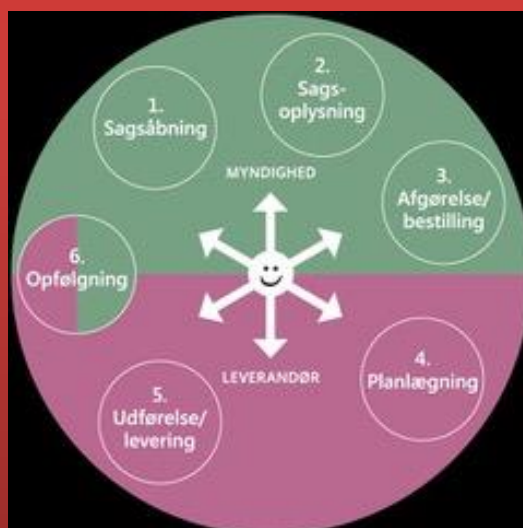
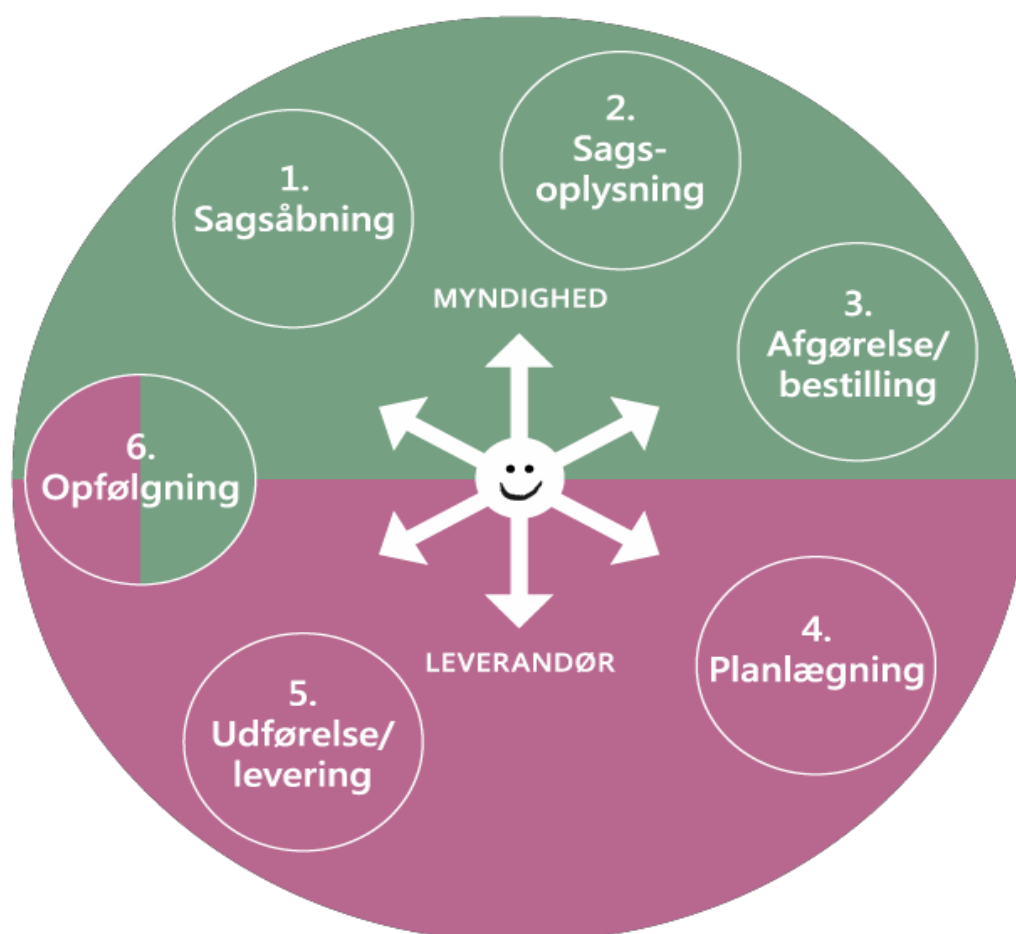


Dokumentations- og kommunikationspraksis i Nexus Ældre og Omsorg



Denne vejledning er lavet for at skabe overblik og gennemskelighed for dig som bruger, der er taget udgangspunkt i FSIII og hvordan det kommer til udtryk i Nexus. Den er bygget op ud fra FSIII-hjulet:



Udarbejdet Efteråret 2017 af:
Sygeplejerske Hanne Schmidt &
Udviklingssygeplejerskerne i Æ&O

Revideret af:
Hanne Schmidt, Dokumentationssygeplejerske
Susanne Elbæk Pedersen, Udviklingssygeplejerske
Britta Nielsen, Træningscenter Brøndby
Kirsten Kofoed Jensen, Visitationen

Rev. Dato: 25. Sep., 2018

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Nexus opbygning/relationer	3
Sagsåbning	4
Sagsnotat	5
Sagsoplysning	5
Helbredstilstande /SUL.....	8
Afgørelse/bestilling.....	10
Planlægning	10
Levering/udførelse	12
Tilstandsoverblik.....	13
FMK/medicin	14
Funktionsevne-tilstande SEL Myndighed	18
Afgørelse/bestilling Myndighed	19
Planlægning Leverandør	19
Leverandør - Levering/udførelse både for SUL og SEL	21
Opfølgning både for SUL og SEL	22
Gemmemfunktioner	23
Oprettelse af Opgave.....	24
Modtagelse og håndtering af opgaver	27
Kommunikationspraksis	28
Videns søgning i Nexus	32
Instruks: Sundhedsfaglig dokumentation	33
Kilder til dokumentations- og kommunikationspraksis.....	38

Forord

Dokumentations og kommunikationspraksis er udarbejdet på tværs af alle områder i Æ&O.

Det er hensigten at vi alle arbejder i den samme journal, og at vi har samme udgangspunkt for at dokumentere

Der er endvidere et behov for at have et fælles opslagsværk, hvor alle henter samme information mhp. dokumentations- og kommunikationspraksis

Der tages udgangspunkt i FS3, Sundhedsloven, Serviceloven og krav fra styrelsen for patientsikkerhed

Nexus opbygning/relationer

Nexus stammer fra Latin og betyder forbindelsesled, knudepunkt, forbindelse, sammenhæng eller sammenhold

Hvilket kommer til udtryk via **relationer**

Relationerne skaber hele journalen, og går igennem i alle led af journalen

Man kan oprette relationer fra **Tilstande** til: **indsatser, udredning, målinger og opgaver**

Man kan oprette relationer fra **Indsatser** til: **indsatsmål, handlingsanvisninger, målinger og opgaver**

Så HUSK

RELATIONERNE

Sagsåbning

Skema/dokumentation	Hvornår skal det bruges	Hvordan skal det bruges	Ansvarlig
Henvendelses-skema Plan->Tilstande ->Årsager- >Henvendelsesskema	Ved modtagelse af henvendelse vedr. borgers behov for hjælp. Henvendelse kan komme fra fx borger selv, pårørende, forvaltning, hospital, læge osv. og ved fx en modtaget GGOP til genoptræning. Henvendelsesårsag noteres i skemaet.	Vurdering af om der skal iværksættes yderligere henvendelse i form af: "råd og vejledning", "sagsåbning", "akut sagsåbning" eller "afvisning". Udskrivelse fra hospital til fx flex, rehab og hj.spl. (Her anvendes TAGS, så man kan skelne mellem de forskellige anvendelser af samme skema.)	Visitator, Udskrivningskoordinator, Sagsbehandlende ergoterapeut, Visitator træning, Sygeplejerske og Social- & Sundheds Assistent (ude og inde)
Henvisnings- og henvendelses-skema	Når der er behov for samtykkeerklæring. Anvendes særligt ved forløbsprogrammer.	Anvendes som sagsåbning	Træning: Forløbskoordinator
Samtykke personoplysninger Borgeroverblik->Særlige opmærksomheder- >Samtykkeskemaer- >Samtykke personoplysninger	Generelt samtykke til indhentning og videregivelse af personoplysninger fra journal. Ved opstart af forløb, fx opstart af ny borger, indflytning i plejebolig, indlæggelse på flex og rehab	Udfyldes med oplysninger der er relevant for den enkelte borger. Borger skal være informeret om deling af helbredsoplysninger og evt. FMK Se fælles instruks	Sygeplejerske, SSA, visitator og udskrivningskoordinator Visitator & udskrivningskoordinator
Habilitets vurdering	Her vurderes Borgers evne til at kunne forstå og give informeret samtykke	Instruks for samtykke er under udvikling – afventes primo efterår 2018 Samtykke personoplysninger – Oplysninger om vedkommende der giver samtykke	Sygeplejerske, SSA, visitator og udskrivningskoordinator

Sagsnotat

Skema/dokumentation	Hvornår skal det bruges	Hvordan skal det bruges	Ansvarlig
Sagsnotat Plan -> tilstande->årsager-henvendelsesårsager->sagsnotat	Referat af samtaler, fx med pårørende, årlig gennemgang med egen læge, kopi af referat/edifact. Beskrivelse af forløb.	Skal anvendes som overordnet dokumentation når det ikke drejer sig direkte om borgers tilstande.	Alle

Sagsoplysning

Skema/dokumentation	Hvornår skal det bruges	Hvordan skal det bruges	Ansvarlig
Generelle oplysninger (Myndighed + leverandør)	Dataindsamling til helhedsvurdering	Startes op ved nyt borgerforløb, både ved behov for hjælp via SEL og SUL, opdateres løbende, ved ændringer. Dog ikke ved modtagelse af GGOP.	Alle
	"Helbredsoplysninger" Evaluér mindst 1 x årligt.	Kort anamnese – hvad er borgers aktuelle problemstillinger. Aktuelle helbredsproblemer Her skrives de diagnoser og helbredsproblemer hvor personalet udfører delegerede opgaver fx måler BT, BS, sårpleje, kompressionsbehandling osv. – skrives i kronologisk rækkefølge (nyeste øverst). Her noteres hvilken læge der ansvarlig tovholder	Sygeplejersker og SSA Terapeuter, Visitator, sagsbehandlende ergoterapeut

Skema/dokumentation	Hvornår skal det bruges	Hvordan skal det bruges	Ansvarlig
	"Helbredsoplysninger" fortsat	<p>Potentielle helbredsproblemer fx: Hoftebrud, nov. 2012, følges af egen læge.</p> <p>Her skrives også hvis borger behandles medicinsk, og ikke ellers behandles af Æ&O, men hvor behandling følges af anden instans. Hvad borger er i behandling for og den behandlingsansvarlige læge</p> <p>Skrives i kronologisk rækkefølge (nyeste øverst).</p>	
Funktionskema/ Socialfaglig udredning (Myndighed/SEL)	Udfyldes ved nyt borgerforløb, opdateres løbende, ved ændringer, og evalueres mindst 1 x årligt	Udredning og vurdering, af borgers funktionsevnetilstande, iht. Serviceloven	Sygeplejerske & SSA (inde)
Sygeplejefaglig udredning (Myndighed/SUL)	<p>Skal udfyldes når der er behov for sygepleje (SUL)</p> <p>Alle 12 punkter udfyldes i spl. faglig udredning, som danner grundlag for oprettelse af tilstande.</p> <p>Opdateres og evalueres i forbindelse med medicingennemgang med læge, ved væsentlige ændringer af tilstand, sagsåbning, efter indlæggelse, minimum 1 x årligt.</p>	<p>Notér i de 12 felter om borger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • har et aktuelt problem – feltet uddybes. Tilstand, indsats, indsatsmål og handlingsanvisning skal oprettes. • har et potentielt problem, dvs. problemstillinger, hvor borger ikke har brug for hjælp og støtte fra ÆO • ved pnkter der ikke er kendte problemer, noteres det at borger ikke er kendt med et problem <p>Ved løbende opdateringer/ændringer og ved årlig gennemgang</p>	<p>Sygeplejerske Ved 1. gangsbesøg, indflytning i plejebolig, på flex/rehab eller udskrivelse fra hospital</p> <p>Sygeplejerske/ SSA,</p>

Skema/dokumentation	Hvornår skal det bruges	Hvordan skal det bruges	Ansvarlig
Sygeplejefaglig udredning (Myndighed/SUL) fortsat	Myndighedsperson i kontakt til borger, informeres om relevante oplysninger vedr. borgers helbredsmæssige problemstillinger.	Relevante felter udfyldes	Visitator, udskrivningskoordinator, KOL - sygeplejerske & kontinenssygeplejerske
Samlet faglig vurdering (Myndighed) SEL	Ved bevilling, revurdering og opfølgning. Samt ved væsentlige ændringer i funktionsevnetilstande.	Myndighedens afgørelse for bevillingsgrundlag og hvilke indsatser der tilbydes.	Visitator, udskrivningskoordinator, sagsbehandlende ergoterapeut
Plan>Tilstande->Vurdering	Anvendes ved afgørelse til bevilling af hjælp SSA, leder, sygepleje (inde) evaluerer og opdaterer 1 x årligt.	Udleveres til borger (ÆC)	Sygeplejerske/SSA (ÆC)
Akutpladser	Ved bevilling og revurdering Ved behov for akutplads, til synliggørelse af behov for akutplads	Skriftlig afgørelse, inkl. Vurdering Udfyldes inden borger overflyttes	Visitator, udskrivningskoordinator, sagsbehandlende ergoterapeut Hjemmesygeplejerske

Helbredstilstande /SUL

Skema/dokumentation	Hvornår skal det bruges	Hvordan skal det bruges	Ansvarlig
Tilstande (SUL)			
Tilstandspræcisering	<p>Udfyldes når der er behov for støtte og hjælp i form af en indsats</p> <p>Tilstande som identificeres i "sygeplejefaglig udredning" og "Generelle oplysninger" oprettes:</p> <p>Ved nyt borgerforløb, ændringer i borgers kendte tilstande og nye tilstande.</p>	<p>Tilstandspræcisering: En obligatorisk konkretisering af Tilstand som relateres til en indsats.</p> <p>Nuværende Vurdering: Vurdering er en obligatorisk, kort og præcis konkretisering af tilstanden.</p> <p>Fagligt notat: Konklusion/resultat af den faglige vurdering – kendetegn, observationer, borgers udsagn og reaktioner. En uddybning af tilstanden. Her noteres løbende evaluering af tilstanden. Ses på manuel indlæggelsesrapport.</p> <p>Forventede Vurdering: Det forventede resultat/mål af den behandlende, forbyggende og vedligeholdende indsats. Svarer til Fs3's forventede tilstand.</p> <p>Nuværende Niveau og forventede Niveau kan anvendes, men der mangler national skala som kan kvalificere niveaudelingen.</p> <p>Borgers ønsker og mål: Inddragelse af borgers egne forventninger og mål i forhold til en tilstand kan beskrives.</p> <p>Beskrivelsesfelt: Kan anvendes til beskrivelse af forventet niveau og hvordan det skal nås samt ved § 140 (Terapeuter opdaterer ved afslutning.)</p>	<p>Sygeplejerske/SSA /Terapeuter/specialister</p> <p>Visitator og udskrivningskoordinator ved mindre komplekse sygepleje opgaver.</p> <p>Sygeplejerske/SSA /Terapeuter/specialister</p>

Skema/dokumentation	Hvornår skal det bruges	Hvordan skal det bruges	Ansvarlig
Årsager Plan>tilstande>Årsager> Henvendelsesårsag	Ved sagsåbning Se ydermere på s. 3	Her findes: Henvendelses-/ Henvisnings-skema, Henvendelsesskema, Sagsnotat	Alle
	Anvendes relateret som en årsag til en given tilstand. Kan udfyldes, er ikke en obligatorisk oplysning.	Udfyldes kun hvis man har en lægeligt stillet diagnose på skrift (MedCom, epikrise eller anden skriftligt notat). Kan relateres til én eller flere tilstande. Kilde skal angives i "noter vedr. diagnosen"	Kun Sygeplejersker, terapeuter og Visitator træning
	Anvendes relateret som en årsag til en given tilstand. Kan udfyldes, er ikke en obligatorisk oplysning.	Årsagsbemærkning: Kan udfyldes med fritekst, kan relateres til én eller flere tilstande.	Sygeplejersker, SSA og visitator træning
	Årsagstilstande	Årsagstilstande: Anvendes ikke	
Udredning Plan>tilstande	Anvendes ved en tilstand som giver anledning til udredning.	Relevant skema vælges. Her findes sygeplejefaglig udredning-skema. Her findes udredning på ex. sår-demens-ernæring-tryksårskategori/Bradenscore	Sygeplejerske/SSA og specialister

Afgørelse/bestilling

Skema/dokumentation	Hvornår skal det bruges	Hvordan skal det bruges	Ansvarlig
Indsatser (SUL)			
Indsatser	Når en eller flere helbredstilstande udløser en Indsats .	Indsatser vælges i Indsatskataloget og knyttes til mindst 1 tilstand.	Sygeplejerske og SSA, terapeuter og specialister
	Der kan også være flere indsatser på én tilstand	Bestilles med ikrafttrædelsesdato og frekvens	
	Ved bestilling fremkommer notat boks Bemærkning Beskrivelsesfelt	Notat (Bestillingsnotat) er notat til planlægger. Ses på kørelisten som overskrift. Beskrivelse af indsatsen. Ses når køreliste åbnes.	Myndighed til leverandør

Planlægning

Skema/dokumentation	Hvornår skal det bruges	Hvordan skal det bruges	Ansvarlig
Handlingsanvisning Plan>faglig planlægning	Handlingsanvisninger FSIII (SUL) Handlingsanvisning udspecificerer hvilke handlinger der er aftalt vedr. konkrete tilstande og indsatser.	Find relevant skema. Ex. Kompressionsbehandling, sårplejeplan. Handlingsanvisningen skal være en vejledning i forhold til den specifikke indsats. Fx aftaler om målinger, som er lavet med egen læge, hvilke behandlingsaftaler der er lavet, hvilke aftaler der er lavet med borger og hvilke konkrete opgaver er der i forhold til den pågældende indsats. "planen for træningen er ..."	Sygeplejerske/SSA Terapeuter

Skema/dokumentation	Hvornår skal det bruges	Hvordan skal det bruges	Ansvarlig
	<p>Handlingsanvisning – NY</p> <p>Fritekst</p> <p>Delegering af opgaver til sosu-personale</p>	<p>Obs at der i handlingsanvisningen er specificeret hvor ofte fx målinger skal udføres, hvor ofte egen læge skal orienteres, og i hvilke tilfælde skal egen læge orienteres. (indenfor hvilken ramme må et BT, BS, Tp, puls, VAS score ligge, osv)</p> <p>Handlingsanvisningen relateres til relevante indsatser, så kommer den også ind på besøget på mobilen, hvor den kan ses under piletasterne øverst.</p> <p>Her kan skrives en plan for den indsats, der er delegeret.</p> <p>Ex. hvordan inhalationsmasken håndteres</p> <p>Eller 1 brev Movikol må gives, hvis der ikke har været aff. I x dage.</p>	Sygeplejerske/SSA
Indsatsmål	<p>Delmål til en forventet tilstand.</p> <p>Anvendes til opfølgning på tilstand, indsats og diverse skemaer – se afsnit vedr. tilstandsoverblik</p>	<p>Vælg relevant skema eller vælg Indsatsmål</p> <p>Relateres til relevante Indsatser og vil kunne ses på mobilen under indsatsen.</p> <p>SMART-mål, anvendes til at målrette indsatsen.</p> <p>Specifikke Målbare Acceptable Realistiske Tidsafgrænset</p> <p>Opfølgningsdato skal anvendes. Opfølgningsdato kommer ud i Overblikket</p>	Sygeplejerske/SSA og terapeuter
Målinger	<p>Specifikke Målinger, som efter aftale med egen læge skal måles af personale.</p> <p>Måleinstruks anvendes efter lægens anvisninger når målingen er ordineret.</p> <p>Er målingen ordineret af</p>	Målinger vælges og relateres til relevante Indsatser, så kan de skrives ind direkte fra besøget på mobilen.	Sygeplejerske/SSA, terapeuter, diætist og KOL-sygeplejerske

Skema/dokumentation	Hvornår skal det bruges	Hvordan skal det bruges	Ansvarlig
	egen læge, skal der indhentes information om: Max. og min. for målingen, og plan når målingen falder udenfor rammen. Vægtmåling	Kan bruges uden måleinstruks.	SSH/SSA
Kalenderplanlægning	Ved planlægning i kalender, er det muligt at påføre bemærkning til kørelisten	Bemærkningsfelt findes nederst på den planlagte indsats og kan udfyldes med kort notat om aktuell indsats fx insulin. Vises som overskrift på kørelisten. Bruges på TC som oplysning i forbindelse med afslutning af indsatser	Sygeplejerske/SSA terapeuter og specialister Terapeuter

Levering/udførelse

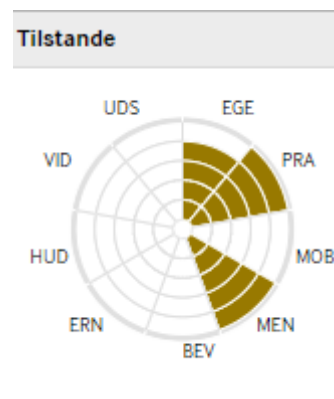
Skema/dokumentation	Hvornår skal det bruges	Hvordan skal det bruges	Ansvarlig
Observationer (SUL) Se bilag 1	Informationer relateret til borgers tilstand, herunder også eventuelle observationer af borger uden der er en tilstand. Finder sted i forbindelse med udredning, levering af indsats eller ved opfølgning på indsatsen. Hvis der er afvigelse fra det planlagte. Observation som relateres til en kendt tilstand: Observation som ikke kan relateres til en kendt tilstand	Hvis observationen er opfølgning på en anden observation, skal der skrives i samme observation. Observationen noteres og kan medføre en opdatering af tilstandens faglige notat. Observationen noteres i separat observation, uden relation til tilstand. Det skal vurderes om observationen giver anledning til at oprette en tilstand , udredes yderligere, fx Tidlig Indsats eller kan afsluttes	Alle faggrupper Alle faggrupper Sygeplejerske/SSA

Tilstandsoverblik:

Et Tilstandsoverblik indeholder de aktiviteter, der er relateret til en given tilstand samt dens indsatser og giver et overblik på Fs3 metoden på tilstanden.

Tilstandsoverblikket består af følgende aktiviteter:

- Tilstand med præcisering: fagligt notat og niveau samt borgers egen vurdering
- Udredning af tilstanden
- Hvilke indsatser, der er relateret til tilstanden
- Indsatsmålene
- Handlingsanvisningerne samt døgnrytmeplan
- Observationer relateret til tilstand
- Målinger der er relateret til tilstanden eller indsatsen
- Opgaver, der er sendt fra enten tilstanden eller indsatsen



Når disse aktiviteter er oprettet og relateret, kan man opdatere og redigere via tilstandsoverblikket. Tryk på TILSTANDSHJULET og herefter på den ønskede TILSTAND, så åbnes TILSTANDSOVERBLIKKET.



FMK/medicin

Skema/dokumentation	Hvornår skal det bruges	Hvordan skal det bruges	Ansvarlig
Indsats medicindosering	Når der er ligger en funktionsevne- eller helbredstilstand til grund for at borger ikke er i stand til at dosere selv. Tilstanden er den tilstand, der gør at borger skal have hjælp til doseringen.	Planlægges i kalender	Sygeplejerske/SSA
Skemaer til medicin åbnes	For at kunne få adgang til borgers medicininformationer og FMK skal "Medicinskema" og "Medicininformation" laves.	"Medicinskema" åbnes via Borgerforløb – aktive forløb ÆO – tilføj aktivitet – medicinskema (har det tidligere været i brug, vil det ligge i "aktive forløb ÆO" lige efter lægeoplysningerne) "Medicininformation" åbnes via: Borgerforløb – aktive forløb ÆO – tilføj aktivitet – skema – "medicininformation" og udfyldes	
Medicininformation	Når der er sundhedsfagligt personale involveret i borgers medicin, og der er givet samtykke (samtykke personoplysninger)	Informationer som skal/kan udfyldes afhængig af behov for hjælp: <ul style="list-style-type: none"> • Leveringsinformation (hvilke aftaler er der om afhentning af medicin fra apoteket) • Lægeoplysninger (Borgers praktiserende læge) • Apoteksoplysninger (Hvilket apotek skal recepterne sendes til) • Ved indikation for lås på medicinen 	Sygeplejerske/SSA
Medicinliste	Når der er sundhedsfagligt personale involveret i borgers medicin, og der er givet samtykke (samtykke personoplysninger)	Aktiveres når sundhedsfagligt personale involveret i borgers medicin. (Har det været i brug tidligere, skal det aktiveres igen i "aktive forløb")	Sygeplejerske/SSA

Skema/dokumentation	Hvornår skal det bruges	Hvordan skal det bruges	Ansvarlig
Tilknyt til FMK	Når der er sundhedsfagligt personale involveret i borgers medicin, og der er givet samtykke (samtykke personoplysninger)	Se klikvejledninger i manual under FMK (fane 4)	Sygeplejerske/SSA
Administrations-tider	Når der dispenseres/administreres medicin hos borger	Udfyldes med aktuelle tider for det enkelte præparat OBS at "Gentages" markeres når man udfylder administrationstider	Sygeplejerske/SSA
Start og slutdato	Ved behandling med start og/eller slut dato, som er forskudt fra ordination i FMK. Når der ikke er sat slutdato på en behandling (fx penicillinkur)	Den ordineret behandling åbnes via FMK opdatering, her vælges " redigér " og ny start og slutdato skrives ind. Herefter kan der synkroniseres. Administrationstid markeres med slutdato. Medcom sendes til egen læge vedr. slutdato på behandling.	Sygeplejerske/SSA
Op- & ned-trapning	Ved ordination med løbende ændringer i ordination i et bestemt interval.	Lægen skal udførligt i ordinationen angive op- og nedtrapningsplan med datoer for op – og nedtrapning. Hver periode angives med start og stop dato i Administrationstider Tilstand, skal oprettes/opdateres med relevant indsats + indsatsmål og handlingsanvisning, hvis vi skal observere tilstanden bag op/nedtrapningen.	Sygeplejerske/SSA
PN medicin	Behov for PN-medicin	PN medicin registreres således: medicin – PN-medicin Valg af dispenserings- og administreringsform vælges ud fra følgende menu:	Sygeplejerske/SSA

Skema/dokumentation	Hvornår skal det bruges	Hvordan skal det bruges	Ansvarlig
<p>PN medicin fortsat</p>		<p>Opret som Opmålt/dispenseret</p> <p>Opret som kontrolleret</p> <p>Opret som udleveret</p> <p>Opret som Givet/administreret</p> <p>Den relevante dispenserings/ administreringsform vælges afhængig af, om man fx dispenserer og administrerer, eller om man kun dispenserer, men ikke ser medicinen indtaget.</p> <p>Dokumenteres i observation at der er en forværring af tilstand</p> <p>Notat sendes evt. til egen læge, ved behov for yderligere ordination. Ses i visning</p>	
<p>Variierende dosis/ fx Warfarin</p>	<p>Når der er særlig infor- mation vedr. det enkelte præparat, eller ordination.</p> <p>For AK-behandling: Warfarin ordination fra læge, modtaget via korrespondance.</p>	<p>Under administrations- tidspunkter vælges gentagelse hver x-dag, fx ugentlige gentagelser vælges hver 7. dag, ved variation over fx 2 uger, vælges hver 14. dag.</p> <p>Alle dage udfyldes, hvis der er en 0-dag (ingen givning) fjernes disse dage.</p> <p>Ved "ordination efter skriftlig anvisning" Lægens skriftlige notat kopieres og sættes ind i "medicinnotatet" under Warfarin-ordinationen.</p> <p>OBS der skal være oprettet Tilstand og Udredning samt Indsatsmål og Handlingsanvisning ved Insulin- og Marevan- behandling</p>	<p>Sygeplejerske/SSA</p> <p>Ved Marevan – Sygeplejersker</p>

Skema/dokumentation	Hvornår skal det bruges	Hvordan skal det bruges	Ansvarlig
Samtykke privatmarkeret medicin	Medicin der er Privatmarkeret, og der gives samtykke til, det sygeplejefaglige personale har tilladelse til at se det.	Skema "Privatmarkerede ordinationer på FMK" hentes, og udfyldes herefter er det synligt på medicinoversigten	Sygeplejerske/SSA
Print af medicinskema	Der kan printes medicinskema – må ikke anvendes til dosering Kan bruges til at dosere efter på Tablets uden udskrivelse af papirskema. Husk at slette PDF-filen efterfølgende	"Dagsprint" vælges med relevante datoer i forhold til doseret medicin. (obs skemaet udskriver altid med mandag først)	Sygeplejerske/SSA
Tællefunktion	Ses på: mobilen og på "dagsprint"	Mobilen: findes under informationer om borgeren. Dagsprint: findes på næstsidste side. OBS: felter markeret med * indikerer at der er ½ piller, og er derfor ikke talt sammen.	Sygeplejersker, SSA og SSH
Opsøgende lægeligt tilsyn/ medicinsk gennemgang med egen læge Eller Opfølgende lægeligt tilsyn	Mindst en gang årligt Efter indlæggelse eller anden svær ændring i borgers tilstand.	Medicininformation: "næste medicingennemgang" udfyldes med en forventet dato. Der oprettes opgave med forventet dato. Der rettes henvendelse til egen læge om snarlig gennemgang, når visningen fremkommer. Efter lægetilsyn skrives referat (gælder for begge typer besøg): Der skal skrives referat i "sagsnotat" vedr. gennemgang og aftaler. (evt. lægeligt notat fra samtale, kan kopieres og lægges ind i samme sagsnotat) Sygeplejefaglig udredning, Generelle oplysninger, relevante tilstande, indsatser, indsatsmål, måleinstrukser, handlingsanvisninger opdateres.	Sygeplejerske + SSA (ÆC)

Funktionsevne-tilstande SEL

Myndighed

Skema/dokumentation	Hvornår skal det bruges	Hvordan skal det bruges	Ansvarlig
Tilstande (SEL)	Udfyldes når der er behov for støtte og hjælp i form af en indsats fra ÆO		
Tilstandspræcisering	Tilstande, hvor der relateres en Indsats, skal Tilstandspræciseres. Klassifikation FSIII funktionsniveau skal anvendes med skala 0 – 4 for nuværende niveau og forventet niveau .	En obligatorisk konkretisering af Tilstand. Skal være kort og præcis. Tilstand: Valgt fra Tilstandsoversigten Nuværende Niveau: 0-4	Visitor, udskrivningskoordinator, sagsbehandlende ergoterapeut, Sygeplejerske, SSA og SSH, visitor kontinens
Tilstandspræcisering fortsat	Klassifikation FSIII funktionsniveau skal anvendes.	Fagligt notat: Uddybning af og præcisering af tilstanden. Forventede Niveau: 0-4 Borgers vurdering/Ønsker og mål: Inddragelse af borgers egne forventninger og mål i forhold til en tilstand beskrives.	Visitor, udskrivningskoordinator, sagsbehandlende ergoterapeut, Sygeplejerske, SSA og SSH, visitor kontinens
Årsager (Tilstandspræcisering fortsat)	Kan udfyldes, er ikke en obligatorisk oplysning.	Henvendelsesårsag se side 3 Diagnoser: Udfyldes kun hvis man har en lægeligt stillet diagnose på skrift (MedCom, epikrise eller anden skriftligt notat). Kan relateres til én eller flere tilstande. Kilde skal angives i "noter vedr. diagnosen". Bruges ved den kroniske syge. Årsagsbemærkning: Kan udfyldes med fritekst, kan relateres til én eller flere tilstande. Årsagstilstande: Anvendes ikke	Kun Sygeplejersker terapeuter Visitor, udskrivningskoordinator, sagsbehandlende ergoterapeut, Sygeplejerske, SSA og SSH, visitor kontinensperson

Afgørelse/bestilling

Myndighed

Skema/dokumentation	Hvornår skal det bruges	Hvordan skal det bruges	Ansvarlig
Indsatser Indsatser	Når en eller flere Funktionsevnetilstande udløser en Indsats .	Indsatser skal knyttes til mindst 1 tilstand. Bevilges/bestilles med ikrafttrædelsesdato, frekvens, leverandør og beskrivelse Bestillingsnotatet kan anvendes til at give planlæggere besked om særlige opmærksomheder, fx <i>2 personer til en indsats</i>	Visitator, udskrivningskoordinator, sagsbehandlende ergoterapeut, sygeplejerske og SSA, terapeuter og specialister
	Beskrivelsesfelt	Kort beskrivelse af indsatsen, så leverandør kan se, hvad der skal ydes af hjælp.	Myndighed
	Bemærkningsfelt	Kommer frem som overskrift på kørelisten	

Planlægning

Leverandør

Skema/dokumentation	Hvornår skal det bruges	Hvordan skal det bruges	Ansvarlig
Døgnrytmeplan	Skal anvendes når der er visiteret og påbegyndt hjælp i hjemmet.	Beskriver borgers daglige rutiner og vaner, samt kort beskrivelse af hvad borger hjælpes med og hvad borger selv kan. (Ved særlige handlinger og særlig hjælp laves en handlingsanvisning, se nedenfor)	SSA og SSH (kontaktperson til borger)
Handlingsanvisning Plan>faglig planlægning>handlingsanvisn.>handlingsanvisn. NY	Handlingsanvisning udspecificerer hvilke handlinger der er aftalt vedr. tilstanden og indsatsen.	Handlingsanvisningen skal være en konkret vejledning i forhold til den specifikke indsats. Kan være en forflytningsplan. Samt hvilke aftaler der er lavet med borger i forhold til den pågældende indsats.	Sygeplejerske, SSA, SSH og terapeuter

Skema/dokumentation	Hvornår skal det bruges	Hvordan skal det bruges	Ansvarlig
Handlingsanvisning (fortsat)	Bruges især ved delegering af opgaver, støttestrømper, hudpleje, hvor sygeplejen kan anvise, hvad der skal gøres	Handlingsanvisning relateres til relevante Indsatser. Ex. til medicingivning, personlig pleje. Ses på mobilen samme sted som døgnrytmeplan.	
Indsatsmål	Mål med en indsats, skal tages i brug når man har fokus på §83a indsatser, rehabiliteringsindsatser og hverdagstræning Til opfølgning af indsatser.	SMART-mål , anvendes til at målrette indsatsen. Specifikke Målbare Acceptable Realistiske Tidsafgrænset Indsatsmål relateres til relevante Indsatser Opfølgningsdato kommer i Overblik	Sygeplejerske, terapeuter og SSA
Målinger	Målinger, som efter aftale med sygeplejerske/SSA, skal måles af personale.	Planlægning: Vælges og relateres til relevante Indsatser, så de kan tilgås på mobilen under det enkelte besøg.	Sygeplejerske, terapeuter og SSA, KOL sygeplejerske, diætist, kontinenssygeplejerske
Opfølgningsdato	Skal tages stilling til hvornår der skal evalueres. Terapeuter max. 6 uger frem	Skal skrives ind i bestillingen af Indsatser . Visitor har opfølgning på tilstande/opret opgave Leverandør har opfølgning på indsatser, som styres ved opfølgningsdato på indsatsmål	Visitor, sygeplejerske, terapeuter, SSA og SSH
Kalenderplanlægning bemærkninger til køreliste	Anvendes til disponering af bestilte indsatser	Bemærkningsfelt udfyldes med kort notat om aktuel indsats – fremkommer på kørelisten TC noterer hvorfor en indsats ex lukkes	Områdeassistent – planlægger, Sygeplejerske/SSA terapeuter og specialister

Leverandør - Levering/udførelse både for SUL og SEL

Skema/dokumentation	Hvornår skal det bruges	Hvordan skal det bruges	Ansvarlig
Opgave på tilstande	<p>Når der er behov for en handling vedr. tilstand</p> <p>Kan gøres internt og eksternt</p>	<p>Opgaven oprettes på de(n) ændrede tilstand(e) og bestilles hos relevant myndighed fx specialist, visitation, hjælpemidler osv.</p> <p>Se Opgaver</p>	<p>Sygeplejerske, terapeuter, SSA og SSH</p>
Opgave på indsats	<p>Når der er behov for en handling vedr. indsats</p> <p>Kan gøres internt og eksternt</p>	<p>Opgaven oprettes på den/de Indsats(-er) der ønskes ændret og bestilles hos relevant myndighed fx specialist, visitation, hjælpemidler osv.</p> <p>Se Opgaver</p>	<p>Sygeplejerske, terapeuter, SSA og SSH</p>
Observationer	<p>Observationer finder sted i kontakten med borgeren. Når noget afviger fra det normale og skal dokumenteres.</p> <p>Observation kan relateres til en kendt tilstand</p> <p>Observation som ikke kan relateres til en kendt tilstand.</p>	<p>Skal vurderes om der er tale om en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Forbedring ○ Uændret ○ Forværring <p>Husk at skrive i eksisterende observation, når det er samme emne, så historikken kan ses i samme observation.</p> <p>Observationen oprettes uden relation til tilstand.</p> <p>Der skal tages stilling til om observationen giver anledning til at oprette en tilstand, opdatere en tilstand, udredes yderligere fx Tidlig Indsats eller kan afsluttes.</p> <p>Er der nogen, der skal handle på observationerne sendes en Opgave til relevant samarbejdspartner.</p> <p>Når en observation er handlet på og der ikke er mere, der skal observeres, kan skemaet låses.</p>	<p>Alle faggrupper – undtagen visitator</p> <p>Sygeplejerske/SSA og terapeuter</p>

Opfølgning både for SUL og SEL

Skema/dokumentation	Hvornår skal det bruges	Hvordan skal det bruges	Ansvarlig
Afsluttes	Hvis forventet tilstand er og/ eller indsatsmål er opnået	Indsats og evt. tilstand afsluttes.	Visitor og sagsbehandlende ergoterapeut på SEL, sygeplejersker og SSA, terapeuter
Fortsættes som planlagt	Hvis den forventede tilstand eller indsatsmål ikke er nået, eller man har vurderet at der er tale om en varig indsats, som er stabil	Fortsættes som planlagt.	Visitor og sagsbehandlende ergoterapeut på SEL, sygeplejersker og SSA, terapeuter
Ændres indenfor rammen	Den forventede tilstand eller indsatsmål er ikke nået, og der er behov for at ændre fx faglig planlægning og disponering	Handlingsanvisning og frekvens for indsats ændres, og rettes i disponering	Visitor og sagsbehandlende ergoterapeut på SEL, sygeplejersker og SSA, terapeuter
Revisitation	At mål for indsats og tilstand ikke er relevant/ikke kan nås, og der derfor skal laves ny myndighedsvurdering.	Ved revurdering Evt. opdatering af tilstande og indsatser f.eks. Ønske om visitation fra §86.2 til 86.1 og omvendt	Visitor for SEL HP: Sygeplejerske for SUL ÆC: Sygeplejersker/SSA for SEL/SUL TC: Terapeuter

Gemmefunktioner

Skema/dokumentation	Hvornår skal det bruges	Hvordan skal det bruges	Ansvarlig
Gem som "Udfyldt"	Når skema er udfyldt, og det skal kunne rettes i, uden at der oprettes nye skemaer.	"Gem som udfyldt" benyttes når man skal kunne skrive videre i samme skema. Der vil være historik på rettelser.	Alle
Gem som "Låst"	Når skema er udfyldt og det ikke skal være muligt at foretage ændringer i skemaet.	"Gem som låst" benyttes KUN ved afslutning/lukning af skema.	Alle
Gem som "Kladde"	Når redaktøren ikke er færdig med at skrive i skemaet.	"Gem som kladde" benyttes ved hurtig tilbagevending, må ikke betragtes som dokumentation, før det "Gemmes som Udfyldt". <i>Kladde vil stå med kursiv.</i>	Alle

Særligt for: **Tilstande og Handlingsanvisninger**

Skema/dokumentation	Hvornår skal det bruges	Hvordan skal det bruges	Ansvarlig
Gem som Aktiv	Når en tilstand, handlingsanvisning eller et indsatsmål er aktivt	Når tilstand, handlingsanvisning og indsatsmål er aktivt	Alle
Gem som Inaktiv	Når en tilstand eller handlingsanvisning ikke længere er aktiv	Når tilstand og HA og indsatsmål ikke længere er aktivt (borgers forløb afsluttes)	Alle

Oprettelse af Opgave

Er altid relateret til den enkelte borger og dennes tilstande eller indsatser

Anvendes når der skal foregå en handling/aktivitet, internt og eksternt, dvs. i eget team eller via en ekstern samarbejdspartner

Opgaver vil lægge sig i modtagers daglige overblik, afhængig af opsætning og visninger

Titel: Opgavens overskrift

Tildel: Den organisation/team/afd./hus, der er ansvarlig for at følge op på opgaven

Ansvarlig: Anvendes ved modtagelse af opgave og sætter sig selv som ansvarlig

Opgavefrist: Der **kan** sættes opgavefrist på, hvis opgaven skal håndteres ude i fremtiden, ellers skrives ikke dato. Modtager kan sætte frist på opgaven

Beskrivelse: Angiv hvad opgaven går ud på + eget navn & afdeling

Oprettet opgaver kan ses enten via:

(aktive opgaver der ikke er afsluttet/håndteret)

- Plan – Tilstande/Faglig planlægning – opgaver
- Tilstandshjulet – tilstand – tilstandsoverblik
- Plan – tilstande - åbn tilstand - vælg tilstandsoverblik

Skema/ dokumentation	Hvornår skal det bruges	Hvordan skal det bruges
<u>Opgave på Tilstande</u>	<p>Ekstern opgave</p> <p>Man opretter en opgave, når man ønsker en handling fra en anden organisation, fx træningscenter, sårspesialist, køkken, visitation, demenskonsulent, kontinenssygeplejerske</p>	<p>Opgaven oprettes på den relevante og opdaterede tilstand og bestilles hos relevant myndighed fx specialist, visitation, træningscenter osv.</p> <p>Eksempel:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tilstanden ændres væsentligt hos en borger, hvor hjemmeplejen kommer. Der observeres en forandring af tilstand, som kræver en ændring af bevillingen. Fx mere eller mindre tid. Tilstanden opdateres med redigering af det faglige notat. Hjemmeplejen (SSH/SSA) sender en opgave på tilstanden til myndighed. 2. En sygeplejerske observerer at der er en ændring i forhold til en borgers mobilitet. Der sendes en opgave på tilstanden til visitationen med henblik på en henvisning til træning.
	<p>Intern opgave</p> <p>Når der er tale om en opgave mellem fx. vagttag, fremtidig til bestilling af lægebesøg, opfølgning på en/flere tilstande</p>	<p>Opgaven oprettes på den relevante og opdaterede tilstand og stiles til f.eks. eget team.</p> <p>Eksempel: En borger har tilstanden "Problemer med respiration". Borger har haft lungebetændelse og forventet tilstand er bedring efter endt behandling. Der laves en "Opgave på tilstanden" med opfølgning på om den forventede tilstand er nået.</p> <p>Ansvarlig for opgaven: Det er muligt at stile opgaven til sig selv. Anvendes primært når man modtager opgave, eller opretter den til sig selv, og sætter eget navn på opgaven – dermed synliggøres det for kollegerne i teamet at opgaven er taget</p>

Skema/ dokumentation	Hvornår skal det bruges	Hvordan skal det bruges
<u>Opgave på Indsats</u>	<p>Ekstern opgave</p> <p>Man opretter en opgave, når man ønsker en handling fra en anden organisation, fx hjælpemiddeldepotet, træningscenter, sårspesialist, køkken, visitation, demenskonsulent, kontinenssygeplejerske</p> <p>Kan oprettes på browser eller mobil</p>	<p>Opgaven oprettes på den relevante indsats og stiles til relevant myndighed fx Hjælpemiddeldepot, specialist, visitation, træningscenter osv.</p> <p>Via mobil kan der <u>kun</u> oprettes opgave på en indsats.</p> <p>Eksempel:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Borgers tilstand er uændret, men der er bevilliget for lidt tid til et bad. Hjemmeplejen (SSH/SSA) sender en opgave på indsatsen til myndighed, hvor der bedes om mere tid. 2. En borger er død, og der er hjælpemidler, som skal hjemtages, der oprettes en opgave på én indsats vedr. hjælpemidler (obs der kan være flere indsatser med hjælpemidler) Opgaven stiles til "Hjælpemiddeldepot". 3. Via mobil til specialist vedr. vurdering af en tilstand. F.eks. kontinensklinikken eller demenskonsulent.
	<p>Intern opgave</p> <p>Når der er tale om en opgave mellem fx. vagtlag, fremtidig til bestilling af lægebesøg, opfølgning på en indsats</p>	<p>Opgaven oprettes på den relevante indsats fx "Opfølgning på konkret Sundheds-indsats" og stiles til eget team.</p> <p>Ansvarlig for opgaven: Det er muligt at stile opgaven til sig selv. Anvendes primært når man modtager opgave, eller opretter den til sig selv, og sætter eget navn på opgaven – dermed synliggøres det for kollegerne i teamet at opgaven er taget</p>

Modtagelse og håndtering af opgaver

<p>Modtagelse/ håndtering af opgaver</p>	<p>Det skal vurderes om tilstanden eller indsatsen er som beskrevet, eller om der er behov for ændringer.</p> <p>OBS Der skal tages stilling til hvordan opgaven skal afsluttes:</p> <p>"Afslut som" <i>(opgaven skal ikke gentages)</i></p> <p>Eller</p> <p>"Kopier og afslut som" <i>(opgaven skal gentages igen efter en tidsperiode)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kan videresendes til et andet team/samarbejdspartner - Som svar tilbage til afsender (afsender ses i historik) 	<p>Når en opgave håndteres skal der tages stilling til om tilstand/indsats skal afsluttes som:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Afsluttes uden resultat: Opgaven skal afsluttes uden der har været en opfølgning med et resultat på aktiviteten ○ Afsluttes: Aktiviteten (tilstanden/indsatsen) er ikke længere aktuel og kan afsluttes - Handlingsanvisning, indsatsmål og evt. døgnrytmeplan redigeres ○ Revisitation: Der er behov revisitation af tilstand/ indsats. Der kan være tale om forbedring eller forværring - Handlingsanvisning, indsatsmål og evt. døgnrytmeplan redigeres ○ Ændres inden for rammen: Der er ændringer, men uden behov for revisitation. Der kan være tale om mindre forbedring eller forværring - handlingsanvisning, indsatsmål og evt. døgnrytmeplan redigeres ○ Fortsætter: Der ikke er ændringer i tilstand/indsats
<p>Ansvarlig for opgaven</p>	<p>Når en opgave er stilet til et team, og dermed kan varetages af flere.</p>	<p>Man åbner opgaven og skriver sig selv på som ansvarlig.</p> <p>Kan vælges, hvis man selv skal håndtere opgaven, dermed kan kollegaerne se, at opgaven er taget, men endnu ikke er håndteret.</p>
<p>Behandlede opgaver ses i historik</p>		<p>Behandlede opgaver kan findes igen på den tilstand eller indsats som de er oprettet på. Kan findes i historikken – Opgaver – vis historik. I historikken ses også afsender på opgaven</p>

Kommunikationspraksis

Nedenfor er listet de forskellige former for kommunikative redskaber der findes i Nexus, og det er beskrevet hvorledes de forskellige områder skal anvendes, af hvem og til hvem. De fleste er også beskrevet under dokumentationspraksis.

Funktion	Hvornår skal funktionen anvendes?	Eksempler på tilfælde hvor funktion bruges
<p>Opgaver</p> <p>Ses i Brugerens daglige overblik.</p> <p>Kan også findes i aktivitetslisten</p>	<p>Specifikt for forhold der er relateret til en tilstand/indsats, anvendes ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behov for henvendelse til andre samarbejdspartnere, interne og eksterne mhp. en aktivitet som skal udføres <p>OBS Opfølgningsdato er først synlige på valgte dato. Opfølgningsdato anvendes kun når opgave anvendes til opfølgning om fx 3 mdr.</p>	<p>Fx til visitation: ved behov for nye indsatser eller ændring af i forvejen visiterede indsatser</p> <p>Fx til specialist: mhp vurdering af fx et sår, KOL, diætist oa.</p> <p>Fx til hjælpemiddeldepot: når der er behov for opsættelse af Nødkald eller udbringning af akut hjælpemiddel</p> <p>Fra Myndighedsperson til eget team: opgave til opfølgning på en forventet tilstand</p>
<p>Observationer</p> <p>Kommer ud i brugerens daglige overblik og kan også ses under datalisten</p>	<p>Skal skrives af alle faggrupper (dokumentationspraksis)</p> <p>Observationer omkring borgers kendte tilstande eller nye observationer om borger uden kendt tilstand.</p> <p>Finder sted når medarbejder er i kontakt med borger i forbindelse med udredning, levering af indsats eller ved opfølgning på indsatsen. Når noget afviger fra det normale.</p>	<p>Skal kunne ses af relevante samarbejdspartnere i visninger</p> <p>På Browser sendes opgave fra</p>

Funktion	Hvornår skal funktionen anvendes?	Eksempler på tilfælde hvor funktion bruges
	Opgave sendes, hvis der er nogen, der skal handle på observationen ex. demenskonsulenten eller der ønskes et tilsyn fra sårsygeplejerske.	Tilstand. På mobil sendes Opgaven fra Indsatsen/Besøget og kan relateres til evt. kendt Tilstand.
Sagsnotat (skema)	Anvendes til ikke tilstandsrelaterede oplysninger som er fortløbende Ønsker man nogen SKAL læse Sagsnotatet, skal de advises om det via avis eller via fordelingsliste (visitationen)	Anvendes til: - Sagsforløb med pårørende - medicinsk gennemgang med læge - demensforløb
Planlægningskalender Ses i Brugermenu	Bestilling af hjemmesygeplejerske via visitationen Borgerkalender viser borgers aftaler (se bilag 3)	Visitator vurderer at borger bør vurderes af sygeplejerske til sygeplejefaglig udredning Specialist bestiller indsatser, som leverandør skal planlægge og udføre
Besøgsnotat Kommer i dagligt Overblik	Er ikke til dokumentation Korrespondance fra hjemmeplejen til planlægger/områdeassistent. Notater på indsats, kan tilgås fra mobil (erstatte post-it)	HP til områdeassistenter, mhp. Besøgsplanlægning Fx Besøg skal aflyses/ændres...

Funktion	Hvornår skal funktionen anvendes?	Eksempler på tilfælde hvor funktion bruges
<p>Beskrivelsesfelt på Indsats (myndighed) Ses i kalender</p>	<p>Skal anvendes til at orientere fra myndighed til leverandør</p> <p>Når visitator (myndighed) bestiller Indsatsen</p> <p>Kan ses både på:</p> <p>Printet køreliste</p> <p>På mobil: når besøget åbnes</p>	<p>Uddybning af visiteret indsats, fx borgere gør selv....</p> <p>Hvad der er aftalt med borger</p> <p>Fx Kvalitetsstandarden på indsatsen</p>
<p>Bemærkningsfelt (Leverandør) Ses i kalender</p>	<p>Overskrift på indsatsen Ses på køreliste/kalender Skrives af planlæggeren Afslutning af indsats</p>	<p>Skal anvendes til kort at redegøre for hvad det pågældende besøg handler om.</p> <p>Fx Insulin, sårpleje, personlig pleje osv.</p> <p>Feltet anvendes til at argumentere for afslutning af indsats</p>
<p>Indsatsnotat Oprettes når indsats bestilles og fremkommer som "Tilføj Notat"</p>	<p>Notat fra myndighed til leverandør vedr. særlige opmærksomheder for planlægning af ydelsen/indsatsen</p> <p>Fra visitator til områdeassistent/planlægger</p>	<p>Visitationen vurderer at der er behov for nogle særlige personer/kompetencer til dette besøg</p> <p>Fx:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 personer til besøget • skal varetages af SSA
<p>Medcom/ Korrespondance Ses i overblik i brugermenu</p>	<p>Kommunikation til og fra hospitaler</p> <p>Kontakt til og fra praktiserende læger og apotek</p>	<p>Aktive tilstande og indsats medtages automatisk på MILR</p> <p>OBS helbredsoplysninger fra Generelle oplysninger skal overføres manuelt</p>

Funktion	Hvornår skal funktionen anvendes?	Eksempler på tilfælde hvor funktion bruges
<p>Fordelingsliste</p> <p>Ses i Brugermenu, har eget menupunkt</p>	<p>Når visitation modtager en henvendelse fra borger/pårørende osv., som skal lægges til visitator, til viderebehandling</p>	<p>Call-center modtager opringning, opretter et henvendelseskema og sætter borger på fordelingsliste til videre behandling af sag hos specifik visitator eller sagsbehandlende ergoterapeut.</p>
<p>Advis</p> <p>Ses og sendes via korrespondance</p>	<p>Kun til ikke-tilstandsrelaterede beskeder</p> <p>Skal kun anvendes som praktiske beskeder mellem hinanden</p> <p>Ikke samme funktion som i care, dvs. ikke nogen form for dokumentation eller rapport om borgere</p> <p>Kan ses i både Borgerens indbakke, samt på tværs når det ikke er borgerrelateret</p>	<p>Eksempelvis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Når en borger fx ikke er hjemme til aften, så AV skal først komme senere - Der er bestilt kage til aftenkaffen for hele afdelingens beboere

Videns søgning i Nexus

Grundtanken er at man selv opsøger sin viden i Nexus.

Den enkelte medarbejder skal sættes op til at kunne få viden i forhold til observationer, tidlig indsats, opgaver osv.

Begreber	Hvordan/hvornår anvendes
Visninger	Opsætning af hvilke dele af borgerenes journal man har som faggruppe har adgang til og hvilke typer observationer man får vist, samt hvilke skemaer man har behov for at kunne se.
Borgerkalender	Borgers aftaler i ÆO, fx hvornår der er træning, visitationsbesøg, rengøring, omsorgstandlæge osv. Så der kan undgås at der overlap eller at HP går forgæves
Observationer	Viden om den enkelte borger
Tags Stadig under udarbejdelse!!	En måde at kunne anvende et skema fx "sagsnotat" til flere områder, fx samtaleforløb med pårørende og samtidig til medicinsk gennemgang med egen læge. Man kan få en visning med observationer/skemaer med særlige Tags. Der kunne fx være for Demenskonsulent, sårspecialist, KOL spl. osv.
Overblik i brugermenuen (øjet)	Opsætning til medarbejder i forhold til hvad man skal vide for at kunne gå ud og arbejde

Ældre og Omsorg

Udarbejdet af: Hanne Schmidt og Susanne Parbst, Arb.gr. Uv og dokumentation

Godkendt i Topledergruppen: Maj 2017

Ansvarlig: Marianne Strømsted

Revideret:

Revideres senest: Maj 2019

Instruks: Sundhedsfaglig dokumentation	
Målgruppe	Autoriseret sundhedspersonale, samt personer der handler på disses ansvar
Formål	At pleje og behandling* er godt og tilstrækkeligt dokumenteret på en helhedsorienteret og overskuelig måde
Mål	At myndigheders og lovgivningens krav til den sundhedsfaglige dokumentation overholdes
Overordnede krav	<p>Elektronisk Borger Journal (EBJ) skal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • føres overskueligt og systematisk i én journal • være tilgængelig for notater fra personale, der deltager i observation, pleje og behandling • opfylde de formelle krav til dokumentation af identifikation, datering, rettelser og opbevaring
Papir-skemaer mv.	<p>Det skal fremgå tydeligt af EBJ, hvis dele af dokumentationen føres på fx papir, og hvad det omhandler.</p> <p>Relevante bilag skal opbevares i enten den elektroniske journal (ved f. eks. ind skanning) eller i separat papir journal og i mindst 5 år for optegnelser foretaget af sygeplejersker, assistenter, ergoterapeuter og fysioterapeuter og mindst 10 år for optegnelser foretaget af læger og kliniske diætister.</p>
Beskrivelse af borgerens problemer	<p>Beskrivelse af borgerens aktuelle og potentielle problemer</p> <p>Dokumentationen skal minimum indeholde en beskrivelse af borgerens sundhedsmæssige tilstand samt pleje og behandling, og skal opdateres ved ændringer i borgerens helbredsmæssige tilstand.</p> <p>Nedenstående helbredstilstande og funktionsevnetilstande skal være fagligt vurderet.</p> <p>Det skal desuden være dokumenteret, om det er aktuelle eller potentielle problemer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funktionsniveau, f.eks. evnen til at klare sig selv i det daglige liv, ADL • Bevægeapparat, f.eks. behov for træning, balanceproblemer og evt. faldtendens • Ernæring, f. eks. under- eller overvægt, spisevaner, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning • Hud og slimhinder, f. eks. forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andre væv – f. eks. muskler, hår og negle • Kommunikation, f. eks. evnen til at gøre sig forståelig og forstå

omverdenen

- Psykosociale forhold, f. eks. arbejdsevne, relationer til familie, ensomhed, livsstilsproblemer, misbrug og mestring
- Respiration og cirkulation, f. eks. luftvejsproblemer som åndenød, hoste, risiko for aspiration, legemstemperatur, blodtryk og puls
- Seksualitet, f.eks. samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler
- Smerter og sanseindtryk, f. eks. akutte eller kroniske smerter og ubehag, problemer med syn og hørelse
- Søvn og hvile, f. eks. faktorer som letter eller hindrer søvn og hvile
- Viden og udvikling, f. eks. behov for information eller undervisning, helbredsopfattelse, sygdomsindsigt, hukommelse.
- Udskillelse af affaldsstoffer, f. eks. inkontinens, obstipation, diare

Funktionsevnetilstande, der vurderes med afsæt i den individuelle terapeutfaglige vurdering, og dokumenteres i forhold til hvorvidt der er tale om aktuelle eller potentielle funktionsevnetilstande:

- Egenomsorg, fx evnen til at vaske sig, af- og påklædning, fødeindtagelse mm.
- Praktiske opgaver, fx lave husligt arbejde, lave mad, udføre daglige rutiner mm.
- Mobilitet, fx løfte og bære, bevæge sig omkring, forflytte sig, muskelstyrke, udholdenhed mm.
- Mentale funktioner, fx hukommelse, orienteringsevne, energi og handlekraft, overordnede kognitive funktioner mm.
- Samfundsliv, fx have lønnet beskæftigelse mm.

Oversigt over borgerens sygdomme og handicap og aftaler med behandlingsansvarlig læge

Dokumentationen skal indeholde en oversigt over borgerens eventuelle sygdomme og handicap, der har betydning for borgerens aktuelle behandling, og potentielle problemer som behandles medicinsk, eller hvor der foretages observation og kontrol af tilstanden. Denne skal revideres ved ændringer i borgerens helbredstilstand.

Behandlingsindikationer skal fremgå

Ved en medicinordination, skal behandlingsindikationer for den medicinske behandling fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation. Det samme gælder behandlingsindikationer for genoptræningsplaner, samt henvisninger fra visitation, praktiserende læge og andet autoriseret sundhedspersonale.

**Helbreds-
oversigt og
indikation for
aktuel pleje
og behandling**

**Aftaler med
behandlings-
ansvarlig læge**

EBJ skal indeholde en beskrivelse af de aftaler om kontrol og behandling af borgerens kroniske sygdomme og handicap, som er indgået med de behandlingsansvarlige læger. Det skal fremgå hvilke observationer og kontrol af tilstanden der skal foretages, samt hvornår lægen skal informeres.

Denne beskrivelse skal revideres ved ændringer i borgerens tilstand

<p>Aktuel pleje og behandling</p>	<p>og/eller ændring af aftalerne.</p> <p>Aktuel beskrivelse af pleje og behandling, opfølgning og evaluering</p> <p>Dokumentationen skal indeholde en beskrivelse af pleje og behandling, som er iværksat i samarbejde med borgeren i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer, funktionsevnetilstande og sygdomme.</p> <p>Der er dokumenteret oplysninger om lægens tilkendegivelser efter lægekontakt, og der er dokumentation for, at de aftalte tiltag følger den behandlingsansvarlige læges anvisninger.</p>
<p>Fravalg af livsforlængende behandling</p>	<p>I forhold til fravalg af livsforlængende behandling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oplysninger fra den behandlingsansvarlige læge om dennes beslutning af fravalg af livsforlængende behandling • Genoplivningsforsøg • Afbrydelse af behandling
<p>Samtykke</p>	<p>Informeret samtykke og handleevne</p> <p>Det skal fremgå af EBJ, om borgeren vurderes til helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling, og på hvilket grundlag dette er vurderet.</p> <p>Hvis borger har værge, skal det fremgå af journalen hvilken type og omfang værgemålet har, samt om dette er tidsbegrænset.</p> <p>Hvis det er pårørende/værge, der giver stedfortrædende samtykke, skal dette fremgå af EBJ.</p> <p>EBJ skal indeholde oplysninger om information til borgeren, og/eller de pårørende, om planlagt pleje og behandling, og borgerens og/eller de pårørendes stillingtagen hertil (Informeret samtykke /stedfortrædende samtykke).</p> <p>Det skal fremgå af EBJ, at der er indhentet informeret samtykke til behandling og pleje.</p>
<p>Ramme-delegation</p>	<p>Dokumentation ved anvendelse af rammedelegation</p> <p>Det skal fremgå af EBJ, at instrukser for rammedelegation** er fulgt, og at rammedelegation er håndteret patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt.</p>
<p>I øvrigt</p>	<p>Øvrige krav til dokumentationen se Bilag 1</p>
<p>Lovgrundlag Referencer Kilder</p>	<p>Målepunkter til hjemmepleje/hjemmesygepleje/plejehjem Medicinhåndtering og prøvesvar i patientforløb, Styrelsen for Patientsikkerhed 14. marts 2017</p> <p>Målepunkter til akutfunktioner Medicinhåndtering og prøvesvar i patientforløb, Styrelsen for Patientsikkerhed 7. februar 2017</p> <p>Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013</p> <p>Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 1188 af 24. september 2016</p> <p>Vejledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling, uden for sygehuse, VEJ nr. 9025 af 17/01/2014</p>

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016](#) *§1 stk. 2: Ved behandling forstås undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

[Bekendtgørelse af sundhedsloven, BEK nr. 913 af 13. juli 2010](#)

[Institut for Rationel Farmakoterapi: Udfordringer og muligheder ved AK-behandling ved atrieflimmer anno 2014](#)

[Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL, 2015](#)

[Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16/09/1998](#)

[Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 04/07/2002](#)

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016](#)

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011](#)

[Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

** F1.1 Instruks Rammedelegation

Bilag 1

Styrelsen for Patientsikkerhed har i 2017 fremsendt nedenstående specifikke krav til dokumentationen, hos borgere i AK-behandling og med en KOL diagnose:

Vedr. AK behandling:

- EBJ indeholder en beskrivelse af aftaler om kontrol af INR målinger og opfølgningen på blodprøvesvar
- Det fremgår, hvorfor borgerens er i AK behandling
- Der er dispenseret medicin indtil svaret foreligger på næste planlagte blodprøve. Næste dispensering er allerede sikret planlagt i kalenderen
- Der skal være et ordinationsskema for AK behandling

Ved KOL:

- Respiration og cirkulation: som minimum er det beskrevet om der er dyspnø ved hvile, tale – og/eller funktion, om der er hoste/ekspektorat, behov for pep-fløjte/CPAP, behov for ilt, hvorvidt der er cyanose, og om borgeren er ryger
Observationer vedrørende respirationsstatus, inhalationsteknik, rygning, skift af iltkateter, rengøring og brug af inhalationsdevices
- Søvn og hvile: Det er beskrevet, om der er søvnproblematik, sidder/ligger patienten, behov for sovemedicin

Særligt gældende for KOL-sygeplejersker i Ældre og Omsorg:

- Udfører lungefunktionsundersøgelse, inhalationstjek og – instruktion ved behov. Udleverer og instruerer i brug af PEP-fløjte ved behov, samt vejledning i forhold til vejrtrækning/hosteteknik.
- Observationer vedr. mistanke i forhold til om borger har co-mobiditeter ud over de nævnte almene observationer, som beskrevet i forhold til funktionsniveau, bevægeapparatet, ernæring, hud og slimhinder, kommunikation etc.
- Rehabiliterende sigte; observationer og vejledning om mulighed for at motivere til evt. rygestop, deltagelse på KOL-hold og andre forbyggende tiltag.

Se desuden krav til dokumentation i nedenstående instrukser:

I forhold til KOL-sygeplejerskerne:

Instruks F1.7.1 for KOL-sygeplejersker

I forhold til tidlig indsats på ældrecentre:

Instruks 1.6.4 Bilag Dokumentation på tidlig indsats

Ved demens:

Instruks F1.4.1 Forløbskoordination demens på ældrecentre

Instruks F1.4.3 Samarbejde mellem ældrecentre og Ældrepsykiatrisk team

Kilder til dokumentations- og kommunikationspraksis

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=183578>

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=144979>

<http://www.fs3.nu/filer/Dokumenter/Metode/FSIII%20Metodehåndbog.pdf?t=1507118654>

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=191895>

Instruks: Sundhedsfaglig dokumentation

kvalitetsstandarder for ældrecentre 2018, Brøndby kommune januar 2018.