

Forbedringsplan for indsatsområde "Sygeplejefaglig Dokumentation"

Kvalitetsstrategi – strategikort

Sammen om det akutte patientforløb		Højere faglig kvalitet	Mere effektiv udnyttelse af ressourcer og kapacitet
TEMA: Dokumentation og digitalisering	TEMA: Brugerinddragelse	TEMA: Sammenhængende patientforløb	TEMA: Metodik og kompetencer
INDSATSOMRÅDE:			
Korrekt journalføring for læger	Landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser (LUP)	Sektorovergange	Forbedringsmetode
Sygeplejefaglig dokumentation	Fælles beslutningstagen	Patientsikkerhedskultur	Auditering
Sikker medicinering	Digitale brugerløsninger	Vælg klogt	
Kliniske kvalitetsdatabaser			

SAMMEN ER VI BEDST

Vision	Vi samarbejder fagligt Patientens sygdomme opdaget og behandles så tidligt som muligt			
	Vi samarbejder med patienten Patienten tager aktivt del i eget forløb			
Patient mål	Vi samarbejder om patienten Patientens forløb tilrettelægges ud fra det, der er bedst for patienten			
	Vi samarbejder bredt Patienten oplever et tæt samarbejde mellem sygehus, kommune og almen praksis			
NSK Indikator	Sammen om den akutte patient - Klinisk vurdering af høj faglig kvalitet - Kirurgiske og medicinske arbejdsstationer og specialerne i front - Patientsikre og færrest mulige flytninger			
	Højere faglig kvalitet - De nødvendige fagligheder kommer til patienten - Tverrfagligt, vedholdende og systematisk forbedringsarbejde - Flere faglige fyrtårne - Systematisk, strategisk kompetenceudvikling			
Ledelse og kultur	Bedre anvendelse af ressourcer og kapacitet - Anvende teknologi til at forbedre overblik og opgaveløsning - Investere i det tværs-ektorielle samarbejde - Fælles beslutningstagning			
	Et klart og tydeligt fælles mål Et fleksibelt samarbejde mellem afdelinger og faggrupper En anerkendende, konstruktiv og handlings-orienteret kultur Orden i butikken/ Rettidig omhu			

NATIONALE MÅL: BEDRE KVALITET, SAMMENHÆNG OG GEOGRAFISK LIGHED I SUNDHEDSVÆSENET

BEDRE SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB	STYRKET INDSATS FOR KRONIKERE OG ÆLDRE PATIENTER	FORBEDRET OVERLEVELSE OG PATIENT-SIKKERHED	BEHANDLING AF HØJ KVALITET	HURTIG UDREDNING OG BEHANDLING	ØGET PATIENT-INDDRAGELSE	FLERE SUNDE LEVEÅR	MERE EFFEKTIVT SUNDHEDSVÆSEN

INDIKATORER

BELEGNING AKUTTE GENNOLGGESESR INDEN FOR 30 DAGE VENTETID TIL GENOPTAGELSE SOMATISK FÆRDIGBEHANDLINGSSAG PÅ SYGEHUSE AJOURFØRTE MEDICIN-OPFØLGER (PRAKTISERENDE LÆGE)	AKUTTE INDLÆGGESESR PR. KOU/ DIABETES-PATIENT FOREBYGGELIGE INDLÆGGESESR BLANDT ÆLDRE	5 ÅRS OVERLEVELSE EFTER KRÆFT HJERTE- DØDELIGHED SYGEHUS- ERHVERVEDE INFEKTIONER OVERLEVELSE VED UVENTET HJERTESTOP	OPFYLDELSE AF KVALITETSMÅL I DE KLINISKE KVALITETS-DATABASER INDLAGTE PATIENTER I PSYKIATRIEN, DER BÆLTÆRSERES	VENTETID TIL PLANLAGT SYGEHUS- OPERATION OG TIL PSYKIATRIEN SOMATISKE/ PSYKIATRISKE PATIENTER UDREDET INDEN FOR 30 DAGE KRÆFTPÅKKE- FORLØB Gennemført inden for tiden	PATIENT- TILFRESHED PATIENTOPLEVET INDRAGELSE	MIDDELLEVEDT DAGLIG RYGERE I BEFOLKNINGEN	LAGTIDT PR. INDLÆGGESESR PRODUKTIVITET PÅ SYGEHUSENE
--	--	--	---	---	---	---	--

REGIONALE / KOMMUNALE LOKALE DELMÅL

» 2025 – »

REGION SJÆLLAND
NÆSTVED, SLAGELSE OG RINGSTED SYGEHUSE

- vi er til for dig



Sygeplejefaglig Dokumentation

Baggrund og formål

Analyser af sygeplejefaglig dokumentation på tværs af sygehuset viser udfordringer med kvaliteten af dokumentationen inden for områder som EWS, tryksår, væskeregnskab og ernæringsscreening. Korrekt og fyldestgørende dokumentation er afgørende for at sikre høj kvalitet i patientbehandlingen, da det danner grundlag for tidlig opsporing, korrekt intervention og kontinuerlig opfølgning.

Derfor sættes fokus på at styrke dokumentationen i disse tre centrale områder med henblik på at:

1. Sikre, at EWS algoritmen følges og påkrævede handlinger efterleves
2. Sikre korrekt dokumentation af væske ind- og udgift
3. Forebygge komplikationer som tryksår og underernæring gennem bedre overblik og handling

Ved at arbejde målrettet og datadrevet med sygeplejefaglig dokumentation skaber vi grundlag for varige forbedringer i den kliniske praksis og øger kvaliteten i patientforløbene. Systematisk opfølgning på indsatsen sikrer, at forbedringerne forankres på tværs af sygehuset.

Den tværregionale sygeplejefaglige dokumentationsgruppe har udarbejdet "Golden Standards" for ernæring, medicin, udskrivelse, væske for at understøtte patientsikkerheden ved at skabe klare og konsekvente arbejdsgange ift. korrekt dokumentation ud fra SP- manualer og retningslinjer.

[Golden Standards](#) (Link aktiveres efter regional offentliggørelse)

Ansvar og afrapportering

Afdelingsledelsen er, i samarbejde med afsnitsledelsen, ansvarlig for iværksættelse af initiativer, afprøvninger af procesindikatorer samt løbende monitorering og opfølgning i egen afdeling.

Målgruppe for indsatser

Den generelle målgruppe for de prioriterede indsatser er indlagte patienter på NSR-sygehuse.

D4: [Sygeplejefaglig vurdering og journalføring, 533726](#).

Handlingsanvisning

Det anbefales at oversætte NSR Kvalitetsstrategi lokalt, så tiltag rettes mod afsnittets primære udfordring.

Det anbefales, at afrapportering om indsatser og drøftelse af tiltag foregår i afdelingens kvalitetsteam på systematisk vis.

Netværk for Kvalitet, Digitalisering og Patientsikkerhed anvendes til videndeling.

På datainformeret ledelsesmøder med Sygehusledelsen diskuteres effekten af handlinger relateret til målopfyldelse af de prioriterede indsatser.

For at opnå målsætningen for indsatserne kan følgende handlinger iværksættes:

- Tydelige rammer for forventning til dokumentation
- Forbedringstavler til systematisk monitorering af fremdrift i indsatser
- Auditering og datatræk i SP
- Faglige drøftelser og konsensus om arbejdsgange og ensretning af dokumentation jf. manualer, standarder og retningslinjer
- Implementering af nye arbejdsgange i SP via undervisning SP-superbrugere
- Undersøgende tilgang ved at gå i medarbejderens fodspor ift. dokumentation
- Løbende evaluering af medarbejderens viden om dokumentation

Præcisering af indsatser

INDSATS: EWS

Mål 1: Ultimo 2026 får 95% af alle patienter foretaget EWS efter algoritme (inkl. AVPU).

Baseline og efterfølgende systematisk datamonitorering:

Datatræk afsnitsspecifikt

Datakilde: Sundhedsplatformen

Mål 2: Ultimo 2026 får 95 % af alle patienter iværksat korrekt handling på baggrund af EWS-værdi.

Baseline og efterfølgende systematisk datamonitorering:

Auditering afsnitsspecifikt

Datakilde: Sundhedsplatformen

D4: [Early Warning Score \(EWS\) – systematisk observation og Risikovurdering af indlagte patienter samt dertil hørende handlingsalgoritme, 510759](#)

Opdateres med C-EWS i 2026

INDSATS: Hospitalserhvervet tryksår

Mål 1: Ultimo 2026 en median på to hospitalserhvervede tryksår pr. uge på sygehusniveau.

Kvartalsvis monitorering på sygehusniveau, afsnit følger egne data.

Baseline og efterfølgende systematisk datamonitorering:

Datatræk afsnitsspecifikt

Mål 2: Ultimo 2026 er 95% af alle patienter risikovurderet inden for 2 timer efter indlæggelse, med undtagelse af obstetriske og pædiatriske patienter.

Baseline og efterfølgende systematisk datamonitorering:

Datatræk afsnitsspecifikt

Mål 3: Ultimo 2026 får 95% af alle risiko-patienter foretaget hudinspektion senest 6 timer efter indlæggelse med undtagelse af obstetriske og pædiatriske patienter.

Baseline og efterfølgende systematisk datamonitorering:

Datatræk afsnitsspecifikt

Datakilde: SP-Dashboard – FOKUS PÅ TRYKSÅR – Analytiske tryksårsdata over tid

D4: [Trykskader/tryksår – risikovurdering og sårklassifikation – voksne fra 18 år, 494724](#)

INDSATS: Væskeregnskab

Mål: Ultimo 2026 får 95% af alle patienter med en best/ord. på væskeregnskab eller udvidet væskeregnskab ført ind- og/eller udgift i vurderingsskema.

Baseline og efterfølgende systematisk datamonitorering:

Auditering afsnitsspecifikt

Datakilde: Manuel auditering i SP-vurderingsskema eller aktiviteten indgift/udskillelse

D4: [Væskeplan, væskeregnskab og væskedøgn i Sundhedsplatformen for indlagte, 632231](#)

Golden Standard (Link aktiveres efter regional offentliggørelse)

INDSATS: Ernæring

Mål 1: Ultimo 2026 får 95% af alle indlagte patienter udfyldt **ernærings-screeningen** korrekt inden for 24 timer efter indlæggelse, hvis indlæggelsen forventes mere end 48 timer,

Baseline og efterfølgende systematisk datamonitorering:

Datatræk via dashboard afsnitsspecifikt/ overafdelingsspecifikt.

Mål 2: Ultimo 2026 indtager 95% af alle patienter deres kalorie- og proteinbehov, baseret på ernæringsscreening og **ernæringsplan**.

Baseline og efterfølgende systematisk datamonitorering:

Auditering via vurderingsskema afsnitsspecifikt

Datakilde: Dashboard: Behov for ernæringsscreening udført inden for 24 timer efter indlæggelse (112927) eller Fokus på påkrævet dokumentation, problemområder i den indledende sygeplejevurdering, se under ernærings-screening 113627.

D4: [Underernæring og ernæringsrisiko: Screening, udredning, ernæringsterapi og udskrivelse - voksne, 476112](#)

Golden Standard (Link aktiveres efter regional offentliggørelse)