse og navn på den ansvarlige for beslutningen.

Såfremt der ikke er grund til blokere patientens adgang til E-journal, skal lægen intet foretage sig.

2. Opbevaring og tilgængelighed af journalen

Opbevaring

Journalen skal opbevares utilgængeligt for uvedkommende under det aktuelle behandlingsforløb og ved arkivering. Patientjournalen skal opbevares 10 år regnet fra det sidste notat i journalen. Herefter følges statens arkivregler. LINK til vejledning om bevaring af data og patientjournaler.

Tilgængelighed og IT systemer

Under indlæggelsen skal journalen følge patienten, herunder til undersøgelser, procedurer og ifm. overflytninger.

§ Hvor der anvendes elektronisk dokumentation med Nødweb (f.eks. EPM og LABKA), kan print til papirjournalen fravælges

§ Hvor der anvendes elektronisk dokumentation uden Nødweb, skal der (f.eks. Opus Notat, SFI skemaer) som udgangspunkt foretages udprint til patientjournalen, herunder af løbende patientobservation eller -behandling (væske, smerte, observationsskemaer mv.), der har betydning for kontinuitet i den løbende observation og behandling af patienten.

§ Elektronisk indberettede dødsattester skal udprintes til papirjournalen.

3. Administrativt krav til indhold i patientjournalen

3.1 Generelle krav til notater i patientjournalen

Notater i patientjournaler skal efterleve følgende krav:

- ° Alle notater i journalen skal være letlæselige
- ° Skriftfarve er sort
- ° Alle notater indskrives i kronologisk rækkefølge

° Tidsangivelse:

s Alle notater dateres (dato/måned/år)

s **Ved akutte notater:** Anføres tillige klokkeslæt (dato/ måned/ år/ klokkeslæt). Det er tidspunktet for vurderingen som dokumenteres (og ikke tidspunktet for skrivning af notatet i journalen). Dette inkluderer alle akutte tilsyn, observationer og behandlinger, udskrivningstidspunkter til og fra akutmodtagelser, skadestuer mv.

- ° Journalen skrives på dansk, dog kan lægelige diagnoser skrives på latin
- ° Hvis der anvendes forkortelser, skal de være entydige og generelt anvendte
- ° Alle dokumenter i patientjournalen mærkes entydigt med patient ID og afdelingsnummer, herunder kladder
- ° Enhver kontakt med patienten, der har vurderings- eller behandlingsindhold dokumenteres i journalen
- ° Alle lægelige tilsyn til patienten dokumenteres i journalen. Hvor relevant anføres, hvornår patienten skal ses af læge igen
- ° Alle telefoniske kontakter med læge eller andet behandlingspersonale omkring patientbehandlingen skal journalføres
- ° Alle bånd skal mærkes entydigt med Pt.ID og dato
- ° **Identifikation af forfattere i patientjournalen**

s **Notater:** Som minimum anføres sundhedspersonens initialer ved notater i journalen. Dette kræver at en liste over de journalførende ansattes initialer vedligeholdes og opbevares (denne skal opbevares i mindst 10 år).

s **Observations- og behandlingsskemaer:** Her anvendes initialer, fx på anæstesi-, medicin- og andre skemaer

s **Ved tilsyn fra andre afdelinger:** Her anføres sundhedspersonens fulde navn, stillingsbetegnelse og tilsynsafdeling.

- ° Alle studerende, der noterer i journalen, skal udover navn anføre, at de er studerende
- ° Der må ikke slettes tekst i journalen. Ved rettelse af skrivefejl mv. skal det ske på en sådan måde, at den oprindelige tekst bevares. Det skal tydeligt fremgå, hvem der har foretaget rettelsen og hvornår.

° **Ved diktat:**

S Såfremt lægens eller andre faggrupper indledende journalnotat dikteres på bånd eller anden dikteringsløsning, der ikke skrives direkte, anføres diagnose, medicin og øvrige ordinationer på et kladde ark til anvendelse indtil journalnotatet foreligger.

S Utilstrækkelige eller uforståelige notater eller huller ifm. renskrivning efter diktat skal afklares med dikterende læge, og efterfølgende skal der rettes i journalen, jf. ovenstående om rettelser.

3.2 Administrativ oprettelse af patientjournaler

Ved oprettelse af patientjournaler skal følgende anføres – hentes fra GS:

- ° Patientens basisdata: Navn, CPR-nummer, alder, køn, bopæl, kommunekode
- ° Navn, telefonnummer og adresse på egen læge
- ° For gruppe 2 sygesikringspatienter skal det fremgå, hvortil epikrisen skal sendes
- ° Navn og telefonnummer på henvisende læge
- ° BUP: Eller andre henvisende instanser
- ° Angivelse af transportform, hvis ikke selvtransporterende
- ° Angivelse af indlæggelsesmåde
- ° Dato og tidspunkt for oprettelse af journalen og indlæggelse af patienten.

Herudover skal følgende registreres:

- ° For børn og unge under 18 år, oplysninger om forældremyndighedsindehaver.
- ° Angivelse af evt. behov for tolkebistand
- ° Patientens telefonnummer, evt. e-mailadresse
- ° Nærmeste pårørende og kontaktoplysninger.
- ° BUP: Specialiseringsniveau (hovedfunktion/regionsfunktion/højt specialiseret funktion) angives.

Ved nye indlæggelser skal eksisterende oplysninger kontrolleres.

3.3 Afslutning af et patientforløb

Når et patientforløb afsluttes, skal følgende dokumenteres i patientjournalen:

- ° **Dato for lægelig færdigbehandling af patient** – dato registreres i GS! Åben som avis til kommunen

- ° Aftaler om evt. kontrol
- ° Evt. aftaler med primær sektor
- ° Udleverede hjælpemidler, medicin mv
- ° Instruktioner/informationer givet til patienten
- ° Stillingtagen til evt. genoptræningsbehov og kopi af genoptræningsplan
- ° Kopi af lægelig epikrise og sygeplejeepikrise hvis relevant
- ° Anførelse af evt. stående indlæggelse
- ° Diagnose- eller procedurekoder mhp. medicinalstatistik og takstafregning (L/L – takst eller DRG)
- ° Ved patientens dødsfald placeres papirprint af dødsattest i journalen – jf. Ligsyn og elektronisk dødsattest
- ° Behov for udskrivningsaftale/koordinationsplan
- ° Retspsykiatrisk foranstaltning

Epikriser

- ° Udfærdiges ved
 - s Overflytning til andre centre i Region Hovedstadens Psykiatri
 - s Udskrivelse, også udskrivelse fra døgnafsnit til videre opfølgning i ambulant regi
 - s Afslutning af ambulant forløb (ved indlæggelse fra ambulant regi til døgnafsnit udarbejdes overflytningsnotat)
 - s Overflytning eller viderehenvielse af patienten til andet hospital, uden for Region Hovedstadens Psykiatri
 - s Hvis en patient vælger at forlade afdelingen, ambulatoriet eller skadestuen (efter behandling er indledt) mod givent råd og før behandlingen er tilendebragt, sendes epikrise til egen læge og det angives at patienten har valgt at forlade behandlingen før denne er tilendebragt og mod givent råd
- ° Patientens kontaktlæge eller den læge, der har ansvar for udskrivning af patienten, udarbejder epikrisen i forbindelse med udskrivningen
- ° Epikrisen sendes elektronisk til patientens praktiserende lægesamt henvisende instans **senest 3 hverdage** efter udskrivelsen, forudsat at patienten ikke har frabedt sig dette (der skal ikke indhentes samtykke)
- ° Hvis epikrise udfærdiges i forbindelse med overflytning til videre behandling indenfor RHP, skal der foreligge dokumenteret overflytningsaftale. **Epikrisen skal i så fald foreligge ved overflytningen.**
- ° Epikrisen kan udleveres til patienten, hvis dette er centrets eller afdelingens praksis
- ° Epikrisen udfærdiges i GS! ÅBEN- fra efteråret 2009 udfærdiges disse i OPUS arbejdsplads.

Ved dødsfald

Hvis patienten afgår ved døden under indlæggelsen, sendes hurtigst muligt oplysning om dette til patientens praktiserende læge eller gruppe 2 læge.

Hvis patientens praktiserende læge eller gruppe 2 læge efterfølgende anmoder om oplysninger omkring

sygdoms- og behandlingsforløbet, må afdelingen oplyse om:

- ° Sygdomsforløb
- ° Dødsårsag
- ° Døds måde

Videregivelse af disse oplysninger til patientens praktiserende læge eller gruppe 2 læge forudsætter, at det ikke må antages at stride imod afdødes ønske og hensynet til afdøde, eller andre private interesser ikke taler afgørende imod videregivelsen af oplysningerne.

(Der ventes en regional vejledning fra RHP)

Klinisk

4. Klinisk krav til indhold i patientjournalen

4.1 Dokumentation af den indledende vurdering

Den indledende vurdering ved læge, og sygeplejerske skal være tilgængeligt senest 24 timer efter indlæggelsen og senest ved 2. ambulante besøg.

BUP: Ved ambulante forløb kan den indledende vurdering foretages af andre faggrupper end læger. Derudover gælder for BUP, at den indledende vurdering altid afsluttes med behandlingsplanen (se også journalomslag samt manual for journalføring for læger og andre behandlere i børne- og ungdomspsykiatrien.

Den indledende vurdering omfatter:

- ° **Årsagen til den aktuelle patientkontakt, herunder evt. retslige- eller tvangsforanstaltninger**

s Psykiatrilov/straffelov, frivillig indlæggelse eller under tvang, evt. retslig foranstaltning

- ° Aktuelle oplysninger om **allergi/CAVE** anføres i journalen og på forsiden af journalen i **CAVE rubrik:**

s Kendte allergier ifht. lægemidler, fødemidler, tekstiler (f.eks. gummi, latex, plaster) og biologiske f.eks. hvepsestik

s CAVE oplysningerne skal dateres og signatur påføres. Når der ikke er kendte allergier, dokumenteres dette med et minus.

s I EPM skal alene anføres lægemiddelallergier i CAVE felt. Disse oplysninger skal kontrolleres ved efterfølgende indlæggelser

- ° **Dispositioner:**

s Medfødte eller tidligere konstaterede sygdomme

s Familiære dispositioner

s Aktuelle sygdomme ud over de der førte til kontakten

s Aktuelle symptomer og behov relateret til årsagen for kontakten

- ° For BUP: Relevante milepæle i udvikling

- ° **Tidligere sygehistorie, behandling og effekt heraf**

s Udbygget psykiatrisk anamnese med angivelse af psykofarmakologisk behandling og effekt og bivirkninger

- ° **Aktuelle sygehistorie og symptomer**

- s Debutform, aktuelle symptomer, sværhedsgrad og varighed, eventuelle interventioner og effekt af disse
- ° **Patientens sociale og familiære data**, herunder børn ([LINK til vejledning om børn af psykisk syge](#))
 - s For BUP: Også forældremyndighed
- ° Patientens forståelse af egen situation
- ° **Somatisk sygehistorie**, herunder
 - s Væsentlige tidligere sygdomme
 - s Ernæringscreening ([LINK til både BU og voksen](#))
 - s Risiko for metabolisk syndrom
 - s Smerter
 - s Motionsvaner
 - s MRSA (se nedenunder)
- ° **Multiresistente bakterier (risiko og bærertilstand):**
 - s **MRSA** status og evt. mistanke (jf. [Isolationsregimer ved Methicillin resistente Staphylococcus aureus \(MRSA\)](#))
 - Tidligere påvist?
 - I husstand?
 - Indlagt udenlands indenfor 12 måneder (udenfor Norden og Holland)
 - s **Aktuelt i behandling for smitsomme sygdomme**, herunder for andre multiresistente bakterier
 - s **Andre multiresistente bakterier**, f.eks. ESBL producerende
 - s **Stillingtagen til evt. isolation**
- ° **Misbrug**
 - s Varighed, stofgrupper og frekvens
- ° **Tobak og alkoholforbrug**
 - s Kvantitativ angivelse af omfang af forbrug
 - s For BUP: Gælder for ungdomspsykiatriske patienter
- ° **Medicinstatus**, herunder ([LINK til medicinvejledning 2](#))
 - s Medicinafstemning med EPM
 - s Dosisangivelse
 - s Indikation
 - s Eventuel varighed af behandling
 - s Naturlægemidler
- ° **Objektiv somatisk undersøgelse**
 - s Puls, blodtryk evt. temperatur, øjenforhold, stetoskopi af hjerte og lunger, palp. af abdomen.

s Neurologisk undersøgelse ud fra vurdering

° **Objektiv psykiatrisk undersøgelse**

s Bevidsthedstilstand, kognitive forhold, orientering

s Kontakt (formel og emotionel)

s Stemningsleje (løftet, neutral, forsænket).

s Psykomotorik og psykisk tempo

s Affekt (flad, naturlig, labil, inkontinent)

s Produktiv psykotisk symptomatologi (vrangforestillinger, hallucinationer, formelle tankeforstyrrelser).

s **Selvmondsrisikovurdering** – antal positive svar af de 8 screeningsspørgsmål og samlet klinisk vurdering ([LINK til selvmordsrisikovurdering](#))

° **Fysisk funktionsvurdering og vurdering af risiko for fald** ([LINK til journalføring – sygepleje](#))

s Patienten fuldt selvhjulpen?

s BUP: Patienten alderssvarende

s Funktionsvurdering (jf. bilag 1a, i sygeplejefaglig vurdering og journalføring)

s **Faldrisiko:** Fx uforklarede fald, svimmelhed/balanceproblemer, medicin- eller alkoholpåvirkning, efter anæstesi mv. ([LINK til faldrisiko](#))

• Ved funktionsnedsættelse, der opnår 10 point eller derover i funktionsvurderingen, betragtes patienten også som faldtruet

s BUP: Faldrisiko vurderes på særligt skema (se bilag 1)

Samlet vurdering

° **Arbejdsdiagnose**

° For BUP: Er patienten stabil/ikke stabil

° For BUP: Formål med og skønnet varighed af indlæggelse/udredning og behandling

° **Ordinationer, herunder:**

s Medicinordinationer

s Observationsniveau - NB sammenhæng med suicidalvurdering

s Specifikke somatiske eller psykiatriske observationer

s Udgang

s Paraklinik – blodprøver – billeddannende teknikker

s For BUP: Dette punkt kommer under behandlingsplanen

° **Information givet til patient/familie**

s Mundtlig orientering vedr. diagnose, undersøgelses- og behandlingstilbud, varighed af indlæggelse etc.

s Det noteres, hvad der er udleveret af skriftlig information.

s For BUP: Dette punkt kommer under behandlingsplanen

- ° Vurdering af patientens viden om **aktuelle sygdom, informationsbehov** og forståelse
- ° **Barrierer for kommunikation** og begrænsninger i patientens evne til at modtage information (motivation, manglende læsefærdigheder, blindhed, døvhed, andet sprog mv.).
- ° **Behov for tidlig planlægning af udskrivelse**, her skal overvejes hvilke foranstaltninger der skal iværksættes for at patienten kan udskrives fx ved komplekse funktionsmæssige, sociale eller behandlingsmæssige problemstillinger der vil kræve involvering af fx kommunale instanser, patientens praktiserende læge, familie mv.
- ° For BUP: Indledende vurdering afsluttes med en **behandlingsplan**, indeholdende:
 - ° Ordinationer, herunder:
 - s Specifikke somatiske og psykiatriske observationer
 - s Forhold vedrørende udgang
 - s Observationsniveau - NB sammenhæng med suicidalvurdering
 - s Parakliniske undersøgelser
 - s Medicinordinationer
 - s Forberedelse af udskrivelse
 - ° Information givet til patient/familie
 - ° Dokumentation af informeret samtykke
 - ° Navne på sundhedsfaglige kontaktpersoner
 - ° Tidspunkt for revurdering af behandlingsplan (For indlagte senest 7 dage og for ambulante ved klinisk konference se også punkt 4.4)

4.2 Kontaktoplysninger

Alle journaler skal indeholde oplysninger om:

- ° Navne på **sundhedsfaglige kontaktpersoner** (skal udpeges indenfor 24 timers indlæggelse, hvor indlæggelsen forventes at vare mere end 24 timer og ved 2. ambulante besøg jf. Kontaktpersoner)
- ° Navne på de pårørende, der kan få helbredsoplysninger, ifølge samtykke fra patienter over 15 år
- ° Navne på eventuelle genoptræningsansvarlige personer (kontaktpersoner) og på eventuelle tværsektorielle kontaktpersoner for kronikerforløb (f.eks. Diabetes og KOL)
- ° Beslutninger truffet på afdelingskonferencer - herunder hvem der er ansvarlig for eventuelle beslutninger om fortsat undersøgelses- eller behandlingsprogram

4.3 Behandlingsplan

En koordineret plan for behandling, pleje og rehabilitering af patienten skal lægges så tidligt som muligt.

Behandlingsplanen udarbejdes på grundlag af den indledende vurdering og behandlingsplan skal foreligge 24 timer efter indlæggelse og senest ved 2. ambulante besøg:

For BUP gælder, at behandlingsplanen skal foreligge umiddelbart i forlængelse af den indledende vurdering. (Se punkt 4.1)

Planen synliggør kort- eller langsigtede mål for den samlede behandlings forventede effekt samt hvad der er aftalt mellem patient og behandler.

Planen inkluderer, når det er muligt, hvornår det forventes, at patienten kan udskrives og overvejelser om behovet for planlægning heraf.

Anvendes der standardplaner, -programmer eller -protokoller, kan der henvises til disse som en del af behandlingsplanen.

° **Psykiatrisk aktionsdiagnose og bidiagnoser**

s Gerne differentiel diagnostiske overvejelser.

s Retslige diagnoser

° **Psykiatrisk status**

s Aktuell psykiatrisk symptomatologi.

s **Selvordsrisikovurdering** indeholdende bl.a. brugen af de 8 screeningsspørgsmål.

s **Stabil/ikke stabil.**

s GAF-score

° **Vurdering af effekt af behandling – herunder bivirkninger af evt. medicinsk behandling**

° **Somatisk status**

s Aktuell somatisk sygdom.

s Evt. somatisk kronisk sygdom.

s Evt. ernæringsrisiko

s Risiko for metabolisk syndrom.

° **Social status**

s Bolig, økonomi, erhverv.

s Mindreårige børn.

o **Psykiatrilov/straffelov:** Frivillig/tvang evt. retslig status

o **Mål for behandling**

o **Plan for undersøgelse og behandling,** herunder

s Medicinordinationer. (indikation og præparatnavne)

s Psykoterapi. (type, form),

s Sociale tiltag.

s Tværfaglige tiltag.

s Miljøterapi.

s Psykoedukation.

s Tiltag til forebyggelse af tvang. ([LINK til eftersamtaler ved ophør af tvang](#))

° **Skønnet varighed af indlæggelse/forberedelse af udskrivelse**

S Skønnet angivelse i dage/uger/måneder.

S Kontakt til samarbejdspartnere

S Betaling af medicin

S Evt. tvungen opfølgning

° Udskrivningsaftale/koordinationsplan – hvis relevant

° Pårørendekontakt

° **Informeret samtykke**

S Samtykke til behandlingsplan og eventuelle særskilte samtykker til andre foranstaltninger f.eks. ECT og forskning beskrives.

° Tidspunkt eller kliniske milepæle for **revurdering** af planen.

S Ca. antal dage, uger, måneder

° **Navn på behandlingsansvarlig læge**

4.4 Revurdering af behandlingsplaner

Behandlingsplaner revideres ved væsentlige ændringer i patientens tilstand eller signifikante diagnostiske fund, og for patienter i langvarig ambulant behandling minimum 1 gang årligt.

For voksenpsykiatrien indeholder revurdering af behandlingsplanen minimum:

° Patientens aktuelle tilstand

° Effekten af behandlingen

° Patientens reaktion på behandlingen

° Indtrådte komplikationer eller bivirkninger

° Revurdering i forhold til mål, plan og undersøgelser fra foregående behandlingsplan(er)

° Ny tid for revurdering

For BUP skal første revurdering af behandlingsplan foreligge; for indlagte senest inden 7 dage og for ambulante ved klinisk konference. Revurderingen indeholder minimum:

° Psykiatrisk aktionsdiagnose og bidiagnoser

S Også gerne differential diagnostiske overvejelser, retslige diagnoser, selvmord/selvmodsforsøg

S Eventuelt diagnosenummer

° Status

S Psykiatrisk status, herunder selvmordsrisiko og vurdering af stabilitet, Gerne vurdering af GAPD

S Somatisk status

S Social status

° Eventuelle komplikationer i forløbet

- Vurdering af effekt af behandling – herunder bivirkninger af evt. medicinsk behandling
- Psykiatrilov/straffelov – hvis relevant
- Mål for behandling

S Her angives mål for patienten og mål for forældrene. Det præciseres, hvad centret kan tilbyde

- Plan for undersøgelse, f.eks

S Somatisk vurdering, henvisning til speciallæge fra andet speciale, struktureret/semistruktureret interview, psykologisk undersøgelse (art og omfang), inddragelse af socialrådgiver, miljøobservation, vurdering af effekt og bivirkninger af medicin.

S Parakliniske undersøgelser.

S Indhentning af oplysninger fra andre instanser.

- Plan for behandling

S Behandlingselementer præciseres. F.eks.

S Psykofarmakologisk behandling (art og indikation angives), miljøterapi, psykoterapi, psykoedukation, ernæring, forebyggelse af tvang.

S Effekt af behandling skal løbende vurderes. Eventuelle komplikationer skal registreres.

S Bivirkninger skal indberettes jf. retningslinierne til både Lægemiddelstyrelsen og RHP's lægemiddelkomité.

- Skønnet varighed af indlæggelse/forberedelse af udskrivelse

- Udskrivningsaftale/koordinationsplan – hvis relevant

- Forældrekontakt – herunder vejledning

- Informeret samtykke

- Tidspunkt for næste planlagte revurdering

S Det anføres, at behandlingen løbende justeres ved notater i journalen samt at næste planlagte revurdering af behandlingsplanen sker senest ved klinisk konference (dato).

- Navn på forløbsansvarlig kontaktperson, kontaktperson på afsnittet og ansvarlig speciallæge

4.5. Udskrivning og overflytninger

Ved udskrivning skal patientens transportbehov/transportmuligheder overvejes. ([LINK til vejledning om transport indenfor Danmark](#))

Epikrisen indeholder

- **Aktionsdiagnose og bidiagnoser** med diagnosekoder, evt. retslig foranstaltning anført i epikrisens diagnosefelt
- **Årsag til indlæggelsen**
- **Resumé af sygdomsforløbet**, herunder begrundelse for væsentlige ændringer i hidtil given medicin
- **Behandlinger og diagnostiske procedurer**

S Beskrivelse af medicinsk behandling (både psykofarmakologisk og somatisk medicinering), eventuel psykologisk testning, billeddiagnostiske procedurer.

° Oplysninger om anvendelse af **tvang** under indlæggelse, samt forslag fra patienten til forebyggelse af tvang, dvs. resultater fra eftersamtaler

° **Medicinsk behandling ved udskrivelse**

s Fuld medicinstatus.

Medicinafstemning. Dvs. den medicin patienten udskrives med (f.eks. skift til analoge præparater, som patienten sædvanligvis anvender). Disse oplysninger hentes fra EPM "Medicin ved udskrivelsen".

For patienter, der ved indlæggelsen modtager **dosisdispenseret** medicin fra et apotek i primærsektor, tages stilling til, om apoteket fortsat skal dosisdispensere medicin efter udskrivningen.

s Stillingtagen til aftrapning af benzodiazepiner hvis relevant

s Medgivet medicin og evt. recept ved udskrivningen og eventuel angivelse af behandlingsvarighed.

° **Psykoterapi:** Hvilken form for terapi der er tale om, formålet med terapien samt et kort resumé af forløbet

° Oplysninger om **patientens aktuelle helbredsmæssige tilstand**, herunder

s Aktuel psykiatrisk status, gerne med reference til status ved indlæggelsen.

s Angivelse af eventuel reduktion i funktionsniveau ved udskrivelsen.

s Eventuelt udfærdiget genoptræningsplan.

s Eventuel ernæringsmæssig risiko og plan for energibehov og kostform, hvor relevant.

s Eventuel socialmedicinske foranstaltninger eksempelvis kontakt til støtte-kontaktperson.

° Oplysninger om **KRAM-faktorer** (kost, rygning, alkohol, motion) videregives når relevant.

° **Parakliniske resultater**

° **Instruktion givet til patient** (eller pårørende), herunder

s Fremtidige aftaler på centret eller andet behandlingssted

s Eventuelle anbefalinger om opfølgning og videre behandling i relation til sundhedsfremme og forebyggelse.

s Eventuelt genoptræningsplan og foranstaltede kontakter.

° Angivelse af evt. **udestående af undersøgelsesresultater**, som vil blive eftersendt

° **Udskrivningsaftale/koordinationsplan** såfremt dette er indgået

Sygeplejeepikrise ved udskrivning til institutioner i primær sektor

Hvis patienten afsluttes til hjemmesygepleje eller institutioner i primær sektor, udfærdiges foruden den lægelige epikrise en sygeplejeepikrise, der redegør for patientens aktuelle fysiske og psykiske funktionsniveau, medicinering, ernæring, hjælpemidler samt øvrige oplysninger, der er nødvendige for at sikre kontinuitet i pleje og behandling af patienten

Dokumentation ved overflytning

Ved **overflytning** på eget center mellem døgnafsnit eller fra ambulant afsnit til døgnafsnit eller mellem ambulante afsnit:

° Skal den **aktuelle patientjournal eller kopi heraf følge patienten**

° Skal der udarbejdes **overflytningsnotat** til modtagende afdeling, der resumerer:

s Relevant diagnose

s Hittidige indlæggelsesforløb,

s Beskrivelse af patientens aktuelle tilstand, problemer og behandling indtil overflytningstidspunktet

s Vurdering af risiko for selvmord

s Årsag til overflytningen

s Aktuelle medicinering

s Navnet på patientens kontaktlæge.

s Desuden anføres **overflytningsaftale** mellem det afsnit der overflytter patienten og det afsnit der skal modtage patienten, herunder navnet på den læge som overflytningen er aftalt med samt at overflytningen er accepteret af modtagende afsnit. Hvis overflytning er aftalt med en sygeplejerske, skal navnet på denne anføres.

° Skal der udfærdiges et overflytningsnotat for sygeplejen

4.6 Indhold i ambulante journaler

Når vurderingen er foretaget af ikke lægefagligt personale, skal den godkendes af en læge.

Fuld ambulant journal

Som udgangspunkt skal journalføring for ambulante forløb følge de generelle krav angivet i afsnittet ovenfor.

Krav om oprettelse af fuld ambulant journal gælder, når:

° Patienten henvises i et nyt sygdomsforløb, hvor der ikke foreligger journal i relation til den aktuelle problemstilling, og hvor hospitalet er ansvarligt for patientforløbet.

° Patienten henvender sig på egen foranledning med nyt sundhedsproblem.

Afgrænset ambulant journal

Krav om afgrænset ambulant journal gælder, når:

A. Der er et forudgående indlæggelsesforløb og patienten er henvist til ambulant efterbehandling fra samme eller anden hospitalsafdeling, herunder psykiatriske centre.

B. Patienten er diagnosticeret og henvist fra praktiserende læge eller anden med henvisningsret til fokuseret udredning og eller behandling, og hvor den henvisende læge er ansvarlig for patientforløbet.

Ad A.) Hvis patienten inden for 30 dage overgår til ambulant behandling i samme behandlingsforløb efter indlæggelse i samme afdeling eller i anden psykiatrisk afdeling på hospitalet, anses indlæggelsesjournalen som fyldestgørende mht. generel objektiv undersøgelse og vurdering.

Den ambulante journalføring bliver herved en supplerende konsultation til den generelle journal, og journalføringen omfatter relevant opfølgning i det igangværende ambulante behandlingsforløb, herunder:

- o ajourføring af sygdomshistorien
- o betydningsfulde ændringer i patientens tilstand
- o ajourføring i forhold til det ambulante tilbud/tiltag

Ad B.) Gælder for patientforløb, hvor den praktiserende læge eller anden med henvisningsret, ønsker

definerede konkrete og afgrænsede diagnostiske og/eller behandlingsmæssige opgaver udført.

I denne sammenhæng er kravet om journalføring alene at angive relevante oplysninger, som kræves for at belyse eller behandle den aktuelle problemstilling i nødvendigt omfang. For Region Hovedstadens Psykiatri er dette gældende for patienter der henvises til ambulatorier med henblik på:

- Udredningsforløb
- Behandling via pakkeforløb

Henvissende praktiserende læge har ansvaret for den efterfølgende opfølgning i patientforløbet, hvilket bør fremgå af epikrisen.

Behandlingsplaner for patienter i ambulat behandling

Som nævnt under afsnittet med behandlingsplaner, skal behandlingsplaner udarbejdes senest ved 2. ambulante besøg. Behandlingsplanen skal revideres ved væsentlige ændringer i patientens tilstand eller signifikante diagnostiske fund og som min. én gang årligt.

Krav til indhold i behandlingsplan og revurdering af denne fremgår under punkter herom tidligere i dokumentet.

Ambulante behandlingsnotater til patientens læge

Ambulante behandlingsnotater afsendes løbende til patientens praktiserende læge eller anden sygehusafdeling, der også følger patienten ambulant, når det er relevant. Det kan f.eks. være tilfældet i forbindelse med halvårlige kontroller af ADHD patienter.

Disse notater erstatter ikke en epikrise, der skal udfærdiges ved afslutningen af det ambulante forløb.

Årligt resumé for patienter i langvarig ambulant behandling

For patienter der i et år eller mere modtager ambulant behandling, skal der som min. én gang årligt udarbejdes et resumé. Resuméet er indeholdt i behandlingsplanen og udarbejdes som en del af denne ved den årlige revision. For at behandlingsplanen opfylder kravet til resumé skal flg. områder være dokumenteret i behandlingsplanen:

- § alle væsentlige diagnoser og behandling
- § status på det/de aktuelle helbredsproblemer som patienten behandles for ambulant
- § aktuel behandling med lægemidler
- § allergier
- § tidligere indlæggelser – kontakt til andre ambulatorier/klinikker

Lægen udfærdiger behandlingsplanen inkl. resumé, som sendes til

§ Praktiserende læge

§ Anden sygehusafdeling hvis patienten også følges ambulant der (Det kan fx være tilfældet, når patienten kontrolleres i somatisk sygehusregi – ambulatorier/klinikker - for diabetes)

Resuméet erstatter ikke en epikrise, der skal udfærdiges ved afslutningen af det ambulante forløb.

5. Samlet overblik over alle kliniske krav til indhold i patientjournalen gennem hele patientforløbet

5.1 Udrednings og behandlingsoplysninger samt patientinformation på indlagte patienter og

ambulante patienter med fuld journal

Omfanget af dokumentation af oplysninger vedrørende udredning og behandling af patienter er afhængigt af det konkrete patientforløb, men vedrører:

§ **Indikation for og henvisning til undersøgelser, behandlinger og operation, samt resultaterne af disse**

§ Dokumentation af udførelsen af **De fem trin**, inkl. **Timeout** ved ECT (jf. De fem trin - forvekslingskirurgi og -indgreb - forebyggelse).

§ Dokumentation ved **psykoterapeutisk** behandling (kommende link)

§ **Diagnose(r)**, symptomer, herunder lægens skøn angående sygdommens art, problemer eller risici

§ **Uddannelse, information og instruktion**, der er givet til **patienten** eller evt. pårørende /værg, herunder

§ udleveret skriftligt informationsmateriale

§ virkninger og kendte bivirkninger af den foreslåede behandling

§ om sygdomsforebyggende tiltag, f.eks. i relation til tobaks- og/eller alkohol forbrug, motion, ernæring.

§ oplysning om patienten helt eller delvist har frabedt sig information

§ **Samtaler med patient** anføres i continuationer, velafgrænset fra øvrig tekst

§ **Samtaler med pårørende** til voksne psykiatriske patienter kan have til formål at:

§ få informationer om patienten, hvilket refereres i journalen

§ (med patientens samtykke) at give de pårørende information om patientens tilstand og behandling, hvilket refereres i journalen.

§ (med patientens samtykke) at etablere et samarbejde med, og give information til børn af forældre med psykisk sygdom.

§ (uden patientens samtykke) at give de pårørende generel orientering om psykiske sygdomme og centrets behandlingsmuligheder. I journalen skrives, at der er givet psykoedukation og/eller information om centrets behandlingsmuligheder

§ (uden patientens samtykke) at være støttende i forhold til at være pårørende til en patient med psykiatrisk sygdom. I journalen skrives, at pårørende har været til støttende samtale

§ *Pårørende skal informeres om, at samtalen refereres i journalen*

§ **Samarbejde med kommuner, netværkspersoner**

§ **Patientens eller stedfortræders samtykke** og tilkendegivelser på baggrund af den givne information til (jf. Informeret samtykke - til behandling og videregivelse af helbredsoplysninger):

§ **behandlingsplan**

§ revideret behandlingsplan

§ højrisikoydelser (ECT, anæstesi, blod mv.)

§ behandlingsplanen er udarbejdet sammen med og udleveret til patienten

§ inddragelse af pårørende

§ udveksling af helbredsoplysninger, f.eks. hvis oplysninger ønskes indsamlet fra egen læge, e-journal mv.

§ samtykke erklæring, hvis patienten deltager i forskningsprojekter.

§ **Ordination af lægemidler** (indikation og præparat i papirjournal). I EPM anføres styrke, mængde, dosering og administrationsmåde og evt. forventet behandlingsvarighed

§ **Indledende og reviderede behandlings- og plejeplaner**, herunder for områder med identificerede helbredsproblemer, f.eks. for:

§ smertebehandling

§ genoptræning

§ ernæring

§ forebyggende tiltag (rygning og alkohol)

§ andre iværksatte aktiviteter

§ **Evaluering af effekten af medicinsk og anden behandling**

§ **Ordination og administration af blodprodukter**, herunder type og forlig

§ **Brug af vacciner** og andre lignende biologiske produkter, herunder disses batchnumre

§ **Løbende evaluering og revurdering af patientens tilstand** og reaktion på behandling, pleje, genoptræning mv., herunder indtrådte komplikationer eller bivirkninger og den givne patientinformation samt suicidalitet og risiko for vold.

§ **Kopi af resumeer** til egen læge, hvis patienten modtager langvarig ambulat behandling (se også side 16).

§ **Kopi af indberetninger** og attester, f.eks. dødsattester eller indberetningspligtige bivirkninger til Lægemiddelstyrelsen, kopi af erklæringer, besvarelser af forespørgsler

§ **Brug af tvang iht. Psykiatrilovens fokus og bestemmelser**

§ **Strafferetspsykiatri** – retslig status, anbringelsesdom osv. Navn på bistandsværge

§ **Oplysninger om evt. utilsigtede hændelser**

§ **Oplysninger om hjemmebesøg, udgående funktioner, patientorlov mv.** (jf. Orlov for indlagte patienter)

§ Evt. kontakt til og oplysninger fra **livstestamenteregister** (jf. Livstestamente - anvendelse, oprettelse og tilbagekaldelse).

5.2 Afgrænset ambulat journal skal indeholde:

§ Patientadministrative data i henhold til lokale og centrale registreringskrav, herunder diagnose

§ Navn på patientens kontaktperson (jf. Kontaktpersoner (regional med psykiatritilføjelse))

§ Behandlingsplan

§ Konkret diagnostisk eller behandlingsmæssig problematik

§ CAVE oplysninger

§ Patientens anamnese/sygehistorie og aktuel komorbiditet – fx fra henvisningen

§ Aktuel medicinstatus

§ Fokuseret objektiv undersøgelse iht. henvisningsårsag, patientens helbredsproblem og evt. risici ifm. behandlingen

§ Hvis relevant for problemstillingen og patientens symptomer: Tobaks- og alkoholforbrug samt evt. misbrugsproblemer

§ Hvis relevant for problemstillingen og patientens symptomer: Vurdering af psykiske og kognitive forhold

§ Hvis relevant for problemstillingen og patientens symptomer: Fysisk funktionsvurdering og vurdering af evt. genoptræningsbehov

§ Hvis relevant for problemstillingen og patientens symptomer: Vurdering af smerter

§ Hvis relevant for problemstillingen og patientens symptomer: Ernæringsstatus (normal-, over- eller undervægtig)

§ Indikation og plan for evt. diagnostik og/eller behandling

§ Informeret samtykke til evt. diagnostik og/eller behandling

§ Eventuelle ordinationer

§ Evt. særlige vurderinger eller interventioner foretaget af andre faggrupper

§ Resultater af evt. diagnostik og udført behandling

§ Instruktion/information til patient, herunder aftaler for det videre forløb

§ Epikrise til rekvirerende afdeling og praktiserende læge, lægevikar eller gruppe 2 læger.

5.3 Ordinationer

Alle ordinationer skal som udgangspunkt dokumenteres ét samlet sted i patientjournalen. Dog anføres medicinordinationer tillige mere detaljeret i EPM/EPJ.

Hvor der anvendes elektroniske systemer til ordination (RIS og LABKA), skal der i journalen være en henvisning hertil med dato.

For hver ordination gælder, at følgende skal anføres:

§ Dato og signatur for ordinationen af den ordinerende læge (kan delegeres)

§ Dato og signatur for bestilling/rekvirering af ordinationen ved den rekvirerende person

§ Dato for udført ordination og signatur for dette (f.eks. sekretær eller sygeplejerske)

§ Dokumentation for at prøve- og andre svar er modtaget

§ Dokumentation for at prøve- og andre svar er set af læge.

Ansvar og organisering

Hospitals- eller psykiatridirektionen har ansvaret for implementering af denne vejledning lokalt. Center-, afdelings- og klinikledelser er ansvarlige for, at vejledningen følges i det enkelte center eller afdeling.

Hospitalernes ansvar og opgaver omfatter:

§ Lokal beslutning om, hvordan og hvor ordinationer skal anføres i journalen, herunder regler for dokumentation for at ordinationen er set og udført

§ Hvilke faggrupper, der er ansvarlig for udførelse af vurdering og journalføring, hvad angår specifikke temaer (ernæringscreening, smertevurdering, alkoholanamnese mv.)

§ Lokal beslutning om hvem der har ansvaret for og for hvilke ambulante patientgrupper (med et kronisk eller livslangt ambulært forløb, som behandles i flere ambulatorier samtidigt) der skal udfærdiges resumé

§ Fastlæggelse af krav til indhold i journalføring for faggrupper i tværgående kliniske funktioner med direkte patientkontakt som f.eks. anæstesi, hvor dette ikke er fastlagt af SFR

Center/afdelingsledelsernes ansvar og opgaver omfatter:

§ Udarbejdelse af krav, der præciserer, udvider eller begrænser data og krav til indhold i vurderinger for speciale- eller målgruppespecifikke patientforløb (f.eks. anæstesi, børn), hvor dette ikke er fastlagt af SFR

§ Udfærdigelse af lokale vejledninger for henvisning til fysio/ergoterapeutisk træning, diætist, psykolog og andre specialistfunktioner, herunder ventetider for tilsyn

§ Udfærdigelse af lokale vejledninger for kriterier for revurdering af patienter i længerevarende fysio/ergoterapeutisk træningsforløb

§ Udfærdigelse af vejledning med fokus på, hvor ofte patienter skal lægeligt revurderes/tilses eller regler/kriterier for hvilke patienter, der ikke nødvendigvis skal ses af læge dagligt

Den enkelte sundhedsperson har ansvar for udfærdigelse af notater, jf. indhold for journal og gældende lovgivning.

Definitioner

Patientjournalen: En journal er ordnede optegnelser, som oplyser om patientens tilstand, diagnostik, planlagte og udførte undersøgelser, behandlinger og observationer af patienten. Omfattet er alle optegnelser, der føres af alt personale i forbindelse med behandling, pleje og rehabilitering af patienter.

Ambulante notater: Journalnotater udfærdiget af sundhedspersonale ifm. ambulante besøg.

E- journal: Elektronisk journal, der indeholder patientdata og journaloplysninger, som stammer fra indtastninger i Grønt System, GS!ÅBEN. Alle data herfra samles i forløb i E-journal som er placeret på www.sundhed.dk.

Epikrise: Sammenfatning af sygehistorien, inkl. afsluttende vurdering og opfølgning, som udformes eller godkendes af en læge.

Behandlingsprotokoller: En standardiseret protokol eller plan for (udredning), behandling af en veldefineret patientgruppe, diagnose eller symptomkompleks, som beskriver aktiviteter, prioritering og rækkefølge af aktiviteter. Kan være mono- eller tværfaglig.

Genoptræningsplan: Beskrivelse af patientens funktionsmæssige status og -deficits, forslag til træningsindhold samt konkrete mål for effekt af rehabilitering. Genoptræningsplanen skrives i en skabelon og udfærdiges i samarbejde med patienten.

Indledende vurdering: Er de oplysninger, der indsamles i forbindelse med indlæggelse af patienterne og som er nødvendige for en lang række af de faggrupper, der er involveret i behandlingen af patienterne.

Behandlingsplan: Er en nedskreven plan for undersøgelse og behandling efter en specifik disposition

Ordinationer: Ordinationer vedrører rekvirering af f.eks. billeddiagnostiske undersøgelser, scanninger, alle prøver, podninger, kliniske procedurer, operative og invasive indgreb, tilsyn, tværfaglige konferencer, anlæggelse af drop, dræn, sonde, katetre, ordination af træning, hjælpemidler og kost.

Standardplaner, -regimer eller -programmer: En standardiseret plan for udrednings-, behandlings- og/eller pleje og/eller rehabiliteringsforløb for en veldefineret patientgruppe, som beskriver planlagte aktiviteter og procedurer. Kan være mono- eller tværfaglig

Sygeplejeepikrise: Resumé af patientens aktuelle sundhedsproblemer, plejebehov og understøttende aktiviteter, funktionsniveau samt oplysninger om personlig pleje, status for rehabilitering, anlagte drop, dræn

mv,

Ikke stabile indlagte patienter defineres i Region Hovedstadens Psykiatri som:

§ Patienter, der får en eller flere højrisikobehandlinger

§ Patienter hvor behandlingen og/eller dens effekt endnu ikke er i fuld kontrol

§ Patienter hvor der fortsat udestår en risiko for ikke planlagte reaktioner på baggrund af behandlingen

§ Patienter i suicidalfare

§ Patienter, der fremstår psykotisk agiterede og/eller meget forpinte af deres tilstand

§ Patienter med nyopdagede eller dårligt regulerede somatiske tilstande. Heriblandt specifikt somatisk truende patienter med anoreksi, forgiftninger eller abstinente tilstande.

§ Patienter med risiko for impulsgennembrud

Ikke stabile indlagte patienter vurderes af en læge på bagvagtsniveau mindst én gang i døgnet, eller flere hvis tilstanden tilsiger det. For patienter hvori anvendelsen af bæltefiksering indgår, gælder kravet om 4 daglige tilsyn af en læge ([Psykiatriloven](#)). [LINK til vejledning om Lægelig tilsyn af indlagte patienter](#). For BUP gælder at forvagten har telefonisk kontakt med beredskabsvagten (bagvagten) vedr. aktuelle ustabile patienter.

Stabile indlagte patienter er ikke omfattet af ovenstående (kriterier for ikke stabile indlagte patienter), men defineres i Region Hovedstadens Psykiatri som følgende:

§ Patienter, der er i et udrednings- og behandlingsforløb hvor forløbet forventes at være ukompliceret.

§ Patienter, der afventer vurdering af effekt af behandlingen, som indgår i et rehabiliteringsforløb eller hvor udskrivelsen er planlagt.

§ Patienter, der er færdigbehandlede og som afventer botilbud.

Stabile indlagte patienter vurderes af læge på bagvagtsniveau maksimalt med 14 dages interval.

Bæltefiksering: for patienter hvori anvendelsen af bæltefiksering indgår, gælder kravet om 4 daglige tilsyn af en læge ([Psykiatriloven](#))

Frihedsberøvede patienter: skal som minimum tilses, til de fastlagte tider, beskrevet i [Psykiatriloven](#)

Tvangsbehandlede patienter: jf. psykiatriloven ([Psykiatriloven](#)) skal tilses når der gives tvangsbehandling

Læge på bagvagtsniveau: Defineres i Region Hovedstadens Psykiatri som læger, der enten er speciallæger, er på et niveau i deres uddannelse hvor de på egen hånd kan varetage de fleste speciallægefunktioner, herunder vurdering af akutte tilstande defineret som ustabile patienter.

Bilag 1 - Faldrisikovurdering (børn og unge)

[Journalføring, vurderi...V.42.00.10 bilag 1- faldrisiko.doc](#)

Referencer, herunder til relevant lovgivning

- [Sundhedsloven](#)

- Lovbekendtgørelse nr. 1350 af 17/12/2008, Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed
- Vejledning nr. 9229 af 29. april 2005 om sygeplejefaglige optegnelser
- Bekendtgørelse nr. 1373 af 12/12/2006 og Bekendtgørelse 1289 af 15/11/2007: Lægers, tandlægers, kiropraktorers, jordemødres, kliniske diætisters, klinisk tandteknikers, tandplejers, optikers og kontaktlinseoptikers patientjournaler
- Vejledning nr. 9150 af 16/03/2006, Vejledning om ergoterapeuters ordnede optegnelser (journalføring)
- Vejledning nr. 9176 af 16/03/2006, Vejledning om fysioterapeuters ordnede optegnelser (journalføring)
- Vejledning nr. 151 af 08/08/2001, Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv.
- Vejledning nr. 161 af 16/09/1998, Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.
- Bekendtgørelse nr. 665 af 14/09/1998, Bekendtgørelse om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.
- Lovbekendtgørelse 132 2702/2004, Bekendtgørelse af lov om psykologer m.v.
- Bekendtgørelse 880 30/09/1996, Bekendtgørelse om virksomhed som klinisk diætist
- Vejledning nr. 155 af 14/09/1998, Vejledning om aktindsigt m.v. i helbredsoplysninger

Regionale vejledninger og instrukser

- Instruks 1: Lægelig vurdering og journalføring (regional med psykiatritilføjelse)
- Instruks 2: Sygeplejefaglig vurdering og journalføring (regional med psykiatritilføjelse), samt bilag 1A: skema til funktionsvurdering
- Instruks 3: Fysio- og ergoterapeutfaglig vurdering og journalføring (regional med psykiatritilføjelse)
- Instruks 4: Diætisters vurdering og journalføring (regional med psykiatritilføjelse)
- Instruks 5: Psykologisk vurdering og journalføring (regional med psykiatritilføjelse)

- Instruks 6: Socialfaglig vurdering og journalføring (kun i psykiatrien)
- Aktindsigt
- Informeret samtykke - til behandling og videregivelse af helbredsoplysninger (regional med psykiatritilføjelse):
- Orlov for indlagte patienter (regional med psykiatritilføjelse)
- Bevaring af patientjournaler og patientdata
- Kontaktpersoner (regional med psykiatritilføjelse)
- De fem trin - forvekslingskirurgi og -indgreb - forebyggelse
- Selvmodrisiko - vurdering (regional med psykiatritilføjelse)
- Lægemiddelordination, medicinafstemning, naturlægemidler og standardplaner - medicinvejledning 2 (regional med psykiatritilføjelse)
- Livstestamente - anvendelse, oprettelse og tilbagekaldelse
- Ligsyn og elektronisk dødsattest
- Lægestuderende som lægevikarer - opgaver og ansvar (regional med psykiatritilføjelse)
- Isolationsregimer ved Methicillin resistente Staphylococcus aureus (MRSA)
- Fald, forebyggelse af - udredning og plan for
- Ernæringscreening - vurdering og dokumentation hos voksne
- Smertevurdering og smertedokumentation, generelle principper for

- Sedation af patienter til procedurer eller indgreb uden medvirken af anæstesipersonale
- Samt kommende regionale vejledninger for vurdering og journalføring for raske fødende og deres raske børn.

Akkrediteringsstandarder

JCI: AD.2, AD. 3.2, VU.1.1, VU.1.2,VU. 1.4, VU. 1.5, VU. 2. 4. BE.2.1, BE. 2.2, KI.7. KI. 19, KI. 19.1, KI. 19.1.1, KI.19.2, KI.19.3

DDKM: 1.1.5, 1.3.2, 1.3.3, 1.3.4, 2.17.1, 2.17.2, 2.17.3, 2.17.4,