

## Faglig vejledning - Borgere med kronisk sygdom

Gældende for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i Center Pleje og Omsorg samt i Boformen Søparken, Center Familie og Handicap.

<b>Formål:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Intentionen er tydelighed i forhold til personalets opgaver i forbindelse med patientens behov for behandling.</li><li>• At patienten modtager den rette behandling og opfølgning.</li><li>• At patienten modtager de rette tilbud om kronikerforløb i Rebild Kommune.</li></ul>
<b>Procedurer ved stabile forløb:</b>	<p>Ved alle patienter, der henvises til Sygepleje eller flytter ind på et ældrecenter i Rebild Kommune, skal sygeplejen lave en sygeplejefaglig udredning, hvor sygeplejersken vurderer patienten ud fra de 12 sygeplejefaglige problemområder.</p> <p>Samtidig vurderes patienten i forhold til, om vedkommende er i et stabilt eller komplekst forløb.</p> <p><b>Stabile forløb</b></p> <p>Fremgår det af vurderingen, at patienten har kroniske sygdomme, som er i et stabilt forløb, varetages disse, som udgangspunkt, af social- og sundhedsassistenter, da de har uddannelsesmæssige faglige kompetencer til dette.</p> <p>Når den sygeplejefaglige udredning laves, tages der udgangspunkt i indikationerne for den ordinerede medicin i FMK samt øvrige oplysninger om patientens sygdomme og handicaps.</p> <p>Sygeplejersken dokumenterer herefter det aktuelle problem i den helbredstilstand, hvor det hører til. Efterfølgende dokumenterer den faggruppe, som varetager indsatsen (sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent).</p> <p>Der skal dokumenteres efter nedenstående dokumentations praksis:</p> <p><b>Nuværende vurdering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hvad er din nuværende vurdering af det aktuelle problem (Fx velbehandlet hypertension)</li></ul> <p><b>Fagligt notat:</b></p> <p>Dokumenteres en mere detaljeret beskrivelse af:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• PROBLEM</li><li>• ÅRSAG</li><li>• SYMPTOMER/KENDETEGN</li><li>• HISTORIK</li><li>• BEHANDLINGSANSVARLIG LÆGE<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Hvem der er behandlingsansvarlig læge eller sygehusafdeling<ul style="list-style-type: none"><li>➢ Det er lovpligtigt at behandlingsansvarlig læge skal lave kontinuerlig kontrol på patientens kroniske sygdomme, så ved kroniske sygdomme og andre sygdomme med opfølgning/kontrol, dokumenteres følgende også i fagligt notat:</li></ul></li></ul></li><li>• Hvad er frekvensen af kontrollerne</li><li>• Hvem gør hvad ifm. kontrollerne<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Hvem der gør hvad ifm. kontrollerne (fx bestilling af tid og/eller transport til kontrollen osv.)</li></ul></li><li>• Hvem der følger op på prøvesvar fra behandlingsansvarlig læge.<ul style="list-style-type: none"><li>▪ I stabile forløb, hvor patienten er overdraget til social- og sundhedsassistenter, ligger ansvaret for opfølgning på prøvesvar hos social- og sundhedsassistenterne.</li></ul></li></ul> <p><b>Forventet vurdering:</b></p> <p>Hvad er din forventede vurdering af sygdommens udvikling/afvikling ifm. den indsats, der iværksættes?</p> <p>Der er 3 valgmuligheder:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Forsvinder</li><li>• Mindskes</li><li>• Forbliver uændret</li></ul> <p><b>Beskrivelse:</b></p> <p>Hvis der oprettes en sundhedslovsindsats på tilstanden, dokumenteres nedenstående:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hvad er der behov for hjælp til (Hvilken indsats)</li></ul>

## Procedurer ved stabile forløb:

Fortsætter på næste side

- Fx: Behov for hjælp til Psykisk støtte
- Henvi til handlingsanvisning
  - Se handlingsanvisning
- Når der opstartes en ny behandling, skal det dokumenteres om borgeren har givet informeret samtykke til behandlingen
  - XXX har givet informeret samtykke til behandlingen

**Indsatses som ligger i social- og sundhedsassistenternes uddannelsesmæssige faglige kompetencer videregives eller overdrages ikke**, men varetages blot af social- og sundhedsassistenterne.

**Når indsatsen overdrages til social- og sundhedsassistenterne**, dokumenteres det her.

Ved overdragede indsatses varetager social- og sundhedsassistenterne alt vedr. indsatsen (Dokumentation, opfølgning på indsatsen, lægekontakt osv.)

**Når indsatsen videregives til social- og sundhedsassistenterne**, dokumenteres dette også her.

Ved videregivede indsatses varetager både social- og sundhedsassistenter og sygeplejen udførelse af indsatsen

**Sygeplejen** varetager alt vedr. dokumentation, lægekontakt, opfølgning på indsatsen osv.

Social- og sundhedsassistenterne dokumenterer afvigelser fra det forventede eller planlagte i en observation og kontakter sygeplejen.

Slutteligt oprettes en opgave til **myndighedsopfølgning** på de bevilget indsatses.

Opgaven oprettes til sygeplejen og min. x 1 årligt, medmindre der er tale om rehabiliterende – eller midlertidige indsatses, som der skal laves løbende – og afsluttende opfølgning på.

Indsatsen ”1.3 Opfølgning” oprettes og kalenderplanlægges i ugen før eller efter patientens fødselsdag.

Har patienten rehabiliterende eller midlertidige indsatses, skal der løbende laves opfølgning på forløbet og indsatsesne.

Se under **Handlingsanvisning**.

**Hvis der er oprettet en indsats på tilstanden, dokumenteres nedenstående, af den faggruppe, der varetager indsatsen:**

- Helbredstilstanden
- Handlingsanvisning
- Evt. målinger

**Når indsatsen varetages af - eller overdrages til social- og sundhedsassistenterne**, har de ansvaret for:

- At oprette tilstand, handlingsanvisning og evt. målinger
- Dokumentationen i helbredstilstand og handlingsanvisning
- At udarbejde indsatsmål og dato - samt frekvens for opfølgning på **rehabiliterende – og midlertidige indsatses** - dette dokumenteres nederst i feltet ”Medarbejder indsats” i handlingsanvisningen.
- At lave opfølgning på rehabiliterende – og midlertidige indsatses.

**Når indsatsen varetages af sygeplejerskerne eller er videregivederet til social- og sundhedsassistenterne**, har sygeplejersken ansvaret for:

- At oprette tilstand, handlingsanvisning og evt. målinger
- Dokumentationen i helbredstilstand og handlingsanvisning
- At udarbejde indsatsmål og dato - samt frekvens for opfølgning på **rehabiliterende – og midlertidige indsatses** - dette dokumenteres nederst i feltet ”Medarbejder indsats” i handlingsanvisningen.
- At lave opfølgning på rehabiliterende – og midlertidige indsatses.

### **Handlingsanvisning:**

Beskriv kort, konkret og i punktform, hvem der gør hvad ifm. udførelse af indsatsen

- Start med **borgers indsats**, selv den mindste indsats er relevant at dokumentere
- Beskriv **medarbejderens indsats** samt ugedag/ugedage for udførelse og opfølgning.
  - Ved videregivede opgaver dokumenteres hvem der gør hvad og på hvilke dage
  - På rehabiliterende – og midlertidige indsatses dokumenteres indsatsmålet og dato samt frekvens nederst i feltet.

<p><b>Procedurer ved stabile forløb:</b> Fortsat</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dokumenter områder/problemstillinger, der skal have <b>særlig opmærksomhed</b></li> </ul> <p><b><u>Ved udarbejdelse af indsatsmål til rehabiliterende – og midlertidige indsatser anvendes SMARTE-modellen:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Specifikt</li> <li>• Målbart</li> <li>• Acceptabelt – også af patienten</li> <li>• Realistisk</li> <li>• Tidsbegrænset</li> <li>• Evaluerbart</li> </ul> <p><b><u>Målinger:</u></b> Målinger der er relevante for det konkrete problem oprettes.</p> <p>Når opgaven vedr. måling af værdier er videredelegeret til social- og sundhedshjælpere, skal de målte værdier drøftes med social- og sundhedsassistenten, så pågældende kan reagere på eventuelle afvigelser fra det forventede.</p> <p>Eventuelle afvigelser dokumenteres i en observation, som danner relation med den aktuelle tilstand. Hvis afvigelse anses for værende patientens aktuelle tilstand, tilrettes dokumentationen i tilstanden og i handlingsanvisning.</p> <p>Social- og sundhedshjælpere dokumenterer deres observationer i forhold til patientens tilstand i en Observation.</p> <p>Social- og sundhedshjælpere har læseadgang til tilstandene og er forpligtet til at orientere sig der i om patientens sygdomme.</p>
<p><b>Procedure ved komplekse forløb:</b></p>	<p><b><u>Komplekse forløb</u></b></p> <p>Fremgår det af vurderingen ifm. den sygeplejefaglige udredning, at patientens kroniske sygdom er i et komplekst forløb, varetages alt vedr. dette af sygeplejen.</p> <p><u>Sygeplejersken kan dog videredelegere dele af udførelse af indsatsen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ved videredelegerede indsatser varetager både social- og sundhedsassistenter og sygeplejen udførelse af indsatsen       <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sygeplejen varetager alt vedr. dokumentation, lægekontakt, opfølgning på indsatsen osv.</li> <li>▪ Social- og sundhedsassistenterne dokumenterer afvigelser fra det forventede eller planlagte i en observation og kontakter sygeplejen.</li> </ul> </li> </ul> <p>Dokumentationen følger samme praksis som beskrevet i afsnittet om Stabile forløb.</p>
<p><b>Kronikerforløb:</b></p>	<p>Det er vigtigt, at patienterne tilbydes rehabiliteringsforløb, som passer til deres kroniske lidelse(r).</p> <p>I Rebild Kommune tilbydes følgende rehabiliteringsforløb til patienter med kronisk sygdom:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hjerte/karsygdom</li> <li>• Knogleskørhed</li> <li>• Diabetes, type 2</li> <li>• KOL</li> <li>• Erhvervsaktive med kronisk sygdom</li> <li>• Sårbarhed og en kronisk sygdom</li> <li>• Sundhedsværkstedet -Fællesskab og Forskellighed</li> <li>• Kræftrehabilitering</li> <li>• Naturrødder – mænd i naturen – Kræft</li> <li>• Samtalegruppe kræftramte i livslang behandling</li> <li>• Motion og café for dig med en kræft diagnose</li> </ul>