

| | |
|---------------|------------------------------|
| | Mariagerfjord Kommune |
| Dokumenttype | Arbejdsgang |
| Udarbejdet af | Konsulent Kristine Estrup |
| Dato | 05-01-23 |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Emne | Sundhedsfaglig journalføring- udfyldelse (ved Sygeplejefaglig udredning) og opdatering af journalen. |
| Målgruppe | Medarbejdere, der varetager sundhedsfaglige indsatser i Mariagerfjord Kommune og hvor dokumentationen skal følge FSIII metoden. |
| Formål | Formålet er, at sikre ensartet Sygeplejefaglig udredning (SFU) og generel dokumentation, der understøtter det gode forløb hos borgeren. |
| Ansvar og kompetence forhold | Når en borger starter med at modtage en eller flere sundhedsfaglige indsatser, så skal der laves en SFU. Det er sygeplejersken, der udarbejder den. Den skal revurderes ved markante ændringer i borgerens tilstand eller efter en indlæggelse. <i>Alle medarbejdere, der varetager sundhedsindsatser hos borgeren, skal opdatere journalen ved behov.</i> |
| Fremgangsmåde: | |
| Forløb og Relationer | 1. Under overblikket ” 01. Relationer ” skal man tilføje grundforløb og forløb, organisatorisk tilknytning, pårørende og evt. andre kontakter. Se manual ” Oprettelse af forløb, organisationsenheder, pårørende og kontakter i overblikket ”relationer” ” |
| Generelle oplysninger | 2. I overblik ” 02. Generelle oplysninger ” skal aktuelle sygdomme og handicaps noteres kort og præcist (i pindform) i feltet Helbredsoplysninger . Der tages udgangspunkt i medicinlisten, hvis borgeren er tilknyttet FMK. Alle sygdomme/diagnoser, som borgeren får medicin for, skal være nævnt i Helbredsoplysninger (f.eks. ”forhøjet blodtryk, tendens til hovedpine osv.”) Her skal også dokumenteres, hvem der er behandlingsansvarlig. Der kan være flere behandlingsansvarlige læger og disse noteres i rette sammenhæng. Her noteres også aftaler omkring varetagelse af helbredsmæssige interesser samt borgerens habilitet i forhold til at give informeret samtykke. Hvis borgeren har en kronisk lidelse, kan der gives generelt samtykke til div. henvendelser omkring denne lidelse og dette noteres også her. Har man kendskab til evt. vacciner, så dokumenteres de også i Helbredsoplysninger. <i>Alle faggrupper, som har kendskab til borgeren, har ansvar for, at helbredsoplysninger er opdateret, hvis der opdages mangler eller fejl.</i> |



| | |
|--------------------------|--|
| Helbredstilstande | <p>De øvrige felter i ” 02. Generelle oplysninger” kan drøftes ved SFU’en og udfyldes, hvor det findes relevant. <i>Felterne skal løbende suppleres af alle faggrupper, som kender borgeren. Der skal være særlig opmærksomhed på feltet ”livshistorie”, da man herunder skal dokumentere borgerens fremtidsønsker og ønsker for den sidste tid.</i> Se link FSIII guide til generelle oplysninger</p> <p>Under overblik ”03. tilstandshjul og indsatser” beskrives de aktuelle problemer i helbredstilstandene. ”Nuværende og forventet niveau” udfyldes (<i>disse kan løbende ændres, hvis det vurderes aktuelt</i>). ”Nuværende vurdering” udfyldes med en kort beskrivelse af problemet (som en overskrift) ”Forventet vurdering” udfyldes. Her bruges enten ”forsvinder, mindskes eller forbliver uændret”.</p> <p>Under ”faglig notat” skal der være en kort og præcis beskrivelse af problemområdet med årsager, eventuelle symptomer, kendetegn m.m. Her noteres også aftaler og evt. dato om faste kontroller eller andre opfølgninger hos behandlingsansvarlig læge. Tilstandene gemmes som aktive. <i>Ved helbredstilstande, hvor den sundhedsfaglige indsats er overdraget eller uddelegeret, så er det leverandør af indsatsen, der skal sikre, at tilstanden er opdateret. Alle helbredstilstande skal kontinuerligt opdateres, så de til enhver tid afspejler borgerens aktuelle helbredstilstand. Andre faggrupper end sygeplejen kan godt oprette en ny helbredstilstand, hvis der er et nyt problem hos borgeren. Sker dette, så medfører det, at der sendes en opgave til sygeplejen, så de kan følge op på den nye tilstand.</i></p> <p>De aktive problemområder er de udfordringer, som kræver en sundhedsfaglig indsats. Den pågældende indsats skal relateres til tilstanden. Der skal laves mål og handlingsanvisning ved en ny indsats og <i>det skal løbende revurderes og opdateres af den faggruppe, som leverer indsatsen hos borgeren.</i> <i>Hvis der er afvigelser fra den forventede tilstand eller hvis man ikke kan levere det planlagte, så skal det dokumenteres i en observation, som er relateret til den pågældende tilstand.</i> Se manual Tilstandshjul-arbejdsgangsbeskrivelse PDF</p> <p>De potentielle problemområder oprettes og beskrives i helbredstilstande og gemmes som potentielle. De potentielle problemer er udfordringer som borgeren har, men som ikke kræver en indsats på nuværende tidspunkt. De skal udfyldes på samme måde, som de aktive.</p> |
|--------------------------|--|



| | |
|----------------------------|---|
| Medicin | <p><i>Det er vigtigt, at det faglige notat er kort, præcist og opdateret i forhold til den aktuelle tilstand. Når borger afslutter en SUL-indsats (f.eks. en sårpleje) skal det vurderes, om de aktive tilstande skal ændres og gemmes som potentielle, eller om de skal gemmes som ikke-relevante. Alle potentielle tilstande har betydning for det tværfaglige samarbejde omkring borgeren og skal derfor ikke ændres, hvis borgeren evt. afsluttes af sygeplejen.</i></p> <p>Se link FSIII guide til helbredstilstande</p> <p>De ikke-relevante problemområder vil være helbredstilstande, hvor borgeren ikke pt. har udfordringer. Disse helbredstilstande markeres samlet og alle gemmes som ikke-relevante. Her er det ikke nødvendigt at skrive noget i faglig notat.</p> <p>OBS i Mariagerfjord Kommune er det besluttet, at medicindispensering og/eller medicinadministration, som omhandler pillerne i æsken, skal skrives i helbredstilstanden: ”Problemer med daglige aktiviteter”.</p> <p>Hvis borger har behov for hjælp til medicin, så SKAL der oprettes CAVE skema og medicininformation (findes under Overblik 04. medicinoverblik)</p> |
| Særlig opmærksomhed | Overblik 05. Særlig opmærksomhed Her findes div. skemaer, f.eks. ”Fravalg af genoplivning” (kan kun oprettes af sygeplejen), ”Smittefare” og ”Adgangsforhold til hjemmet”. Når der oprettes et skema i dette overblik, så kan det efterfølgende ses og åbnes via Borgerbanneret . |