

sidemandsoplæring til social- og sundhedsassistent på ældrecenter og i Svinget

Arbejdsgangsbeskrivelse for SSA på ældrecenter	<p>Når du møder ind, er du forpligtet til at ajourføre dig i nogle Medarbejder overblik.</p> <p>I disse overblik vil forskellige ændringer, observationer osv. for hele den gruppe af beboere du er tilknyttet, fremgå.</p> <p>Vi er alle afhængige af, at dokumentationen og div. oplysninger/beskeder videregives på samme måde af alle medarbejdere.</p> <p>Dette for at højne kvaliteten i kerneopgaven, patientsikkerheden samt øvrige krav fra div. lovgivninger og tilsyn.</p> <p>Derudover skaber ensrettet dokumentation et fælles overblik over dokumentationen ved den enkelte beboer.</p>	<p>Vis hvor på hjemmesiden "Arbejdsgangsbeskrivelse – SSA, Ældrecenter" findes og gennemgå den sammen.</p>
Tilstands overblik	<p>Når du orienterer dig om en konkret beboer samt dokumentere relevante oplysninger, skal du altid gøre det ud fra beboerens tilstandsoverblik.</p> <p>Du kan bl.a. få overblik over:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beboerens aktuelle og potentielle sygdomme og handicaps • Oprettede funktionsevne- og helbredstilstande • Indsatser • Handlingsanvisninger og herunder evt. indsatsmål og dato for opfølgning på indsatsen (Anvendes kun ved RH eller midlertidige indsatser og dokumenteres i handlingsanvisningen) • 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 beboerens.</p> <p>Ligeledes skal det der står i tilstande og handlingsanvisninger, altid stemme overens med det aktuelle for beboeren, 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 beboer.</p> <p>Vis hvordan man kommer ind på Tilstandsoverblikket.</p> <p>Fortæl om betydningen af relationsdannelse mellem <i>tilstande</i> og:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indsatser • observationer • Målinger • Skemaer mv. <p>Fortæl om betydningen af relationsdannelse mellem <i>indsatser</i> og:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Handlingsanvisninger • Døgnrytmeplaner
Fælles medicinkort (FMK)	<p>FMK er det fælles medicinkort, som skal være aktivt hos de beboere, hvor kommunens medarbejdere har noget med medicinen at gøre.</p> <p>OBS:</p> <p>Ved de beboere, hvor de selv eller familien dispenserer medicinen, skal FMK inaktiveres.</p> <p>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.</p> <p>I Borgeroverblik -> Genvej til instrukser -> "E-leaning Medicin - Modul" finder du materiale, som omhandler funktionerne i FMK.</p>	<p>Vis i Nexus, hvor man finder FMK.</p> <p>Vis de forskellige funktioner i FMK, fx opdatering af FMK, bestilling af medicin osv.</p> <p>Vis på hjemmesiden alle <i>sundhedsfaglige instrukser</i>, der ligger under:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicin • De 7 risikosituationslægemidler samt <i>systemvejledning</i>: • Medicin <p>og <i>fagligvejledning</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FMK best practice,
Funktionsevnetilstande Fortsætter	<p>Funktionsevnetilstande anvendes til dokumentation af beboerens 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 indsats ift. beboerens funktionsevne nedsættelse.</p>	<p>Vis i Nexus, hvor man finder funktionsevnetilstande ud fra Borger- og Tilstandsoverblikket.</p>

Sidemannedsoplæring til social- og sundhedsassistent på ældrecenter og i Svinget

Funktionsevne-tilstande Fortsat	<p>I disse tilstande skal der dokumenteres i følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuværende niveau (brug skema s. 4 til vurdering) • Fagligt notat • Forventet niveau (brug skema s. 4 til vurdering) • Beskrivelse • Borgers forventninger og mål. <p>De ikke relevante tilstande er dem, hvor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beboeren har en funktionsnedsættelse, men der er ikke tildelt en indsats ift. funktionsevnenedsættelsen. • Beboeren ikke har en funktionsnedsættelse. <p>De inaktive tilstande anvendes ikke i Rebild Kommune.</p> <p style="text-align: center;"><i>Ældrecenter leder er ansvarlig for at der laves opfølgning på funktionsevnetilstande.</i></p>	
Valg af funktionsevne-tilstand	<p>Det er ældrecenterlederen, som vælger hvilke funktionsevnetilstande, der skal oprettes hos beboeren, - dette vælges bl.a. på baggrund af din dokumentation af beboerens funktionsevne.</p> <p>Det er derfor vigtigt, at du sørger for at dokumentere eventuelle ændringer i beboerens funktionsevne i en Observation, når der er noget der fraviger det planlagte eller forventede samt opdatere funktionsevnetilstanden og døgnrytmeplanen, når ændringerne anses for værende blivende.</p>	
Dokumentation i funktionsevne-tilstande	<p>Dokumentationen i funktionsevnetilstanden skal afspejle beboerens 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 beboere der modtager SUL indsatser.</p> <p>Efterfølgende dokumenterer sygeplejen beboerens aktuelle og potentielle sygdomme og handicaps i Generelle oplysninger -> Helbredsoplysninger.</p>	
Dokumentation af beboerens aktuelle og potentielle sygdomme og handicaps	<p>Når beboeren får en ny sygdom fx UVI, skal medarbejderen (SPL eller SSA), som har fået viden om sygdommen, opdatere beboerens 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> <p>Dette for at sikre at fx UVI slettes fra Helbredsoplysninger igen.</p>	
Helbredstilstande Fortsætter på næste side	<p>I Rebild Kommune anvendes følgende helbredstilstande:</p> <p>Aktive tilstande er dem, hvor der er en sygeplejefaglig problemstilling med en indsats på og der skal dokumenteres i følgende:</p>	<p>Vis i Nexus, hvor man finder og hvordan man opretter helbredstilstande ud fra Borger- eller Tilstandsoverblikket.</p>

sidemandsoplæring til social- og sundhedsassistent på ældrecenter og i Svinget

Helbredstilstande Fortsat	<ul style="list-style-type: none"> • Nuværende vurdering, • Fagligt notat • Forventet vurdering (brug en af disse tre: forsvinder, mindskes, forbliver uændret) • Beskrivelse • Beboerens forventninger og mål. <p>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 • Beboerens forventninger og mål. <p>Ikke relevante tilstande er dem, hvor der ikke ses sygeplejefaglige problemstillinger indenfor problemområdet og der skal ikke dokumenteres i dem.</p> <p>Inaktive tilstande er dem der anvendes, når beboeren 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 beboeren er flyttet) 	
Ansvarsfordeling ift. varetagelse af dokumentationen i helbredstilstande generelt og ved oprettelse af nye SUL tilstande og indsatser	<p>Når en indsats varetages af – eller er overdraget til social- og sundhedsassistenterne, følger <u>ansvaret for al dokumentation med.</u></p> <p>Det betyder, at du skal sørge for, at helbredstilstand og handlingsanvisning er opdateret, så det dokumenterede stemmer overens med beboerens aktuelle tilstand og de handlinger, som bliver udført ifm. udførelse af opgaven. Hvis indsatsen er RH eller midlertidig, skal du også sørge for at indsatsmålet er opdateret og at der laves kontinuerlig opfølgning på indsatsen jf. opfølgningsdato 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>	<p>Vis på hjemmesiden, hvor man finder sundhedsfaglige instrukser, om:</p> <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>For nuværende er der målepunkter ved beboere med:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Den ældre medicinske patient • 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 	<p>Vis på hjemmesiden, hvor man finder og anvender nedenstående sundhedsfaglige instrukser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guide til valg af helbredstilstande samt målepunkter ved tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed.

sidemandsoplæring til social- og sundhedsassistent på ældrecenter og i Svinget

Valg af helbreds-tilstand Fortsat	<ul style="list-style-type: none"> • Kirurgisk sår • Patienter i behandling med insulin 	
Dokumentation i helbredstilstande <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 beboerens aktuelle tilstand.</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>Observationerne skal oprettes på den tilstand, som den er relevant for.</p> <p>Opdatering af dokumentationen i tilstanden sker først, når man ved, om det er beboerens 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 helbredstilstande <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, "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 helbredstilstande <i>Fagligt notat</i> Fortsætter på næste side	<p>OBS - Dokumentationen i det faglige notat er en del af de oplysninger, der kommer med i den automatiske indlæggelsesrapport, når beboeren indlægges på sygehuset.</p> <p>I Fagligt notat dokumenteres følgende:</p> <p>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 <p>Ved kroniske sygdomme og andre tilstande, der er aftalt lægefaglig opfølgning på. skal følgende være dokumenteret:</p> <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>Vis på hjemmesiden, hvor man finder sundhedsfaglig instruks, vedr.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samlet delegation og faglige kompetencebeskrivelser til indsatser efter Sundhedsloven. <p>Eksempel på dokumentation:</p> <p>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:</p> <p>Vis på dokumentationsplakaten samt i tilstanden Problemer med diabetisk sår i Max Test KUN SE Berggren</p>

Sidemandsoplæring til social- og sundhedsassistent på ældrecenter og i Svinget

<p>Dokumentation i helbredstilstande <i>Fagligt notat</i> Fortsat</p>	<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: eboeren 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>	
<p>Dokumentation i helbredstilstande: <i>Forventet vurdering</i></p>	<p>I forventet vurdering dokumenteres hvad der forventes at ske med sygdommen/handicaps efter iværksættelse af behandlingen. 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 helbredstilstande: <i>Beskrivelse</i></p>	<p>I Beskrivelsen dokumenteres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvad er der behov for hjælp til? • Henvis til handlingsanvisningen • Du skal dokumentere om beboeren 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>I handlingsanvisningen præciseres hvilken faggruppe der gør hvad og hvornår.</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>
<p>Dokumentation i helbredstilstande: <i>Borgers vurdering</i></p>	<p>Borgers vurdering udfyldes i samarbejde med beboeren og det skal være beboerens vurdering og ikke medarbejderens vurdering af beboerens vurdering.</p> <p><i>Dvs. at beboerens oplevelse af udførelse og betydning af udførelse samt egne forventninger og mål skal stemme overens med det, beboeren har givet udtryk for.</i></p> <p>Hvis beboeren pga. fx demens ikke kan give udtryk for egne forventninger og mål, dokumenteres det i beskrivelsen.</p>	<p>Eksempel på dokumentation: Vis på dokumentationsplakaten samt i tilstandene Problemer med kirurgisk sår og Problemer med diabetisk sår i Max Test KUN SE Berggren</p>
<p>Indsatsmål på RH og midlertidige indsatser Fortsætter på næste side</p>	<p>Hvor det er muligt, laves indsatsmål sammen med beboeren.</p> <p>Indsatsmål på RH (Rehabiliterende) og midlertidige indsatser, dokumenteres nederst i feltet "Medarbejders indsats" i handlingsanvisningen og skal sikre at vi arbejder hen mod målet med indsatsen.</p> <p>Indsatsmålet på funktions- og helbredstilstandenes indsatser udfyldes efter SMARTE-modellen og skal derfor være:</p>	

Sidemandsoplæring til social- og sundhedsassistent på ældrecenter og i Svinget



<p>Indsatsmål på RH og midlertidige indsatser Fortsat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Specifikt • Målbart • Acceptabelt – også af beboeren • Realistisk • Tidsbegrænset • Evaluerbart 	<p>Eksempel – SMARTE mål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Målet er, at egen læge får de målte blodtryksværdier, han har brug for ifm. kontrol af behandlingen af hypertension hver 3. måned, så Max kan få den rette behandling.
<p>Døgnrytme på SEL-indsatser Fortsætter på næste side</p>	<p>Handlingsanvisningen skal ses som en faglig beskrivelse af det der <i>gøres</i>, når indsatsen udføres. Det er vigtigt, at det <i>nøje</i> er beskrevet hvad beboeren selv <i>gør</i>, hvad medarbejderen <i>gør</i> og hvis der er noget, der kræver en særlig opmærksomhed.</p> <p>Dokumenter i punktform i den rækkefølge hhv. beboeren og medarbejderen udfører handlingerne og start med at tage udgangspunkt i beboerens indsats:</p> <p>Dokumenter selv den mindste indsats beboeren selv <i>gør</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation af beboeren indsats i handlingsanvisningen <i>gør</i> det muligt at se, hvornår der er noget, der fraviger det forventede eller planlagte, når vi kommer hos beboeren, 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 • Særlig opmærksomhed, hvis der er forhold der kræver det <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"> • Hvad der skal gøres • Hvordan det skal gøres • Hvem der gør hvad og i den rette rækkefølge 	<p>Vis i Nexus, hvordan man opretter en døgnrytme ud fra tilstandsoverblikket.</p> <p>Eksempel på dokumentation i døgnrytme: Vis på dokumentationsplakaten SEL samt i døgnrytme-dag på indsatsen i Vaske sig i Max Test KUN SE Berggren</p>
<p>Handlingsanvisning på SUL indsatser samt på rehabiliterende – og midlertidige SEL-indsatser. Fortsætter på næste side</p>	<p>Handlingsanvisningen skal ses som en faglig beskrivelse af det der <i>gøres</i>, når indsatsen udføres. Hvis indsatsen er midlertidig eller rehabiliterende, skrives dette i overskriften.</p> <p>Det er vigtigt, at det <i>nøje</i> er beskrevet hvad beboeren selv <i>gør</i>, hvad medarbejderen <i>gør</i> og hvis der er noget, der kræver en særlig opmærksomhed.</p> <p>Dokumenter i punktform i den rækkefølge hhv. beboeren og medarbejderen udfører handlingerne og start med at tage udgangspunkt i beboerens indsats:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokumenter selv den mindste indsats beboeren selv <i>gør</i> • Dokumentation af beboeren indsats i handlingsanvisningen <i>gør</i> det muligt at se, hvornår der er noget, der fraviger det forventede eller planlagte, når vi kommer hos beboeren, hvilket kan være med til bl.a. at: <ul style="list-style-type: none"> ○ Opspore begyndende sygdom 	<p>Vis i Nexus, hvordan man opretter en handlingsanvisning ud fra Tilstandsoverblikket.</p> <p>Eksempel på dokumentation i handlingsanvisning: Vis på dokumentationsplakaten SUL samt i handlingsanvisningen på indsatsen Medicindispensering Problemer med synssans i Max Test KUN SE Berggren</p>

sidemandsoplæring til social- og sundhedsassistent på ældrecenter og i Svinget

Handlings-anvisning på SUL indsatser samt på rehabiliterende – og midlertidige SEL-insatser. Fortsat	<ul style="list-style-type: none"> ○ Forebygge indlæggelser og genindlæggelser ○ Højne patientsikkerheden <p>Medarbejders indsats, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dokumenter medarbejders indsats i punktform og i den rækkefølge handlingerne udføres. ● Herunder dokumenteres følgende på RH – og midlertidige indsatser: <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"> ○ 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 	<p>Eksempel på dokumentation ved RH eller midlertidig indsats:</p> <p>Vis på dokumentationsplakaten SUL samt i handlingsanvisningen på indsatsen i Problemer med diabetisk sår i Max Test KUN SE Berggren</p>
Målinger	<p>Dét, der er synligt i beboerens journal i Nexus, skal være aktuelt og afspejle beboerens 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 beboer.</p>	<p>Vis i Nexus, hvordan man finder og aktiverer/inaktiverer målingerne ud fra Tilstandsoverblikket.</p> <p>Eksempel Aktiv måling – fx Blodtryk/puls:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kontinuerlig BT-måling <p>Eksempel inaktiv måling – fx Temperatur:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Skal inaktiveres, når der ikke længere er behov for målinger af temperatur.
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 beboeren 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 beboerens ressourcer og liv, som medarbejderne får.</p> <p>Formålet med at dokumentere generelle oplysninger er, at når viden om beboeren deles i Generelle oplysninger, kan alle arbejde ud fra samme forståelse af beboeren og vedkommendes oplevelse af situationen.</p> <p>beboerens egne ord eller udsagn fra pårørende kan anvendes.</p>	<p>Vis i Nexus, hvor skemaet Generelle oplysninger findes ud fra Borgeroverblikket. Vær OBS på at få tydeliggjort, at der arbejdes videre i det eksisterende skema og dermed ikke skal åbnes et nyt skema.</p>
Generelle oplysninger – Helbreds-oplysninger	<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 beboeren er habil og har givet generelt samtykke til deling af data med behandlingsansvarlig læge ved behov. ● Hvem der kan give stedfortrædende samtykke ved behov ● Om beboeren er erklæret terminal ● Alle beboerens aktuelle og potentielle sygdomme og handicaps. 	<p>Vis i Nexus, hvor Generelle oplysninger – Helbredsoplysninger findes ud fra Borgeroverblikket.</p> <p>Eksempel:</p>

sidemandsoplæring til social- og sundhedsassistent på ældrecenter og i Svinget

Generelle oplysninger – <i>Helbredsoplysninger</i>	<p>Dokumentationen skal være kort, konkret og i pindform, da oplysningerne bruges som et hurtigt overblik over beboerens 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>Visitorer kan også dokumentere i Helbredsoplysninger, når de kommer i besiddelse af relevant viden.</p>	Vis på dokumentationsplakaten SUL samt Helbredsoplysninger i Max Test KUN SE Berggren
Observationer: <i>Generelt</i> Fortsætter på næste side	<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 beboerens 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 beboerens 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 beboeren ikke længere har kvalme/opkast eller når beboeren er sat i behandling for fx UVI.</p> <p>Opdatering af tilstanden sker først, når man ved, om det er beboerens 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.</p> <p>Er tilstanden ikke Aktiv eller Potentiel, skal den oprettes som hhv.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktiv, hvis der oprettes en indsats 	Vis hvordan man finder og opretter observationer ud fra tilstandsoverblikket.

Sidemandsoplæring til social- og sundhedsassistent på ældrecenter og i Svinget

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 diarree 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 eller tilstand</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: ABCDE	<p>ABCDE-skemaet anvendes til tidlig opsporing af begyndende sygdom hos beboerne.</p> <p>Ifm. oprettelse af et ABCDE-skema skal du ligeledes registrere triage farve (rød-gul-grøn) på beboeren samt dokumentere dine observationer (ikke værdierne) i en Observation, som oprettes ud fra Tilstandsoverblikket.</p>	Vis i Nexus, hvordan man finder og opretter ABCDE skemaet ud fra Tilstandsoverblikket. Vis på hjemmesiden, hvor man finder: <ul style="list-style-type: none"> Arbejdsgangsbeskrivelse ABCDE
Besøgsnotat	<p>I Besøgsnotater dokumenteres oplysninger af PRAKTISK karakter, dvs. <u>praktiske oplysninger og ændringer ifm. planlægning og afvikling af besøget eller kommende besøg.</u></p> <p>Hvis Max skal til sin datters fødselsdag og derfor ikke er hjemme til sårbehandling om eftermiddagen, oprettes et besøgsnotat, så personale med planlæggerfunktion på ældrecentret, kan ændre besøget til om formiddagen.</p>	Vis hvordan man finder og opretter et besøgsnotat i Nexus browser og Nexus APP.

Sidemandsoplæring til social- og sundhedsassistent på ældrecenter og i Svinget



<p>Fravalg af genoplivning og livsforlængende behandling</p>	<p>Hvis du får viden om, at en beboer har udfyldt livs- eller behandlingstestamente, skal det dokumenteres i Generelle oplysninger -> Fremtidsønsker.</p> <p>Det er vigtigt, at du som sundhedsfaglig medarbejder orienterer dig ift., om der er oprettet Livs- eller Behandlings-testamente ved beboeren, 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.</p> <p>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 beboer.</p> <p>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>
<p>Ønsker til livets afslutning</p>	<p>Når du kommer i besiddelse af oplysninger om beboerens 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>
<p>Skemaer</p>	<p>Der findes forskellige skemaer i Nexus, som skal udfyldes ved behov:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aftaleskema – til FASTE aftaler • Cave • Egen kontrol • Forflytningsanvisning • Smittefare • Triagering • Tryksårs vurdering – Bradenscore • Osv. 	<p>Vis hvor man finder de forskellige skemaer i Nexus samt forklar hvilke skemaer, der bruges til hvad.</p>
<p>Gennemgang af dokumentations praksis efter besøg hos beboeren: Brug tjekliste Fortsætter på næste side</p>	<p>Når du er færdig med besøget hos beboeren, skal følgende dokumenteres i tilfælde af, at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Noget fraviger det, forventede eller planlagte (<i>Observation/faldregistrering</i>) • Du har skulle lave opfølgning på en tilstand eller nyopstartet indsats (<i>Observation</i>) • Der er ændringer i planlægningen - eller afvikling af dagens besøg eller et kommende besøg hos beboeren (<i>Besøgsnotat</i>) • Der er ændringer i beboerens eller medarbejderens indsats ifm. servicelovsydelse ved beboeren (<i>Døgnrytmeplan</i>) • Der er ændringer i beboerens eller medarbejderens indsats ifm. besøg ved beboeren, hvor det er en servicelovs RH- eller midlertidig servicelovsydelse (<i>Handlingsanvisning - med indsatsmål og dato for opfølgning</i>) • Der er ændringer i beboerens eller medarbejderens indsats ifm. sundhedslovsindsats ved beboeren (<i>Handlingsanvisning – også når det er en RH – eller midlertidig indsats med indsatsmål og dato for opfølgning</i>) • Du har målt værdier eller på anden måde observere noget hos beboeren som efter følgende skal dokumenteres i målinger, fx blodtryk, vægt, afføring osv. (<i>Opdatering af målinger</i>) • Der er sket væsentlige ændringer ift. aktuelle eller potentielle sygdomme eller handicaps, hvor du • varetager indsatsen: (Opdatering af den specifikke sygdom eller handicaps i Generelle oplysninger -> Helbredsoplysninger) 	<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 til social- og sundhedsassistent på ældrecenter og i Svinget

Gennemgang af dokumentations praksis efter besøg hos beboeren: Brug tjekliste Fortsat	<ul style="list-style-type: none"> • 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, egenkontrol, ernæringsudredning osv. (<i>Opdatering af diverse skemaer</i>) • Der er sket ændringer i beboerens aktuelle eller potentielle sygdomme/handicaps, hvor du varetager indsatsen og som påkræver en opdatering i Helbredsoplysninger (<i>Opdatering af Helbredsoplysninger i Generelle oplysninger+ oprettelse af opgave til opfølgning på behandlingen samt opdatering af Helbredsoplysninger efter endt behandling</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.</p> <p>Hvis ikke de er det, skal du redigere status på besøget/besøgene:</p> <p><u>Når du redigerer status på besøget, skal du:</u></p> <p>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> <p>Opret et besøgsnotat på de valgte indsatser med begrundelse for redigering af status.</p> <p>Tryk på Gem</p> <p>Tryk på tilbage</p> <p>Godkend de resterende udførte indsatser</p>	Vis i Nexus Mobil, hvordan man redigerer status på én, flere eller alle indsatser i et besøg
Godkend besøg	<p>For at afslutte besøg, der ikke skal redigeres, skal du godkende dem i Nexus Mobil.</p> <p>Åbn besøget på kørelisten og tryk på "godkend"</p>	Vis i Nexus Mobil, hvordan man godkender et besøg

Eksempel på opfølgning på observation er på næste side

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>