

Sidemandsoplæring af social- og sundhedsassistenter i Hjemmeplejen



<p>Arbejdsgangsbeskrivelse for SSA i hjemmeplejen</p>	<p>Når du møder ind, er du forpligtet til at ajourføre dig i nogle Medarbejder overblik. I disse overblik vil forskellige ændringer, observationer osv., for hele den gruppe af borgere du er tilknyttet, fremgå. Vi er alle afhængige af, at dokumentationen og div. oplysninger/beskeder videregives på samme måde af alle medarbejdere. Dette for at højne kvaliteten i kerneopgaven, patientsikkerheden samt øvrige krav fra div. lovgivninger og tilsyn. Derudover er ensrettet dokumentation medvirkende til at skabe fælles overblik over dokumentationen ved den enkelte borger.</p>	<p>Vis hvor på hjemmesiden "Arbejdsgangsbeskrivelse – SSA udegruppe" findes og gennemgå den sammen.</p>
<p>Tilstands-overblik</p>	<p>Når du orienterer dig om en konkret borger samt dokumentere relevante oplysninger, skal du altid gøre det ud fra borgerens tilstandsoverblik. Du kan bl.a. få overblik over:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Borgerens aktuelle og potentielle sygdomme og handicaps • Oprettede funktionsevne- og helbredstilstande • Indsatser • Handlingsanvisninger • Observationer • Skemaer, fx Aftaleskema, Triagering, Fravalg af livsforlængende behandling, Livets afslutning, Cave osv. <p>Når du arbejder med dokumentationen i Nexus, er det vigtigt at forstå, at det hverken er din eller din kollegas dokumentation – men borgerens. Ligeledes skal dét der står i tilstande og handlingsanvisninger, altid stemme overens med det aktuelle for borgeren, så når du ser noget som ikke længere er aktuelt, skal du ændre det.</p>	<p>Opsæt startside til automatisk visning af Borgeroverblikket som startbillede ved hver enkelt fremsøgt borger. Vis hvordan man kommer ind på Tilstandsoverblikket. Fortæl om betydningen af relations dannelse mellem <i>tilstande</i> og:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indsatser • observationer • Målinger • Skemaer mv. <p>Fortæl om betydningen af relations dannelse mellem <i>indsatser</i> og:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Handlingsanvisninger • Døgnyttmeplaner
<p>Fælles medicinkort (FMK)</p>	<p>FMK er det fælles medicinkort, som skal være aktivt hos de borgere, hvor kommunens medarbejdere har noget med medicinen at gøre. OBS: Ved de borgere, hvor de selv eller familien dispenserer medicinen, skal FMK inaktiveres. I disse tilfælde er det ikke muligt at have indsatsen "medicinadministration", hvor plejen hjælper med at give medicinen, da plejen ikke har mulighed for at afstemme antallet af tbl. i æsken med antallet af tbl. ordineret i FMK. I Borgeroverblik -> Genvej til instrukser -> "E-leaning Medicin - Modul" finder du materiale, som omhandler funktionerne i FMK. Vis i Nexus, hvor man finder Egenkontrol-skema og hvordan man anvender det.</p>	<p>Vis hvor man finder FMK og vis de forskellige funktioner i FMK, fx opdatering af FMK, genbestilling osv. Vis på hjemmesiden de <i>sundhedsfaglige instrukser</i>, der ligger under:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicin • De 7 risikosituationslægemidler samt <i>systemvejledningen</i>: • Medicin <p>og <i>fagligvejledning</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FMK best practice, version 2,4

Sidemandsoplæring af social- og sundhedsassistenter i Hjemmeplejen

Funktionsevnetilstande	<p>Funktionsevnetilstande anvendes til dokumentation af borgerens funktionsnedsættelser samt behovet for kompenserende hjælp til disse.</p> <p>Det er kun de funktionsevnetilstande, der oprettes indsats på, som er aktive i Borger- og Tilstandsoverblikket.</p> <p>De Aktive tilstande er dem, hvor der er behov for en kompenserende indsats ift. borgerens funktionsevne nedsættelse. I disse tilstande skal der dokumenteres i følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuværende niveau (brug skema s. 3 til vurdering) • Fagligt notat • Forventet niveau (brug skema s. 3 til vurdering) • Beskrivelse • Borgers forventninger og mål. <p>De Ikke relevante tilstande er dem, hvor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Borger har en funktionsnedsættelse, men der er ikke tildelt en indsats ift. funktionsevnenedsættelsen. • Borger ikke har en funktionsnedsættelse. <p>De Inaktive tilstande anvendes ikke i Rebild Kommune.</p>	<p>Vis i Nexus, hvor man finder funktionsevnetilstande ud fra Borger- og Tilstandsoverblikket.</p>
Valg af funktionsevnetilstand	<p>Det er visitator, som vælger hvilke funktionsevnetilstande, der skal oprettes hos borgeren og dette vælges bl.a. på baggrund af din dokumentation af borgerens funktionsevne.</p> <p>Det er derfor vigtigt, at du sørger for at dokumentere eventuelle ændringer i borgerens funktionsevne i en Observation, når der er noget der fraviger det planlagte og/eller forventede samt opdaterer funktionsevnetilstanden og handlingsanvisningen, når ændringerne anses for værende blivende.</p>	
Dokumentation i funktionsevnetilstande	<p>Dokumentationen i funktionsevnetilstand skal afspejle borgerens aktuelle funktionsevnenedsættelse.</p> <p>Gennemgå dokumentationsplakaten på SEL til at tale om dokumentationen i hhv.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuværende niveau • Fagligt notat • Forventet niveau • Beskrivelse • Borgers vurdering 	<p>Vis på hjemmesiden, hvor man finder – og inddrag vejledningerne i undervisningen af dokumentation i funktionsevnetilstande:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FSIII funktionsevnetilstande • Faglig Vejledning – Funktionsevnetilstande • Faglig Vejledning – Funktionsevnetilstande, eksempler
Sygeplejefaglig udredning	<p>Det er lovpligtigt at sygeplejen laver en sygeplejefaglig udredning, hos de borgere der modtager SUL indsatser.</p> <p>Efterfølgende dokumenterer sygeplejen borgers aktuelle og potentielle sygdomme og handicaps i Generelle oplysninger - > Helbredsoplysninger.</p>	
Dokumentation af borgers aktuelle og potentielle	<p>Når borger får en ny sygdom fx UVI, skal medarbejderen (SPL eller SSA), som har fået viden om sygdommen opdatere borgers aktuelle og potentielle sygdomme og handicaps i Generelle oplysninger -> helbredsoplysninger.</p> <p>Hverdags triagering skal opdateres ifm. ændringer i beboerens tilstand, så her skrives også ”OBS Slet fx UVI i helbredsoplysninger, når beboeren er rask”.</p>	

Sidemandsoplæring af social- og sundhedsassistenter i Hjemmeplejen

sygdomme og handicaps	Dette for at sikre at fx UVI slettes fra Helbredsoplysninger igen.	
Helbredstilstande	<p>I Rebild Kommune anvendes følgende helbredstilstande:</p> <p>De aktive tilstande er dem, hvor der er en sygeplejefaglig problemstilling med en indsats på og der skal dokumenteres i følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuværende vurdering, • Fagligt notat • Forventet vurdering (brug en af disse tre: forsvinder, mindskes, forbliver uændret) • Beskrivelse • Borgers forventninger og mål. <p>De potentielle tilstande er dem, hvor der er en sygeplejefaglig problemstilling, men ikke er en indsats på og der skal dokumenteres i følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuværende vurdering • Fagligt notat • Borgers forventninger og mål. <p>De ikke relevante tilstande er dem, hvor der ikke ses sygeplejefaglige problemer indenfor problemområdet og der skal ikke dokumenteres i dem.</p> <p>De inaktive tilstande er dem der anvendes, når borgeren afsluttes i Nexus pga.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mors • Ikke længere modtager nogen former for hjælp jf. Sundhedsloven fra Rebild Kommune • Flytter til en anden kommune (Tilstandene inaktives først, når borgeren er flyttet) 	Vis i Nexus, hvor man finder og hvordan man opretter helbredstilstande ud fra Borger- eller Tilstandsoverblikket.
Ansvarsfordeling ift. varetagelse af dokumentation i helbredstilstande generelt og ifm. oprettelse og varetagelse af nye SUL tilstande og indsatser	<p>Når en indsats varetages af – eller er overdraget til social- og sundhedsassistenterne, følger ansvaret for al dokumentation med.</p> <p>Det betyder, at du skal sørge for, at helbredstilstand og handlingsanvisning er opdateret, så det dokumenterede stemmer overens med borgerens aktuelle tilstand og de handlinger, som bliver udført ifm. udførelse af opgaven.</p> <p>Hvis indsatsen er RH eller midlertidig, skal du også sørge for at indsatsmålet er opdateret og at der laves kontinuerlig opfølgning på indsatsen jf. opfølgingsdato og frekvens i Handlingsanvisningen.</p> <p>Når opgaven er varetages af sygeplejen eller når den løses i samarbejde med sygeplejen og dermed er videredelegeret til social- og sundhedsassistenterne, ligger ansvaret for dokumentation i helbredstilstanden og handlingsanvisningen hos sygeplejen.</p>	Vis på hjemmesiden, hvor man finder sundhedsfaglige instruks, om: <ul style="list-style-type: none"> • Samlet delegation og faglige kompetencebeskrivelser til indsatser efter Sundhedsloven. • Ansvarsfordeling ved oprettelse af nye SUL tilstande og indsatser
Valg af Helbredstilstand Fortsætter på næste side	<p>For valg af korrekt tilstand anvendes ”Guide til valg af helbredstilstande samt målepunkter ved tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed”.</p> <p>Vær OBS på, at <u>målepunkterne</u> ved tilsyn₂ der står på de første sider i guiden, <u>som minimum skal være dokumenteret.</u></p> <p><u>For nuværende er der målepunkter ved borgere med:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Den ældre medicinske patient 	Vis på hjemmesiden, hvor man finder og anvender nedenstående sundhedsfaglige instrukser: <ul style="list-style-type: none"> • Guide til helbredstilstande samt målepunkter ved tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed

Sidemandsoplæring af social- og sundhedsassistenter i Hjemmeplejen

Valg af Helbredstilstand Fortsat	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • KOL • Patienter i behandling med Methotrexat • Patienter i behandling med insulin • Patienter i behandling med blodfortyndende medicin • Borgere med skizofreni og samtidig somatisk sygdom • Kirurgisk sår • Patienter i behandling med insulin 	
Dokumentation i helbredstilstand <i>Generelt</i>	<p>For at sikre korrekt dokumentation i Nexus jf. diverse lovkrav og FSIII-metoden anvendes Max TEST kun se Berggren i Nexus. OBS der må IKKE skrives i ham!</p> <p>Aktive tilstande, se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemer med kirurgisk sår • Problemer med diabetisk sår <p>Potentielle tilstande, se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemer med misbrug • Cirkulationsproblemer <p>Dokumentationen i helbredstilstanden skal altid være opdateret, så den afspejler borgers aktuelle tilstand.</p> <p>Hvis noget fraviger det forventede eller planlagte og ses an, dokumenteres dette i en observation.</p> <p>Når noget der fraviger det forventede eller planlagte eller der skal observeres på en tilstand/indsats, dokumenteres dette samt opfølgningerne i en Observation.</p> <p>Observationer skal oprettes på den tilstand, som den er relevant for.</p> <p>Opdatering af tilstanden sker først, når man ved, om det er borgerens aktuelle tilstand eller der skal iværksættes behandling.</p>	<p>Vis i Nexus, hvor nedenstående tilstande findes ud fra Borgeroverblikket og forklar anvendelsen af dem</p> <p><i>SE AFSNITTET VEDR. OBSERVATIONER</i></p>
Dokumentation i helbredstilstand <i>Nuværende vurdering</i>	<p>I nuværende vurdering præciseres din nuværende vurdering af det aktuelle problem.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spørg dig selv om, "hvad er min nuværende vurdering af det aktuelle problem". 	<p>Eksempel på dokumentation:</p> <p>Vis på dokumentationsplakaten samt i tilstanden Problemer med diabetisk sår i Max Test KUN SE Berggren</p>
Dokumentation i helbredstilstand	<p>OBS - Dokumentation i det faglige notat er en del af de oplysninger, der kommer med i den automatiske indlæggelsesrapport, når beboeren indlægges på sygehuset.</p>	<p>Vis på hjemmesiden, hvor man finder sundhedsfaglig instruks, vedr.:</p>

Sidemandsoplæring af social- og sundhedsassistenter i Hjemmeplejen

<p><i>Fagligt notat</i> fortsætter på næste side</p>	<p>I fagligt notat dokumenteres følgende: Uddybe aktuelle/potentielle sygdomme eller handicaps med relevant viden, som er "need to know" for kollegaerne.</p> <p>Følgende dokumenteres i nævnt rækkefølge:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hvilken faggruppe der dokumenterer: SSA 2. PROBLEM 3. ÅRSAG 4. SYMPTOMER/KENDETEGN 5. HISTORIK 6. BEHANDLINGSANSVARLIG LÆGE, herunder Ved kroniske sygdomme og andre tilstande, som der er aftalt lægefaglig opfølgning på. skal følgende være dokumenteret: <ol style="list-style-type: none"> 1. Hvem er behandlingsansvarlig læge? 2. Hvad er frekvensen af kontrollerne? 3. Hvem gør hvad i forbindelse med kontrollerne 4. Hvilken faggruppe behandler Medcom fra behandlingsansvarlig læge? <p>Hvis borger selv varetager alt vedr. kontrollerne, dokumenteres nedenstående under BEHANDLINGSANSVARLIG LÆGE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hvem er behandlingsansvarlig læge? 2. skriv: Borger varetager selv alt vedr. kontrollerne 3. Hvilken faggruppe behandler Medcom fra behandlingsansvarlig læge? <p>Hvis der skal dokumenteres flere sygdomme eller handicaps i den samme tilstand, dokumenteres de en efter en – man starter altså forfra på den ovenfor nævnte rækkefølge.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Samlet delegation og faglige kompetencebeskrivelser til indsats efter Sundhedsloven. <p>Eksempel på dokumentation: Vis på dokumentationsplakaten samt i tilstanden Problemer med diabetisk sår i Max Test KUN SE Berggren</p> <p>Eksempel på dokumentation under punktet BEHANDLINGSANSVARLIG LÆGE: Vis på dokumentationsplakaten samt i tilstanden Problemer med diabetisk sår i Max Test KUN SE Berggren</p>
<p>Dokumentation i helbredstilstand <i>Forventet vurdering</i></p>	<p>I forventet vurdering dokumenteres hvad der forventes at ske med sygdommen/handicaps efter iværksættelse af behandlingen.</p> <p>Der skal anvendes én af nedenstående muligheder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forsvinder • Mindskes • Forbliver uændret 	<p>Eksempel på dokumentation: Vis på dokumentationsplakaten samt i tilstanden Problemer med diabetisk sår i Max Test KUN SE Berggren</p>
<p>Dokumentation i helbredstilstand <i>Beskrivelse</i> Fortsætter på næste side</p>	<p>I Beskrivelsen dokumenteres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Du skal dokumentere om borgeren har givet samtykke til behandlingen? <p>Hvis indsatsen varetages af SSA og IKKE er en del af deres kompetenceprofil, skal der foreligge et elektronisk delegeringsskema i Nexus.</p> <p>I disse tilfælde <u>varetages al dokumentation i tilstanden og handlingsanvisning samt opfølgning på RH og midlertidige indsatser af SSA.</u></p> <p>Hvis opgaven er videredelegeret til SSA løses den i samarbejde med sygeplejen.</p> <p>I disse tilfælde <u>varetages al dokumentation i tilstanden og handlingsanvisning samt opfølgning på RH og midlertidige indsatser af sygeplejen.</u></p>	<p>Eksempel på dokumentation: Vis på dokumentationsplakaten samt i tilstanden Problemer med diabetisk sår i Max Test KUN SE Berggren</p> <p>Eksempel: Opgaven er overdraget til SSA</p> <p>Eksempel: Opgaven er videredelegeret til SSA</p>

Sidemandsoplæring af social- og sundhedsassistenter i Hjemmeplejen

Fortsat	I handlingsanvisningen præciseres hvilken faggruppe der gør hvad og hvornår.	
Dokumentation i helbredstilstand <i>Borgers vurdering</i>	Borgers vurdering udfyldes i samarbejde med borgeren og det skal være borgerens vurdering og ikke medarbejderens vurdering af borgerens vurdering. <i>Dvs. at borgerens oplevelse af udførelse og betydning af udførelse samt egne forventninger og mål skal stemme overens med det, borgeren giver udtryk for.</i> Hvis borger pga. fx demens ikke kan give udtryk for egne forventninger og mål, dokumenteres det i beskrivelsen.	Eksempel på dokumentation: Vis på dokumentationsplakaten samt i tilstandene Problemer med kirurgisk sår og Problemer med diabetisk sår i Max Test KUN SE Berggren
Indsatsmål på RH – og midlertidige SEL og SUL indsatser	Indsatsmål på alle RH (Rehabiliterende) og midlertidige indsatser, dokumenteres nederst i feltet "Medarbejders indsats" i handlingsanvisningen og skal sikre at vi arbejder hen mod målet med indsatsen. <u>Indsatsmålet på funktionsevnetilstandenes indsatser skal være VARMT og skal derfor være:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Værdifuldt • Aftalt • Realistisk • Målbart • Tidsaftalt <u>Indsatsmålet på helbredstilstandenes indsatser skal udfyldes efter SMARTE-modellen og skal derfor være:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Specifikt • Målbart • Acceptabelt – også af borgeren • Realistisk • Tidsbegrænset • Evaluerbart 	Eksempel – VARMT mål: <ul style="list-style-type: none"> • Max vil gerne kunne færdes frit i hjemmet uden brug af rollator inden jul. Eksempel - SMARTE mål: <ul style="list-style-type: none"> • Målet er, at egen læge får de målte blodtryksværdier ifm. kontrol af behandlingen af hypertension hver 3. måned, så Max kan få den rette behandling.
Handlingsanvisning på SEL - og SUL indsats Fortsætter på næste side	Handlingsanvisningen skal ses som en faglig beskrivelse af det der gøres, når indsatsen udføres. Hvis indsatsen er midlertidig eller rehabiliterende, skrives dette i overskriften. Det er vigtigt, at det nøje er beskrevet hvad borger selv gør, hvad medarbejderen gør og hvis der er noget, der kræver en særlig opmærksomhed. Dokumenter i punktform i den rækkefølge hhv. borgeren og medarbejderen udfører handlingerne og start med at tage udgangspunkt i borgerens indsats : <ul style="list-style-type: none"> • Dokumenter selv den mindste indsats borger selv gør • Dokumentationen af borgers indsats i handlingsanvisningen gør det muligt at se, hvornår der er noget, der fraviger det forventede eller planlagte, når vi kommer hos borger, hvilket kan være med til bl.a. at: <ul style="list-style-type: none"> ○ Opspore begyndende sygdom ○ Forebygge indlæggelser og genindlæggelser ○ Højne patientsikkerheden Medarbejders indsats , herunder: <ul style="list-style-type: none"> • Indsatsmål og dato og frekvens for opfølgning på RH og midlertidige indsatser, som dokumenteres nederst i feltet. 	Vis i Nexus, hvordan man opretter en handlingsanvisning ud fra Tilstandsoverblikket. Eksempel på dokumentation i handlingsanvisning: Vis på dokumentationsplakaten SUL samt i handlingsanvisningen på indsatsen Medicindispensering Problemer med synssans i Max Test KUN SE Berggren Eksempel på dokumentation ved RH eller midlertidig indsats: Vis på dokumentationsplakaten SUL samt i handlingsanvisningen på

Sidemandsoplæring af social- og sundhedsassistenter i Hjemmeplejen

Handlings-anvisning på SEL - og SUL indsats Fortsat	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dokumenter i punktform og i den rækkefølge medarbejderen udfører handlingerne. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Herunder dokumenteres følgende på RH – og midlertidige indsætter: <ul style="list-style-type: none"> • Indsatsmål • Dato/frekvens for opfølgning på indsatsen <ul style="list-style-type: none"> ○ Ved Sårbehandling gælder det, at der skal laves opfølgning min. x 1 ugentligt. <p>Særlig opmærksomhed, hvis der er forhold der kræver det</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokumenter det der skal have særlig opmærksomhed ift. den aktuelle indsats, fx: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ægtefælle rengør medicinaskerne hver 12. uge ○ OBS at xxx har sluppet af inden BT måles? <p>Det skal altså tydeligt fremgå, så fx en vikar kan varetage indsatsen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvem der gør hvad og hvordan i den rette rækkefølge 	indsatsen i Problemer med diabetisk sår i Max Test KUN SE Berggren
Målinger	<p>Dét, der er synligt i borgerens journal i Nexus, skal være aktuelt og afspejle borgerens aktuelle tilstand.</p> <p>Derfor skal aktuelle målinger være aktive, - altså de målinger, hvor vi på baggrund af en tilstand kontinuerligt fortager målinger og dermed har behov for at dokumentere de målte værdier.</p> <p>De målinger som ikke bruges aktuelt/kontinuerligt, skal være inaktive.</p> <p>De kan altid gøre aktive igen ved behov og de tidligere indtastede værdier ligger lagret der i.</p> <p>Når en Måling aktiveres, er der mulighed for at indtaste evt. tærskelværdier.</p> <p>Der må KUN indtastes tærskelværdier, som behandlingsansvarlig læge har ordineret til den aktuelle borger.</p>	Vis i Nexus via tilstandsoverblikket, hvordan man finder og aktiverer/ inaktiverer målingerne Eksempel – aktuelle målinger: <ul style="list-style-type: none"> • Kontinuerlig BT-måling Eksempel – inaktive målinger: <ul style="list-style-type: none"> • Temperatur, - skal inaktiveres, når behov for måling ophører.
Generelle oplysninger	<p>Generelle oplysninger er oplysninger af generel værdi – på tværs af lovgivning, funktioner og fag.</p> <p>Dokumentationen i Generelle oplysninger udfyldes løbende og af alle medarbejdere i Rebild Kommune, der er i kontakt med borgeren og som kommer i besiddelse af oplysninger af generel værdi.</p> <p>Det drejer sig bl.a. om oplysninger, som har værdi ift. den samlede vurdering af sagen og den indsigt i borgerens ressourcer og liv, som medarbejderne får.</p> <p>Formålet med at dokumentere generelle oplysninger er, at når viden om borgeren deles i Generelle oplysninger, kan alle arbejde ud fra samme forståelse af borgeren og vedkommendes oplevelse af situationen.</p> <p>Borgerens egne ord eller udsagn fra pårørende kan anvendes.</p>	Vis i Nexus, hvor skemaet Generelle oplysninger findes ud fra Borgeroverblikket. Vær OBS på at tydeliggøre, at der arbejdes videre i det eksisterende skema og dermed ikke skal åbnes et nyt skema.
Generelle oplysninger - Helbredsoplysninger Fortsætter på næste side	<p>I Generelle oplysninger – Helbredsoplysninger dokumenterer sygeplejen følgende, når der er laver sygeplejefaglig udredning – oplysningerne skal dokumenteres i nedenstående rækkefølge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Om borgeren er habil og har givet generelt samtykke til deling af data med tværfaglige samarbejdspartnere ved behov. • Hvem der kan give stedfortrædende samtykke ved behov • Om borgeren er erklæret terminal • Alle borgerens aktuelle og potentielle sygdomme og handicaps. 	Vis i Nexus, hvor Generelle oplysninger – Helbredsoplysninger findes ud fra Borgeroverblikket. Eksempel: Vis på dokumentationsplakaten SUL samt Helbredsoplysninger i Max Test KUN SE Berggren

Sidemandsoplæring af social- og sundhedsassistenter i Hjemmeplejen

<p>Generelle oplysninger - Helbredsoplysninger Fortsat</p>	<p>Dokumentationen skal være kort, konkret og i pindform, da oplysningerne bruges som et hurtigt overblik over borgerens aktuelle og potentielle sygdomme og handicaps (Derfor skal der intet stå om behandling osv.).</p> <p>Når sygeplejefaglig udredning er lavet, er den faggruppe, som varetager indsatsen vedr. en sygdom eller et handicap, der er ansvarlig for at opdatere i Helbredsoplysningerne, hvis der sker ændringer ift. den enkelte sygdom eller handicap.</p> <p>Hverdags triagering skal opdateres ifm. ændringer i beboerens tilstand, så her skrives også "OBS Slet fx UVI i helbredsoplysninger, når beboeren er rask".</p> <p>Dette for at sikre at fx UVI slettes fra Helbredsoplysninger igen.</p> <p>Visitatorer kan også dokumentere i Helbredsoplysninger, når de kommer i besiddelse af relevant viden.</p>	
<p>Observationer <i>Generelt</i> Fortsætter på næste side</p>	<p>I observationer dokumenteres det man observerer af FAGLIG karakter.</p> <p>Det vil sige, at der oprettes observationer i de tilfælde, hvor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Noget der omhandler borgerens krop eller helbred, afviger fra det forventede eller planlagte. • Der skal laves opfølgning på en tilstand vi ser an eller på en ny indsats. <p>I observationer dokumenteres, det du observerer af FAGLIG karakter. som:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fraviger det forventede eller planlagte • Ved planlagt opfølgning på en tilstand • Der har været kontakt til en læge • eller andet af faglig karakter. <p>Det vil sige, at der oprettes observationer i de tilfælde, hvor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Noget der omhandler borgerens krop eller helbred, afviger fra det forventede eller planlagte. • Der skal laves opfølgning på en tilstand vi ser an og i nogle tilfælde på en ny indsats. <p>Når der oprettes en observation på et problem, skal medarbejderne sikre, at der laves kontinuerlig opfølgning i observationer, indtil problemet er løst, fx når borger ikke længere har kvalme/opkast eller når borger er sat i behandling for fx UVI.</p> <p>Opdatering af tilstanden sker først, når man ved, om det er borgerens aktuelle tilstand eller der skal iværksættes behandling.</p> <p>Når du opretter en Observation, skal du tage stilling til, om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der skal oprettes en tilstand • Tilstanden skal revideres • Tilstanden skal yderligere udredes • Tilstanden skal afsluttes • Evt. handlingsanvisning skal opdateres • Evt. indsats skal revurderes <p>Når du opretter en observation, skal den danne relation med en relevant tilstand. Er tilstanden ikke Aktiv eller Potentiel, skal den oprettes som hhv.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktiv, hvis der oprettes en indsats 	<p>Vis hvordan man finder og opretter observationer ud fra tilstandsoverblikket.</p> <p>Vis på dokumentationsplakaten SUL samt observationer på indsatsen i Problemer med diabetisk sår i Max Test KUN SE Berggren</p>

Sidemandsoplæring af social- og sundhedsassistenter i Hjemmeplejen

Observationer <i>Generelt</i> Fortsat	<ul style="list-style-type: none"> Potentiel, hvis der ikke oprettes en indsats <p>Det betyder, at hvis Max har diarre eller hans kateter á demeure er stoppet, dokumenteres dette i en observation, som danner relation med en relevante Aktive eller Potentielle tilstand ("Problemer med mave tarm" eller "Problemer med vandladning").</p> <p>Hvis der, udover opfølgningen på tilstanden, laves flere observationer vedr. problemer med diarré eller kateter á demeure, skal observationerne danne baggrund for, at der skal tages stilling til om der igangsættes yderligere tiltag ift. at afhjælpe problemet.</p>	
Observationer: <i>Når noget fraviger det forventede eller planlagte og ved opfølgning på en ny indsats</i>	<p>Når du observerer noget hos beboeren, som fraviger det forventede/planlagte eller du skal lave opfølgning på en ny indsats, skal følgende dokumenteres:</p> <p><u>Hvilken betydning har ændringen for situationen/ beboerens tilstand:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Forbedring Uændret Forværring <p><u>Overskrift:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Skriv en konkret og sigende overskrift, så modtageren straks ved, hvad Observationen handler om. <p><u>Observation - beskriv kort og konkret:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Hvad har du observeret, der fraviger fra det forventede/planlagte? Eller hvad ser du ved opfølgningen på beboerens tilstand eller nye indsats? Hvilke tiltag har du evt. igangsat/udført? Evt. målte værdier dokumenteres i observationen og i Målinger Er der lavet aftaler om opfølgning på de tiltag, du har igangsat/udført? Ved behov for opfølgning på observationen, hvornår skal det være og hvilken faggruppe skal varetage opfølgningen? <ul style="list-style-type: none"> Hvis opfølgningen skal varetages af ældrecentrets medarbejder, skal du skrive det i observationen. Hvis opfølgningen skal varetages af sygeplejens medarbejder, skal du skrive det i observationen og kontakte center- eller udekørende sygepleje. 	Eksempler: Vis observationer i tilstandene Problemer med diabetisk sår og Lave husligt arbejde i Max Test KUN SE Berggren
Udredning: TOBS	<p>TOBS-skemaet anvendes til tidlig opsporing af begyndende sygdom hos borgerne.</p> <p>Ifm. oprettelse af et TOBS-skema skal du ligeledes registrere triage farve (rød-gul-grøn) på borgeren samt dokumentere dine observationer (ikke værdierne) i en Observation, som oprettes ud fra Tilstandsoverblikket.</p>	<p>Vis i Nexus, hvordan man finder, opretter og anvender TOBS skemaet ud fra Tilstandsoverblikket.</p> <p>Vis på hjemmesiden, hvor man finder:</p> <ul style="list-style-type: none"> Arbejdsgangsbeskrivelse TOBS
Besøgsnotat	<p>I Besøgsnotater dokumenteres oplysninger af PRAKTISK karakter, dvs. <u>praktiske oplysninger og ændringer ifm. planlægning og afvikling af besøget.</u></p> <p>Det betyder, at hvis Max skal til sin datters fødselsdag på onsdag og derfor ikke er hjemme til sårbehandling om eftermiddagen, oprettes et besøgsnotat, så planlægger kan ændre besøget til om formiddagen.</p>	<p>Vis hvordan man finder og opretter et besøgsnotat i Nexus browser og Nexus APP.</p>

Sidemandsoplæring af social- og sundhedsassistenter i Hjemmeplejen

Fravalg af genoplivning og livsforlængende behandling	<p>Hvis du får viden om, at en borger har udfyldt livs- eller behandlingstestamente, skal det dokumenteres i Generelle oplysninger -> Fremtidsønsker.</p> <p>Det er vigtigt, at du som sundhedsfaglig medarbejder orienterer dig om der er oprettet Livs- eller Behandlings-testamente ved borger, pårørende eller via FMK-online.</p> <p>Du har ikke lov til at åbne testamentet i FMK-online, men du må orientere dig om, hvorvidt det er oprettet. Det er en læge, der skal læse det og afgøre, om det har indflydelse på den aktuelle situation.</p> <p>Skemaerne "Fravalg af genoplivning" og "Fravalg af livsforlængende behandling" ligger under "Særlig opmærksomhed, CPO" og oprettes, når en læge har ordineret fravalg af genoplivning eller livsforlængende behandling ved en borger. OBS: Henvi med dato og årstal til den MedCom som lægens ordination står i.</p>	<p>Vis i Nexus hvor skemaet om fravalg af genoplivning og fravalg af livsforlængende behandling findes.</p> <p>Vis hvor i borgerbanneret det ses, hvis der er ordineret fravalg af genoplivning.</p>
Ønsker til livets afslutning	<p>Når du kommer i besiddelse af oplysninger om borgers ønsker til den sidste tid/livets afslutning, skal disse dokumenteres i skemaet "Livets afslutning", som ligger under Særlig opmærksomhed, CPO.</p> <p>I skemaet er det også muligt at dokumenterer pårørendes ønsker.</p>	<p>Vis hvor skemaet "Livets afslutning" findes i Nexus og hvor materialet "Den naturlige samtale" ligger på hjemmesiden</p>
Skemaer	<p>Der findes forskellige skemaer i Nexus, som skal udfyldes ved behov:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aftaleskema – til FASTE aftaler • Smittefare • Cave • Egen kontrol • Tryksårs vurdering – bradenscore • Forflytningsanvisning • Triagering osv. 	<p>Vis hvor man finder de forskellige skemaer i Nexus samt forklar hvilke skemaer, der bruges til hvad.</p>
Gennemgang af dokumentations praksis efter besøg hos borgeren <small>Fortsætter på næste side</small> Brug tjekliste	<p>Når du er færdig med besøget hos borgeren, skal følgende dokumenteres i tilfælde af, at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Noget fraviger det, forventede eller planlagte (<i>Observation/faldregistrering + evt. TOBS</i>) • Du har lavet opfølgning på en tilstand eller nyopstartet indsats (<i>Observation</i>) • Der er sket ændringer i borgerens aktuelle tilstand (<i>Funktionsevne- eller helbredstilstand</i>) • Der er ændringer i borgers eller medarbejderens indsats ifm. udførelse af indsatsen ved borger (<i>Handlingsanvisning</i>) • Der er ændringer i borgers eller medarbejders indsats ifm. udførelse af RH – eller midlertidig indsats ved borger (<i>Handlingsanvisning - OBS indsatsmål og dato for opfølgning</i>) • Du har målt værdier eller på anden måde observere noget hos borgeren som efter følgende skal dokumenteres i målinger, fx blodtryk, vægt, afføring osv. (<i>Opdatering af målinger</i>) • Du har fået oplysninger, som skal skrives i Generelle oplysninger (<i>Opdatering af generelle oplysninger</i>) • Du har fået oplysninger, som skal ind i et skema, fx aftaleskema, ernæringsudredning osv. (<i>Opdatering af diverse skemaer</i>) • Der er sket ændringer i borgerens aktuelle eller potentielle sygdomme/handicaps, hvor du varetager indsatsen og som påkræver en opdatering i Helbredstilstanden og Helbredsoplysninger (<i>Opdatering helbredstilstand og af</i> 	<p>Brug dokumentationsplakaterne</p> <p>Gennemgå og tal om, i hvilke situationer, der skal dokumenteres ud fra daglig praksis – underbyg med eksempler fra hverdagen, da det ofte gør det nemmere at forstå, hvornår der skal dokumenteres efter et besøg.</p>

Sidemandsoplæring af social- og sundhedsassistenter i Hjemmeplejen

Fortsat	<p><i>Helbredsoplysninger i Generelle oplysninger+ oprettelse af opgave til opfølgning på behandlingen samt opdatering af Helbredsoplysninger efter endt behandling)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er ændringer i planlægningen eller afvikling af dagens eller et kommende besøg hos borgeren (<i>Besøgsnotat</i>) 	
Evt. redigering af status på indsatser (Besøg)	<p>Når du er færdig med eventuel dokumentation efter besøget og inden du kan godkende besøget i Nexus Mobil, skal du sikre dig, at alle indsatser er udført. Hvis ikke de er det, skal du redigere status på besøget/besøgene.</p> <p><u>Når du redigerer status på besøget, skal du:</u> Åbn besøget på kørelisten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvis der er én eller flere indsatser i besøget, som ikke er udført, skal du trykke på cirklen i indsatsen/indsatserne • Hvis det er alle indsatser i besøget, som skal redigeres, trykkes på "Rediger alle" <p>I et nyt billede ses følgende valgmuligheder - Tryk på den aktuelle status</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akutydelse • Akutydelse oprettet fra mobil • Byttet til fleksibel hjælp • Forgæves gang • Ikke udført • Udført med planlagt tid <p>I nyt billede ses indsatserne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opret et besøgsnotat på de valgte indsatser med begrundelse for redigering af status. <p>Tryk på Gem Tryk på tilbage Godkend de resterende udførte indsatser Ved indlagte borgere trykkes godkend, da borgerne er registreret som indlagte.</p>	<p>Vis i Nexus Mobil, hvordan man redigerer status på én, flere eller alle indsatser i et besøg</p>
Godkend besøg	<p>For at afslutte besøg, der ikke skal redigeres, skal du godkende dem i Nexus Mobil. Åbn besøget på kørelisten og tryk på "godkend"</p>	<p>Vis i Nexus Mobil, hvordan man godkender et besøg</p>

Eksempel på opfølgning på observation er på næste side

Sidemandsoplæring af social- og sundhedsassistenter i Hjemmeplejen

Eksempel på opfølgning på observation	* Betydning for situation/borgerens tilstand	<input type="radio"/> Forbedring <input type="radio"/> Uændret <input checked="" type="radio"/> Forværring
	Overskrift	Urolig i nat
	Observation	<p>Max har i nattevagten været meget urolig. Han har vandret op og ned af gangene og selvom han gav udtryk for, at være træt og gerne vil sove, er det ikke lykkedes ham at finde længerevarende ro eller hvile i hverken seng eller lænestol. Han fortalte også om uro i benene og i kroppen generelt.</p> <p>Fra kl. 03.00 sad jeg inde hos ham i godt en time og i den time slappede han af og blundede i sin seng, dog uden at sove tungt. Kort tid efter jeg havde forladt hans stue, vandrede han frem og tilbage ude på gangen igen, hvilket han fortsatte med resten af natten, kun afbrudt af små hvil i lænestolen.</p> <p>Da Max har haft en længere periode, hvor han har sovet godt, skal der laves opfølgning på hans søvnmønster de næste 3 nattevagter. Målet er, at han ikke falder tilbage i sit gamle mønster, med at være vågen og urolig om natten.</p>
	Observations dato	06-01-2021 06:30
	Betydning for situation/borgerens tilstand	<input checked="" type="radio"/> Forbedring <input type="radio"/> Uændret <input type="radio"/> Forværring
	Overskrift	Urolig og vandrende
	Observation	<p>Max har sovet bedre i nat. Han var urolig og vandrende indtil kl. 01.30 og gav udtryk for samme problematik som i går nat. Jeg spurgte, om han ville høre noget stille beroligende musik og det ville han gerne. Jeg sad hos ham den første halve time efter musikken var sat på og da jeg gik ud sov han i sin seng. Han har sovet uafbrudt fra kl. 02.20 - og han sover endnu.</p>