

# Forbedringsplan for indsatsområde "Sygeplejefaglig Dokumentation"

## Kvalitetsstrategi – strategikort

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

## SAMMEN ER VI BEDST

**Vi samarbejder fagligt**  
Patientens sygdomme opdaget og behandles så tidligt som muligt

**Vi samarbejder med patienten**  
Patienten tager aktivt del i eget forløb

**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

**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

**Bedre anvendelse af ressourcer og kapacitet**

- Anvende teknologi til at forbedre overblik og opgaveløsning
- Investere i det tværsektorielle samarbejde
- Fælles beslutningstagning

**Et klart og tydeligt fælles mål**

**Et fleksibelt samarbejde mellem afdelinger og faggrupper**

**En anerkendende, konstruktiv og handlingsorienteret kultur**

**Orden i butikken/ Rettidig omhu**

## NATIONALE MÅL - BEDRE KVALITET, SAMMENHÆNG OG GEOGRAFISK LIGHED I SUNDHEDSVÆSEN

--	--	--	--	--	--	--	--

## INDIKATORER

BELEGNING AKUTTE GENINDLEGGELSER INDEN FOR 30 DAGE	AKUTTE INDLEGGELSER PR. KOU/DIABETES-PATIENT FORBEYGGELIGE INDLEGGELSER BLANDT ÆLDRE	5 ÅRS OVERLEVELSE EFTER KRÆFT	HJERTE-DØDELIGHED	OPFYLDELSE AF KVALITETSMÅL I DE KLINISKE KVALITETS-DATABASER	INDLAGTE PATIENTER I PSYKIATRIEN, GERIATRIEN/REPER	VENTETID TIL PLANLAGT SYGEHUS-OPERATION OG TIL PSYKIATRIEN	SOMATISKE/PSYKIATRISKE PATIENTER UDREDET INDEN FOR 30 DAGE	VENTETID TIL PATIENT-FRÆSHED PATIENTOPLÆVET INDRAGELSE	MIDDELLETTID DAGLIG RYGERE I BEFOLKNINGEN	LAGTID PR. INDLEGGELSE	PRODUKTIVITET PÅ SYGEHUSENE
--	--	-------------------------------	-------------------	--	--	--	--	--	---	------------------------	-----------------------------

## REGIONALE / KOMMUNALE LOKALE DELMÅL

»» 2025 – »»

REGION SJÆLLAND  
MIDT- OG VESTSJÆLLANDS HOSPITAL

- vi er til for dig



## Sygeplejefaglig Dokumentation

### Baggrund og formål

Analyser af sygeplejefaglig dokumentation på tværs af hospitalet viser udfordringer med kvaliteten af dokumentationen inden for områder som C-EWS, tryksår, væskeregnskab og ernæringscreening. 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 C-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 hospitalet.

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 Standard](#)

### 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 MVH-somatik.

**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 statusmøder med Hospitalsledelsen 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 Sundhedsplatformen
- Faglige drøftelser og konsensus om arbejdsgange og ensretning af dokumentation jf. manualer, standarder og retningslinjer
- Implementering af nye arbejdsgange i Sundhedsplatformen 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: C-EWS

**Mål 1:** Ultimo 2026 får 95% af alle patienter foretaget C-EWS efter algoritme.

#### **Baseline og efterfølgende systematisk datamonitorering:**

Datatræk afsnitsspecifikt

**Datakilde:** Dashboards i Sundhedsplatformen, under analytisk bibliotek.

- Fokus på dokumentation af aktuelt indlagte:
  - Data fra seneste 24 timer
- Fokus på dokumentation af C-EWS (valgfri periode):
  - Historiske data
  - Data fra valgfri søgeperiode
  - Ikke de sidste 24 timer

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

**Baseline og efterfølgende systematisk datamonitorering:**

Auditering afsnitsspecifikt

**Datakilde:** Dashboards i Sundhedsplatformen, under analytisk bibliotek.

- Fokus på dokumentation af aktuelt indlagte:
  - Data fra seneste 24 timer
- Fokus på dokumentation af C-EWS (valgfri periode):
  - Historiske data
  - Data fra valgfri søgeperiode
  - Ikke de sidste 24 timer

**D4:** [Tværregionale dokumenter - Clinical Early Warning Score \(C-EWS\) - Systematisk observation og risikovurdering af indlagte patienter samt tilhørende handlingsalgoritme, vers. 17, 759230](#)

## 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

### 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 ernæringscreening og **ernæringsplan**.

**Baseline og efterfølgende systematisk datamonitorering:**

Auditering via vurderingsskema afsnitsspecifikt

**Datakilde:** Dashboard: Behov for ernæringscreening 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

