

Udarb. 5 sept. 2019
Dokumentationsgruppen
Godkendt sept. 2019
Områdechefer på Ældre & Sundhedsområdet
Revideres sept. 2021

Kalundborg Kommune

Håndbog til faglig dokumentation for Sundhedsfaglige medarbejdere

Indhold

1	Forord:	4
2	Grundlæggende lovgivning for dokumentation	5
3	Hvorfor dokumentation	5
4	Borger oprettelse.....	5
4.1	Når borgeren skal oprettes	5
4.2	Overblik/Relationer	6
5	Tilstande	6
5.1	Funktionsevnetilstande	6
5.2	Helbredstilstande	6
5.3	Tilstandshjul	6
6	Indsatser	7
7	Årsager.....	7
8	Tilstandsdetaljer	7
9	Udredning	7
10	Vurdering	7
11	Observationer	7
12	Målinger	8
13	Opgaver	8
14	Generelle oplysninger	8
15	Boligforhold	8
16	Sagsnotater	8
17	Triagering.....	8
17.1	Triagering status.....	8
17.2	Hjulet(triage)	9
17.3	TOBS	9
18	Plan- Faglig planlægning	9
18.1	Indsatsmål.....	9
18.2	Handlingsanvisninger.....	9
18.3	Tilstande	9
18.4	Målinger	9
18.5	Opgaver	9
18.6	Kalender (Køreliste)	9
19	Døgnrytmeplan.....	10

20	Aftaler	10
21	Medicin	10
21.1	Medicindosering	10
21.2	Medicinbestilling	11
21.3	P.N. medicin:	11
22	Eksterne dokumenter.....	11
23	Oplysningspligt.....	11
24	Samtykke til pårørende.....	11
25	Samtykke til kontakt af samarbejdspartnere.....	12
26	Ønsker for den sidste tid	12
27	Stillingtagen til genoplivning	12
28	Kommunikation i Nexus – en kort guide	12
29	Bilag:.....	13
	Arbejdsgangbeskrivelser bilag 1-6 (udarbejdes fortløbende deadline 15. september).....	13

1 Forord:

Formålet med denne vejledning er at sikre en ensartet sundhedsfaglig dokumentation, der overholder lovgivningen og ligeledes er retningsgivende for en systematisk dokumentation af observationer og fremadrettede handlinger.

I dokumentationen anvendes et fagligt objektivt sprog, der kan læses og anvendes af alle faggrupper.

Borgerens ret til aktindsigt kræver ligeledes, at der anvendes et relevant og professionelt sprog.

Håndbogen anviser retningslinjer for sundhedsfaglig dokumentation.

I Kalundborg Kommune består dokumentationen af følgende;

Generelle oplysninger, helbredsoplysninger, tilstande, indsatser, indsatsmål, udredninger, handlingsanvisninger, vurderinger, målinger, observationer, opgaver, døgnrytmeplan, aftaler og myndighedsnotater og kørelister.

Håndbogen kan anvendes ved sundhedsfaglige tilsyn.

Hvis den pågældende tilsynsførende har indsigelser mod vejledningen, skal indsigelserne rettes til ledelsen og efterfølgende kan dette drøftes i dokumentationsgruppen.

2 Grundlæggende lovgivning for dokumentation

Social og sundhedsassistenter, sygeplejersker og terapeuter har journalføringspligt i henhold til deres autorisation. Social og sundhedshjælper har notatføringspligt.

Social- og sundhedshjælper, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker er ansvarlige for at dokumentere egen udførte opgaver, samt at dokumentere, hvis opgaven er videregivet til anden faggruppe, dette kan gøres ved afkrydsning i kalenderen.

Ved videregivelse af en Sundhedslovsindsats er det sygeplejersken/social- og sundhedsassistent/terapeutens ansvar, at der er oprettet indsatsmål og handlingsanvisning, samt at opgaven kan varetages af faggruppen i henhold til instruks for opgaven. Social- og sundhedshjælperen skal evaluere i Observationer relateret til den konkrete Tilstand.

I forhold til lovgivning om sygeplejefaglige optegnelser, skal det fremgå af dokumentationen, at der er taget stilling, til om borger har aktuelle eller potentielle problemer. Dette gøres ved at aktivere relevante og inaktivere ikke relevante helbredstilstande.

Aktuelle problemstillinger skal nærmere beskrives i omsorgssystemet (fagligt notat, udredning, indsatsmål, handlingsanvisning, observationer, målinger og opgaver).

3 Hvorfor dokumentation

Dokumentation er en væsentlig del af det sundhedsfaglige arbejde. Dokumentation er lovpligtig.

Ved at dokumentere, kan der redegøres for hvilke behov borger har, derved kan der visiteres og revisiteres, hvis behovet ændres. Ved identifikation og dokumentation af borgers tilstande, sikres en målrettet indsats og opfølgning.

Med udgangspunkt i dokumentationen skal det sundhedsfaglige personale altid kunne redegøre for:

- Borgers aktuelle tilstand
- Overvejelser omkring borger - aktuelle og potentielle problemer
- Pleje og behandling der er planlagt
- Pleje og behandling der er udført
- Resultater af pleje og behandling

Dokumentation sikrer og synliggør ligeledes:

- Kontinuiteten i plejen
- Patientsikkerheden
- Kommunikationen imellem samarbejdspartner
- Udvikling af og forskning i sygeplejen
- Pleje og behandling på et højt fagligt niveau
- Kvalitetsmåling

4 Borger oprettelse

4.1.Når borgeren skal oprettes

Hvem opretter: Borgerne oprettes primært af visitator og i akutte situationer af sygeplejersker.

Frem søges borgeren ved at indtaste cpr. Nr.

Tjek: Under Borgerforløb/Aktive forløb- er der aktive forløb? Hvis ikke skal man under Borgerforløb/Historiske forløb, ses om der er forløb, der kan genåbnes. Dersom der ikke er

historiske forløb eller aktive forløb, tilføjes aktivitet Grundforløb MedCom og Grundforløb Ældre/sundhed. Under Grundforløb Ældre/sundhed tilføjes forløb FSIII. Det er vigtigt at tjekke, da borgeren ellers vil blive oprettet med flere forløb og historikken forsvinder.

4.2 Overblik/Relationer

Hvem: Skal udfyldes af alle

Her tilføjes relevante organisationsenheder- **altid** myndighed/visitation, Myndighed/hjælpemidler, Sygepleje dagdistrikt. Derudover øvrige relevante organisationsenheder, som borgeren er i berøring med.

5 Tilstande

5.1 Funktionsevne-tilstande

Hvem: Visitationen udarbejder på alle henviste borgere. Øvrige relevante faggrupper supplerer med kendt viden.

Funktionsevnetilstande repræsenterer et behov, som følge af en funktionsbegrænsning og dækker tilstande inden for servicelovsområdet.

Der skal tages stilling til alle tilstande, og ikke relevante tilstande inaktiveres. Tilstandene skal beskrive borgerens funktionsniveau inkl. kompenserende hjælpemidler. Tilstandene beskriver borgerens funktionsniveau og IKKE behov for hjælp.

Tilstandsdetaljer skal beskrives under fagligt notat af den, der aktiverer funktionsevnetilstanden ved graduering 1-4.

Derefter kan der oprettes indsatser med udgangspunkt i indsatskataloget i forhold til serviceloven

<http://fs3.nu/filer/Dokumenter/Metode/FSIII-Guide-til-funktionsevnetilstande.pdf?t=1554802985>

5.2 Helbredstilstande

Hvem: Social- og sundhedsassistenter og Sygeplejersker. Øvrige relevante faggrupper supplerer med relevant viden.

Helbredstilstande repræsenterer et sundhedsfagligt problem og dækker tilstande inden for sundhedslovområdet og er en del af den sygeplejefaglig og terapeutiske udredning. Der skal tages stilling til alle tilstande, ikke relevante tilstande inaktiveres. Helbredstilstanden skal revurderes mindst hver 26. uge.

Helbredstilstande skal IKKE grad/niveau inddeles, men Tilstandsdetaljer skal beskrives under fagligt notat af den, der aktiverer helbredstilstanden.

<http://fs3.nu/filer/Dokumenter/Metode/FSIII-Guide-til-helbredstilstande.pdf?t=1554802985>

Derefter SKAL der oprettes indsatser med udgangspunkt i indsatskataloget i forhold til sundhedsloven, derefter skal der oprettes mål og handlingsanvisninger.

https://instruksfiler.kalundborg.dk/Vejledninger_og_procedurer/indsatskatalog.html

5.3 Tilstandshjul

I tilstandshjulet fremkommer både servicelov (funktionsevne tilstande) og sundhedslov (Helbredstilstande). Det giver overblik over borgerens aktuelle tilstand og indsatser.

6 Indsatser

Hvem: Social- og sundhedsassistenter, Sygeplejersker, træning- og hjælpemiddeltherapeuter, forebyggende medarbejderne og visitatorer har dokumentationspligt, dette indebærer, at de skal oprette relevante indsatser.

I forhold til sundhedsloven oprettes der relevante indsatser i forhold til aktuelle tilstande. Indsatsen beskrives i faglig notat under Tilstandsdetaljer.

Indsatser oprettes med udgangspunkt i helbredstilstande, ved aktuelle problemstillinger. Der oprettes indsatser, hvor egen læge i forbindelse med behandling, delegerer til Social- og sundhedsassistent /Sygeplejersken at følge op på pleje og behandling.

Eks. Blodtryksmåling, Blodsukker måling, observationer ved opstart af ny medicin osv.

Eks. Antipsykotiske lægemidler kan udløse en indsats, hvor egen læge har delegeret observationer af behandlingens effekt og har givet anvisninger om observationer i forhold til bivirkninger.

Eks. Bevilling af hjælpemiddel.

Indsatser for sygepleje oprettes i henhold til indsatskatalog

https://instruksfiler.kalundborg.dk/Vejledninger_og_procedurer/indsatskatalog.html

7 Årsager

Hvem: alle må benytte skemaerne under Årsager.

Henvendelser: her forefindes skemaer blandt andet vedr. hjælpemidler og myndighedshedens skema til sagsstyring.

Årsagsbemærkninger: benyttes ikke, da det beskrives under faglig notat

Årsagstilstand: benyttes ikke

8 Tilstandsdetaljer

Hvem: Social- og sundhedsassistenter, Sygeplejersker

Er et oversigtsbillede over udfyldte tilstande med faglige notater.

9 Udredning

Hvem: Social- og sundhedsassistenter, Sygeplejersker, terapeuter og andre efter aftale med Social- og sundhedsassistenter, Sygeplejersker.

Relevante skemaer udfyldes i forhold til borgerens tilstand og på baggrund af disse oprettes handlingsanvisninger. Eksempler på skema; EVS, Braden, Fald.

10 Vurdering

Hvem: Visitator og myndighedsperson på plejecentre

Vurdering afvendes ved myndighedsafgørelse i forbindelse med serviceloven.

11 Observationer

Hvem: alle medarbejdere

Observationer anvendes som evaluering på aktuelle indsatser og skal altid relateres til den relevante tilstand.

Her evalueres op imod aktuelle tilstande og handlingsanvisninger, hvis der er afvigelser i

12 Målinger

Hvem: Måleinstruks kan oprettes af sygeplejersker, social og sundhedsassistenter, terapeuter. Målinger kan tilføjes af alle.

Først tilføjes måleinstruks evt. ud fra lægeordination, første gang målinger oprettes.

Relevante måleskemaer oprettes

13 Opgaver

Hvem: Opgaver kan oprettes af alle, undtagen social og sundhedshjælper i fritvalg.

Opgaver er en visning af de opgaver, der er tilknyttet tilstandene. Her kan oprettes nye opgaver ved at markere tilstandene. En opgave sendes til samarbejdspartner mhp. at overlevere en besked, der vedrører det fremadrettede arbejde, som ikke er relevant at beskrive i døgnrytmeplanen.

Det skal altid nøje overvejes, hvornår og til hvilke organisationer en opgaveoprettes

Afsender skal sikre sig at borgeren er relateret til modtagers organisation ellers vil opgaven ikke kunne ses.

14 Generelle oplysninger

Hvem: alle

Skemaet generelle oplysninger og skemaet helbredsoplysninger, som findes i borgeroverblik skal påbegyndes ved første møde med borgeren.

Under hver bjælke fremgår det, hvad der skal dokumenteres i feltet, det skal være kort og præcis.

Eks. under ressourcer skrives om borgeren er habil.

Yderligere vejledning kan hentes her: <http://www.fs3.nu/filer/Dokumenter/Metode/FSIII-Guide-til-generelle-oplysninger.pdf?t=1564050186>

15 Boligforhold

Hvem: Alle

Her skal være en beskrivelse af, hvordan boligen er indrettet og om der er noget, der giver anledning til problem for borgers færden i hjemmet. APV beskrives her.

16 Sagsnotater

Hvem: Visitorer og hjælpemiddeltherapeuter.

Bruges til at dokumentere sagsforløb, bevillinger, afgørelser og hjemmebesøg.

17 Triagering

Herunder er triagering status, TOBS og Hjulet

17.1 Triagering status

Hvem: Alle

Ved ændring i borgerens habituelle tilstand udfyldes statu grøn, gul eller rød. Farveskift fra rød mod grøn, skal foregå i samarbejde med SSA/Spl. Og dokumenteres

Se vejledning

https://instruksfiler.kalundborg.dk/Vejledninger_og_procedurer/triagering_arbejdsgange.html

17.2 Hjulet(triage)

Hvem: Social- og sundhedshjælpere og Social og sundhedsassistenter

Alle relevante punkter i skemaet afkrydses af social- og sundhedshjælpere og Social og sundhedsassistenter ved ændring i borgerens tilstand. Alle gule og røde borgere skal vurderes om der er behov for at der foretages ny vurdering med afkrydsning i hjulet og evt. TOBS' ud fra en faglig vurdering. I akutte situationer skal der altid foretages direkte kontakt til social og sundhedsassistent eller sygeplejerske.

17.3 TOBS

Hvem: Social og sundhedsassistenter og sygeplejersker

Ved en ændring i borgerens tilstand, kvalificeres med måling af vitale værdier ud fra TOBS

https://instruksfiler.kalundborg.dk/Vejledninger_og_procedurer/tobs.html

18 Plan- Faglig planlægning

18.1 Indsatsmål

Hvem: Social og sundhedsassistenter og sygeplejersker, terapeuter

Der oprettes relevante skema under indsatsmål, der relateres til sundhedslovsindsatsen.

18.2 Handlingsanvisninger

Hvem: Social og sundhedsassistenter og sygeplejersker, terapeuter

Handlingsanvisninger oprettes og relateres til en eller flere sundhedslovsindsats, der allerede er relateret til en helbredstilstand, her beskrives den fremadrettet plan for udførelsen af indsatsen. En beskrivelse af, hvad der skal til for at opnå indsatsmålet. Handlingen skrives så det overskueliggøres hvilke tiltag, der skal laves, og hvor ofte de skal udføres. Skal være konkret og detaljeret.

Skal ændres efterhånden, som evaluering/observation viser, at det er nødvendigt for at opnå det aktuelle mål.

Eks. Hvad, hvordan, hvornår, hvem eller undervisning, støtte fysisk/psykisk/socialt, vejlede, at gøre/handle for.

Hvor der findes relevant skema, under handlingsanvisninger skal dette benyttes.

18.3 Tilstande

Her kan man orientere sig i de tidligere udfyldte tilstande (se punkt 5).

18.4 Målinger

Målinger kan også tilgås via Plan-faglig planlægning. Se punkt 12 for yderligere vejledning.

18.5 Opgaver

Opgaver kan også tilgås via Plan-faglig planlægning. Se punkt 13 for yderligere vejledning.

18.6 Kalender (Køreliste)

Hvem: Alle

Kørelisterne er en del af dokumentationen.

I **Frit valg** bruges kørelister som et fast arbejdsredskab. Det betyder, at alle servicelovsydelser og sundhedslovsindsatser disponeres til den enkelte medarbejder, derved synliggøres, hvem der har udført opgaven.

På **plejecenter** disponeres sundhedslovsindsatser på kørelister. Hermed overskueliggøres, hvilke sundhedslovsindsatser, der udføres på plejecenteret og af hvem.

19 Døgnrytmeplan

Hvem: Alle

Døgnrytmeplanen oprettes i Nexus under fagligplanlægning, den kan genfindes i borgeroverblik, døgnrytme og aftaler. Døgnrytmeplanen anvendes til at give et overblik over borgers hverdag. Den udfyldes af de forskellige vagtlag (social- sundshjælper og assistenter, samt ufaglærte), visitatorerne bidrager med de i indsatskataloget relevante indsatser, træningsenheden tilføjer indsatser, som plejen skal støtte op om i dagligdagen og er et arbejdsredskab i hverdagen til de forskellige medarbejdere, der møder borger.

Sygeplejerskerne noterer under sygepleje, når der er behov for en særlig indsats fra plejen f.eks. "skal tilbydes ekstra væske på grund af febril tilstand etc."

Døgnrytmeplanen skal udfyldes med borgers dagligdag trin for trin og opdateres løbende ved ændringer.

Eks. Hvornår står borger op? Hvad skal borger have hjælp til og hvordan får borger hjælp? Udleveres medicin eller gives det fra gang til gang? Hvad spiser borger til morgen, frokost, aften? Hvornår går borger i seng? Er der særlige indsatser beskrevet fra terapeuter og sygeplejersker osv.

20 Aftaler

Her noteres aftaler der er indgået med borgere, netværk m.fl

21 Medicin

Hvem: Social og sundhedsassistenter og sygeplejersker

Se læringsvideoer om medicin

<https://kalundborg.myacademy.dk/client/default.aspx?CAID=278322>

Der opdateres fra FMK i hver vagt.

Al medicin skal tilknyttes fra FMK, ordinationspræparater, håndkøb og naturlægemidler. Dette gør sig også gældende for dosispakket medicin til borgere, der er visiteret til medicinadministration.

Der må kun oprettes, doseres og gives medicin, som læge eller sygehus har lavet en skriftlig eller mundtlig ordination på uanset type. Hvis ikke der foreligger en lægeordination på håndkøb og naturlægemidler, skal egen læge have tilkendegivet, at det gerne må gives og dette skrives i bemærkningsfeltet under det aktuelle præparat (eks. godkendt af e.l. samt dato for godkendelse).

Har plejepersonalet kendskab til, at borger tager medicin ved siden af det doserede, skal dette fremgå på medicinliste og markeres som selvadministrerende.¹ Det skal IKKE disponeres ud i skemaet, da det derved vil fremgå af sammentællingen.

Vigtigt at lægen er informeret om al medicin borger tager, som plejepersonalet har ansvar for i form af dosering, udlevering og bestilling, da det er lægens ansvar i forhold til interaktioner.

21.1 Medicindosering

Hvem: Social og sundhedsassistenter og sygeplejersker

Hvem der har doseret medicin, fremgår af historikken på indsatserne.

¹ Jf. sundhedsstyrelsen i samarbejde med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2011, 1.udg, 1.opl.: "Korrekt håndtering af medicin - et værktøj for plejehjem, hjemmepleje og bosteder - ansvar, sikkerhed og opgaver".

Der oprettes og relateres til relevante tilstande i forhold til årsagen til, at borgeren har behov for hjælp til doseringer. F.eks. kognitive problemer.

Det anbefales, at borgere i stabil medicin forløb, det vil sige, at borgeren får samme medicin i tre måneder, kan overgå til dosisdispensering, da der er evidens for, at dette er mere sikkert og der sker færre fejlmedicineringer. Dette er altid en lægelig beslutning.

Se instruks for medicindosering

https://instruksfiler.kalundborg.dk/Vejledninger_og_procedurer/Medicinhaandtering_dosering_i_aeske.html

21.2 Medicinbestilling

Hvem: Social og sundhedsassistenter og sygeplejersker.

Bestilt medicin kan ses under medicinliste udfør hvert præparat i historikken. Her kan man se, hvilken medicin, der er bestilt, hvornår og af hvem.

Bestilling af medicin fremgår af læringsvideo

<https://kalundborg.myacademy.dk/client/default.aspx?CAID=289898>

Håndkøbsmedicin kan alle være borgeren behjælpelig med at bestille.

21.3 P.N. medicin:

Hvem: Social og sundhedsassistenter og sygeplejersker opmåler, dosere og kontrollerer.

Givet/administreret dokumenteres af den person, der udfører opgaven.

Det markeres i aktuel medicin. P.N. medicin dokumenteres under medicin P.N. Medicinen skal angives i mg eller g, ikke i ml. både når medicinen oprettes og i ordination

Ikke sundhedsfagligt autoriseret personale må kun give/administrere p.n. medicin efter aftale med social- og sundhedsassistent eller sygeplejerske.

Effekt af pn medicin evalueres af alle under relevant præparat under virkning.

22 Eksterne dokumenter

Hvem: Alle

Eksterne dokumenter fra eksterne samarbejdspartner kan være fra Tandplejen, geriatriske ambulatorier m.m. Disse dokumenter gemmes under Overblik i "Dokumenter>Breve".

Er der informationer i dokumentet, der skal handles på oprettes en handlingsanvisning på det, som vedr. sundhedsloven. I døgnrytmeplanen indføres det, der er relevant for den daglige pleje.

23 Oplysningspligt

Hvem: Alle

- If. Sundhedsloven skal borgeren altid have meddelelse om, hvilke oplysninger der journalføres, uanset om oplysningerne kommer fra borgeren selv, borgerens pårørende, læge eller andre.
- Dette kan evt. gøres ved at læse det dokumenterede op for borgeren. Dersom det dokumenterede, ikke oplyses for borgerens, skal det journalføres, at borgeren ikke er orienteret.
- Undtagelsesvis kan der fravælges at informere borgeren, hvis der er afgørende hensyn til borgeren, der taler imod.
- Hvis borgeren ikke ønsker at opgive relevante oplysninger, skal vedkommende oplyses om konsekvensen af dette.

24 Samtykke til pårørende

Hvem: Alle

For at udlevere information til pårørende skal der være givet samtykke fra borger. Samtykke noteres under relationer – kontaktoplysninger- noter. Myndighed dokumenterer samtykke i sagsnotater.

25 Samtykke til kontakt af samarbejdspartnere

Hvem: Alle

Jf. lovgivning, skal der indhentes samtykke hver gang, der tages kontakt til og videregives information til læge og sygehus. Et samtykke er kun gældende for den enkelte situation. Hvis et samtykke er givet, skal dette dokumenteres i tilknytning til den enkelte tilstand. Hvis borgeren ikke er i stand til at give samtykke, skal det fremgå af helbredstilstanden- viden og udvikling.

26 Ønsker for den sidste tid

Hvem: Alle

Under Overblik, døgnrytme aftaler; dokumenteres aftaler omkring ønsker for den sidste tid.

27 Stillingtagen til genoplivning

Hvem: Social- og sundhedsassistent og sygeplejerske

Hvis en borger er kritisk syg, stærkt helbredsmæssigt svækket eller uafvendeligt døende, skal den praktiserende læge kontaktes, så tidligt som muligt i forløbet. Der skal indhentes samtykke og evt. inddragelse af pårørende/værge. Den praktiserende læge skal foretage en vurdering af, hvad der skal ske i tilfælde af hjertestop. Hvis borgerens situation ændrer sig, skal lægen kontaktes på ny med henblik på ny vurdering.

Under Helbredsoplysninger udfyldes skema *fravalg af hjertelungeredning* ud fra lægeordination, af autoriserede sundhedsfagligt personale, der henvises til lægens notat med angivelse af dato. Notatet findes under korrespondancer indbakke.

28 Kommunikation i Nexus – en kort guide

Triageringshjul:

Hvem: Social- og sundhedshjælper og social- og sundhedsassistenter

Triageringshjul er det primære redskab til dokumentation af alle ændringer i borgernes tilstand. De ændrede hjul vises automatisk i triageringsoverblikket, hvor de behandles af sygeplejerske/SSA eller andre faggrupper med kompetencer til dette.

Der henvises til vejledning om Triagering

https://instruksfiler.kalundborg.dk/Vejledninger_og_procedurer/triagering_arbejdsgange.html

Øvrige observationer:

Hvem: Alle

Benyttes primært til evaluering af handlingsanvisninger. Alle observationer SKAL relateres til en tilstand og figurerer dermed som en del af oversigten i tilstandshjulet.

Observationer vises ikke automatisk i overblik.

Opgaver:

Hvem: Alle kan oprette en opgave. Undtaget er personalet i frit valg, her skal opgaver foregå via planlægger.

Opgaver lægges til organisationer/medarbejdere der fremtidigt har en særlig opgave hos borgeren.

Titel: faggruppe der skal modtage opgaven f.eks. Sygepleje, Planlægger, Træningsterapeut.

Tildelt til: er organisationen f.eks. myndighed, sygepleje (afsender skal huske at sikre, at borgeren er relateret til den organisation, som opgaven tildeles).

Ansvarlig: kan benyttes med navns nævnelse internt i egen organisation, vær opmærksom på, at det så kun læses af den navngivne person.

Opgaver udsøges x 2 i hvert vagtlag.

Besøgsnotater:

Hvem: Social- og Sundhedshjælpere og Social- og sundhedsassistenter på fritvalgsområdet, når de har behov for at give besked til Planlægger. Dette drejer sig primært om beskeder vedr. planlægningen.

Handlingsanvisninger:

Hvem: Social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og terapeuter

Handlingsanvisninger benyttes til sundhedslovsindsatser.

Handlingsanvisningerne skal beskrive, hvordan sundhedslovsindsatsen skal udføres.

Døgnrytmeplan:

Hvem: Alle

Døgnrytmeplanen er et redskab til beskrivelse af, hvordan primært servicelovsindsatser skal udføres, kan dog anvendes til sundhedslovsindsatser, som skal udføres af Social- og Sundhedshjælpere og Social- og sundhedsassistenter, f.eks. skal tilbydes væske ved hvert besøg. Alle der har instruktioner til plejen, skal skrive i denne. Dermed bliver døgnrytmeplanen et levende redskab, der løbende opdateres og kvalificeres.

Døgnrytmeplanen skal **ikke** benyttes til observationer.

TOBS og ABCD(E)

Hvem: Social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker

Der kommunikeres om ændringer i borgerens tilstand vha af TOBS.

Ved akut indsats anvendes ABCD(E), øvrige værdier noteres under målinger f.eks. glasgow coma scale og saturation

29 Bilag:

Arbejdsgangbeskrivelser bilag 1-6 (udarbejdes fortløbende)

Bilag 1: Visitation

Bilag 2: Hjælpemidler

Bilag 3: Sygepleje

Bilag 4: Plejecentre

Bilag 5: Genoptræning og forebyggelse

Bilag 6: Fritvalg

Bilag 7 Helbredstilstande

Bilag 8 Indsats katalog