

## Arbejdsgangsbeskrivelse Sygeplejefaglig dokumentation Plejeboligområdet

Titel:	Sygeplejefaglig dokumentation Journalføring	Udfører og tidsfrist
Dato:	Nov. 2019	
Formål:	At sikre udførelse af journalføring og den sygefaglige dokumentation i overensstemmelse med den til enhver tid gældende lovgivning og kvalitetsstandard for Albertslund Kommune.	
Mål:	At personalet dokumentere efter FSIII og korrekt i journalen i Cura.	
Hvordan i Cura?:	For vejledning se venligst navigationssedler.	
Gældende for:	Personale ansat i Plejeboligområdet	
1. Journaloptagelse Herunder; Stamdata Medicin Helbredstilstande Generelle oplysninger Funktionsevnetilstand	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tjeklistens punkter;</li> <li>- Før ankomst</li> <li>- Ved ankomst Skal dokumenteres i Cura</li> </ul>	
2. Stamdata: Organisatoriske tilhørsforhold.  Evne til at afgive Samtykke:  Følgende samtykker skal udfyldes i generelle vendinger ved indflytning på Plejebolig og konkret ved behov for samtykke efterfølgende:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registrering af beboerens organisatoriske tilhørsforhold.</li> <li>- Det skal beskrives under Generelle oplysninger, Mestring, om beboeren vurderes i stand til at afgive informeret samtykke</li> <li>- Undersøgelse og behandling</li> <li>- Indhentning og videregivelse af oplysninger til anden myndighed</li> <li>- Indhentning og videregivelse af oplysninger hos/til pårørende</li> <li>- Tilladelse til at sende indlæggelsesrapport</li> </ul>	Forløbsansvarlig/Kontaktperson registrerer alle oplysninger under punkt 2. straks efter indflytningen på Plejebolig.

Allergi:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fuldmagt til partsrepræsentant</li> <li>- Kendte allergier skal registreres</li> </ul>	
Pårørende:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primær kontaktperson registreres samt registrering af andre pårørende</li> </ul>	
Professionel kontakt:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontaktpersoner udenfor organisationen registreres</li> </ul>	
Intern kontakt:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forløbsansvarlig registreres</li> <li>- Kontaktperson registreres</li> </ul>	
Foretrukket apotek:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Foretrukket apotek registreres.</li> </ul>	
Vigtige observationer:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IGVH skal registreres efter aftale med egn læge.</li> <li>- Vægt/højde skal måles på alle nye beboere og dokumenteres via observation</li> <li>- BT/puls skal måles og dokumenteres på nye beboere som har vurderede problemer/potentielle problemer vedr. Helbredstilstanden Respiration/cirkulation via observation</li> <li>- Resp/SAT skal måles og dokumenteres på alle nye beboere som har vurderede problemer eller potentielle problemer vedr. Helbredstilstanden Respiration/cirkulation via observation</li> <li>- Ernæringscreening ved opstart skal oprettes på alle nye beboere. Hvis der ikke foreligger en vægt fra tidligere skal</li> </ul>	

	ernæringscreeningen gentages efter 14 dage.	
3. Medicin:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tilslut FMK</li> <li>- A jour før FMK</li> <li>- Godkend FMK og overfør til LMK</li> <li>- Registrer evt. medicinsk CAVE skal bekræftes af læge</li> <li>- Registrer Generelle Medicinoplysninger, bemærkninger vedr. administration, bestilling og levering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontaktperson/SSA/SPL registrer og godkender alle oplysninger ang. medicin straks efter indflytningen på Plejebolig</li> </ul>
4. Helhedsvurdering:  Ikke aktuelle Helbredstilstande  Helbredstilstande indeholdende problemer/potentielle problemer:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle 12 Helbredstilstande skal vurderes og skal altid repræsentere et fuldstændigt aktuelt billede af beboeren og de sundhedsfaglige problematikker der er omkring beboeren.</li> <li>- Ikke aktuelle Helbredstilstande markeres på øjet, vurderet ikke relevant, så de lægger sig nederst på oversigten.</li> <li>- Helbredstilstande der indeholder for beboeren problemer/potentielle problemer skal udfyldes med følgende og laves som fortløbende dokumentation.</li> <li>- Det er hensigtsmæssigt at nummerer problemerne Skriv 1. også hvis der kun er et problem. Hvis der er flere problematikker omhandlende den samme Helbredstilstand skal disse vurderes hvert for sig ved at sætte tal 1. Første problematik 2. Anden problematik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sygeplejersker og SSA der er ansvarlig for beboerens sygeplejefaglige behandling/pleje skal vurdere alle 12 Helbredstilstande og løbende holde disse opdaterede i forhold til behandling/pleje ved hjælp af de tilknyttede observationer. Det er sygeplejerske/SSA der er ansvarlig for at de 12 Helbredstilstande til enhver tid er opdaterede.</li> </ul>

<p>Observationer:</p>	<p>Punkt a-d udfyldes på samme måde.</p> <p>a. Beskrivelsen af tilstanden der giver beboeren problemer/potentielle problemer</p> <p>b. Årsags fritekst, er der en kendt årsag til problemet?</p> <p>c. Faglig vurdering/plan;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indhente samtykke til handling fra beboeren ved nyopstået problem eller ændring af en vurderet Helbredstilstand samt dokumentere årsagen til behov for ny handling. Samtykket skal skrives ind på den Helbredstilstand hvortil det er givet.</li> <li>• Handling for at afhjælpe Tilstand/problem/potentielt problem</li> <li>• Reference værdier/behandlingstid</li> <li>• Ansvar for behandling/lægeansvarlig</li> </ul> <p>d. Forventet tilstand/mål;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Den forventede tilstand beskrives og der udformes SMART mål for behandling/plejen.</li> </ul> <p>e. Registrere sidst vurderet på uret.</p> <p>f. Sætte opfølgnings dato og opfølgningsorganisation.</p> <p>Det er i selve Tilstanden alle ændringer skal være beskrevne. OBSERVATIONER ang. Tilstande skal sendes som opgave til Sygeplejerske/SSA. Ved behov for at lægge opgave Tværfaglig stab, se lokal instruks</p>	<p>Sygeplejerske/SSA vurderer tilstandene ved hvert besøg eller ved indkomne observationer og ved ændringer opdateres Beskrivelse og Faglig vurdering/plan.</p> <p>SMART mål:</p> <p>S= specifik M= målbar A= attraktiv R= realistisk T= tidsbestemt</p> <p>Tværfaglig stab indeholder Plejeboligs diætist og fysioterapeut samt Centersygeplejerskerne.</p>
-----------------------	---	--

<p>Ydelser:</p> <p>Handlingsanvisninger:</p> <p>Opfølgninger:</p>	<p>Sygeplejerske/SSA på Plejebolig er selvvisiterende. Alle SUL ydelser skal være relaterede til en eller flere tilstande. SUL ydelser tilknyttes Helbredstilstande ved at trykke på de tre prikker ud for tilstanden.</p> <p>Alle SUL ydelser relaterede til en Helbredstilstand skal have beboerspecifikke handlingsanvisninger. Der kan være interne instrukser eller VAR procedure som skal følges i så fald skal disse lægge ind på Handlingsanvisningen.</p> <p>Opfølgningsdato på de vurderede Helbredstilstande vil til enhver tid fremgå på "Borgers overblik" i Cura.</p>	<p>Sygeplejerske/SSA der har bemyndigelse til at visitere at visitere ydelser, visiterer ved behov. Ved indflytning i Plejebolig revurderes beboers visiterede ydelser, intern procedure.</p> <p>Sygeplejerske/SSA er ansvarlige for at handlingsanvisninger på en given SUL ydelse til enhver tid er opdaterede.</p> <p>Sygeplejerske/SSA har ansvar for at alle vurderede Helbredstilstande revurderes på de i "Borgers overblik" angivne datoer.</p>
<p>4..Generelle oplysninger:</p>	<p>Det er vigtigt at følgende punkter udfyldes;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Under Helbredsoplysninger ;</li> </ul> <p>Herunder især at udforme en liste over beboerens aktuelle og tidligere sygdomme samt evt. medicin der behandles med da disse er aktuelle og potentielle problemer som vi skal have opmærksomhed omkring. Vigtigt at udfylde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Under mestring;</li> </ul> <p>her beskrives om beboeren vurderes i stand til at forstå hvad en behandling eller kontakt til læge indebærer, altså om beboeren er i stand til at afgive informeret samtykke.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivation</li> <li>- Ressourcer</li> <li>- Vaner</li> </ul>	<p>Alt personale der har del i plejen af beboeren, undtaget er beskrivelsen af listen over beboernes aktuelle/tidligere sygdomme, denne skal udformes af sygeplejerske/SSA udfyldes ved indflytning i Plejebolig og løbende.</p>

	- Livshistorie, her skrives beboerens ønsker omkring den sidste tid	
Udarbejdet af:	Sygeplejerske; Camilla Pedersen og Asife Dinc. Faglig koordinator; Mette Nicolaisen, Birgit Olsen, Lena Rasmussen, Johanne Isbrandt Bechstrøm, Dorthe Larsen Udviklingssygeplejerske; Jeanette Erceninks	
Godkendt af:	Mona Tina Funch Leder på Plejeboligområdet Albertslund kommune	
Gældende fra:	29.11.2019	
Revideres:	01.06.2020	