



Formålet med at dokumentere

Formålet med at dokumentere er at få kontinuitet, sikkerhed og kvalitet i forbindelse med pleje, behandling og træning af borgerne i Gladsaxe kommune. Dokumentation bidrager til, at personalet kan registrere og genfinde relevante oplysninger. Med dokumentationen ønsker vi i Gladsaxe Kommune at fokusere på borgerens ressourcer, udviklingspotentiale og på borgerens sygeplejefaglige problemområder.

Kontakt-info

Visitationen

Telefonslusen: 39 57 55 53

*hverdage ml. 8-15 bedst ml. 8-9 og 14-15, hvor der er lukket for
borgeropkald*

Interne telefoner bliver dog taget

Telefonslusen kan henvise til relevant visitator



Funktionsvurdering

- Udarbejdes efter besøg i hjemmet, på rehabiliteringspladser og i sjældnere tilfælde på hospitalet
- Kan også udarbejdes administrativt på baggrund af notater fra udfører ved væsentlige ændringer eller af telefonisk samtale med borger *(det skal fremgå af funktionsvurderingen, såfremt den er udarbejdet administrativt)*
- Det skal fremgå, om det er borger selv, der har givet oplysningerne ved de enkelte punkter og/eller pårørende eller andre
- Ved indhentning af diagnoser og andre helbredsoplysninger skal disse dokumenteres i stamdata under lægelige oplysninger

Journal

Alle henvendelser skal i henhold til notatpligt dokumenteres (telefonisk, mail, brev, personlig), og der oprettes henvendelse i henvendelsesmodul (internt visitationsdokument), eller sagen behandles færdigt med det samme.

OBS! Samtykke

Henvendelser fra:

Borger
Pårørende
Egen læge/speciallæge
Hospital
Hjemmepleje og hjemmesygepleje
Privat leverandør
Træningsenheden

Standardoverskrifter:

Telefonsamtale
Læge, kontakt
Hospital, henvendelse
Hospital, indlæggelse
Hospital, udskrivning
Visitation

*- Visitation***Sagsbehandling**

Visitering af praktisk og personlig hjælp, sygepleje ,vedligeholdende- og genoptræning
Rehabiliteringspladser
Senior-ældreboliger
Plejebolig på seniorcenter
Plejeorlov/terminalbevilling
Værgeanmodning

Indsamling og vurdering af oplysninger dokumenteres i journalen under relevant overskrift. Vær opmærksom på ikke at gentage prosa fra funktionsvurderingen. Er der udarbejdet relevante og fyldestgørende notater af andre faggrupper, henvises der til disse med overskrift, initial og dato, så der kun dokumenteres nye oplysninger og vurderinger.

Sagsbehandling resulterer i en afgørelse, der skal sendes til borger i et brev eller i en indstilling

Afgørelsen eller indstillingen dokumenteres også i journalen

Kontakt-info - hjemmesygeplejen

Daglig leder: *Susanne Dyremose*

39 57 38 61

Administration:

39 57 38 62

Koordinatorer:

39 57 40 11

Kliniske vejledere

39 57 38 60

Team Nord:

39 57 38 63

Team Øst:

39 57 38 64

Team Vest:

39 57 38 65



Journal henvendelser -

Hjemmesygepleje

OBS! Samtykke

Henvendelser

Borger
Pårørende
Egen læge/speciallæge
Hospital
Interne samarbejdspartnere

Standardoverskrifter

Telefonsamtale
Læge, kontakt
Hospital, henvendelse
Hospital, indlæggelse
Hospital, udskrivning

Journal status - Hjemmesygepleje

Status ved:

- 1. gangsbesøg (med mindre, det er åbenlyst, at borger ikke har andre problematikker, end der er visiteret til)
- Opfølgende hjemmebesøg med egen læge
- Ankermandsfunktion
- Udredningsbesøg/opfølgning

Det fremgår af kvalitetsstandarderne, hvilke indsatser der vurderes at være komplekse sygeplejeopgaver og som derfor **ikke** kan delegeres

Der sendes kopi af journalnotat som avis til relevante samarbejdspartnere

Journal - Hjemmesygepleje

Daglig journalføring

- Løbende observationer om ressourcer, problemstillinger og forandringer
- Opfølgning på andres observationer.
- Ved gentagne eller vedvarende observationer oprettes handleplan(er)

Medicindokumentation:

- Ordination (og seponering) modtages skriftligt (pr. edifact) eller mundtligt af den medicinansvarlige.
- Mundtlige ordinationer nedskrives og gentages således, at det sikres, at ordinationen er forstået korrekt. Årsagen til ændringen noteres i borgerens journal og i medicinskema i KMD Care. Nye ordinationer noteres endvidere i et journalnotat.
- Edifacter kopieres over i journal

Medicin

- Link til '[Korrekt håndtering af medicin](#)' fra Sundhedsstyrelsen





Målinger

Følgende dokumenteres under 'Målinger':

- Resultat af rejse-sætte-sig test
- Væskeskema
- Afføringsskema/udskillelser
- Blodsukker
- Temperatur
- BMI
- Blodtryk
- AK-behandling



Dokumentation af øvrige oplysninger

- **Helbredsoplysninger** – ved behov for flere end de tilgængelige helbredsoplysninger, kontakt ansvarlig for KMDCare
- **Diagnoser** – udfyldes kun hvis SKS-diagnose modtages med diagnosestiller fra egen læge, hospital e.lign.
- **Relationer/pårørende** – anfør pårørende i prioriteret rækkefølge i samråd med borger
- **Øvrige ydelser** – udfyld ved behov
- **Adgang** – udfyld ved behov

Handleplan

Der udarbejdes handleplan på følgende:

1. Kroniske lidelser, hvor der er en samarbejdsaftale med egen læge om pleje, behandling, målinger.
2. Sundhedsfaglige problemstillinger med behov for udredning, målsætning og evaluering
3. Ved hverdagsrehabilitering

Opbygning af handleplaner:

- Problemet skal være en kort beskrivelse af, hvordan det er et problem for borger og evt. for plejen og/eller behandlingen
- Anvend fx [SMART-mål](#) i formulering af mål i handleplan
- Mål udarbejdes som udgangspunkt med borgeren
- Opret delmål for at sætte handleplan i system
- Handlinger skal være anvisende og forståelige – også for andre faggrupper
- Evalueringen skal rette sig mod målet. Evalueringen bliver retningsgivende for justering af handlinger, evt. delmål, afslutning af handleplan (passiv)
- I evalueringen noteres også afvigende observationer
- Husk at tjekke, om der er en passiv handleplan på lignende problem allerede



Handleplan

SMART mål:

S – Specifikt. Hv-spørgsmål kan hjælpe til at gøre målet tilstrækkeligt konkret. Fx hvem er involveret? Hvad skal der ske? Hvorfor er det vigtigt? Hvordan skal det ske?

M – Målbart. Et mål skal kunne måles. Hvordan kan man vide, at ændringen er indtrådt? Kan målingen gennemføres?

A – Accepteret. Er der enighed om målet blandt de vigtigste aktører og i målgruppen? Er det et godt mål for, hvad der vil blive opfattet som en succes? Er der evt. nogen, som vil modarbejde, at målet opfyldes?

R – Realistisk. Et accepteret mål er ikke nødvendigvis realistisk. Er det sandsynligt, at målet kan nås med de ressourcer, der er til rådighed? Er der en klar og logisk sammenhæng mellem mål og midler?

T – Tidsafgrænset. Hvornår skal det måles, om målet er nået? Tidsfrist en skal være realistisk og opnåelig



Journal

Utilsigtede hændelser:

- Der dokumenteres et kort notat i journal ved en hændelse
- Skema udfyldes af den medarbejder, der opdager hændelsen
- Sagerne skal indberettes og behandles efter givne retningslinjer på området ([dansk patientsikkerhed](#))
- Utilsigtede hændelser med dødelig udgang eller alvorlige utilsigtede hændelser indberettes som beskrevet i bilag vedr. utilsigtede hændelser med dødelig udgang eller alvorlige utilsigtede hændelser

Kontakt-info – *hjemmeplejen*

Team Nord

Daglig leder: Gitte Bomholt
39 57 38 30

Team Øst

Daglig leder: Gitte Iversen, MajBrith Heinesen
39 57 38 40

Team Vest

Daglig leder: Vibe Yttesen, Inge-Lise Stenum
39 57 38 50



Journal

Henvendelser

Borger

Pårørende

Egen læge/speciallæge

Hospital

Interne samarbejdspartnere

Standardoverskrifter

Telefonsamtale

Læge, kontakt

Hospital, henvendelse

Hospital, indlæggelse

Hospital, udskrivning

OBS! Samtykke



Journal

Daglig journalføring:

- Løbende observationer om ressourcer, problemstillinger forandringer – dvs. de daglige observationer om **ændret** adfærd, sundheds- og/eller sygdomstilstand
- Opfølgning på andres observationer
- HUSK! Ved gentagne observationer af samme problem, skal der udarbejdes handleplan med relevante samarbejdspartnere
- Ændringer i den aftalte udførsel af støtten, hjælpen, plejen
- Samtaler med pårørende om borger pleje af borgeren (OBS samtykke)

Der sendes kopi af journalnotat som avis til **relevante** samarbejdspartnere



Målinger

Følgende dokumenteres under 'Målinger':

- Resultat af rejse-sætte-sig test
- Vægt
- Væskeskema
- Afføringsskema/udskillelser
- Blodsukker
- Temperatur
- BMI



Rehabiliteringsteamet - hvad noteres i journal

Der noteres i journal ved start, afslutning, kontakt samt ved ændringer i forløbet. Hvis undersøgelse eller behandling dokumenteres delvist på papir, skal det fremgå i journalen, at dele af dokumentationen foregår på papir.

Visitors bestilling evt. genoptræningsplan, evt. funktionsvurdering skal være udgangspunkt for tilrettelæggelsen af indsatsen.

Ud fra notater i journalen udspringer en eller flere handleplaner. Handleplaner skal opfattes som en del af journalen.

Løbende dokumentation

Afslutning af
rehabiliteringsforløb



Rehabiliteringsteamet - *Journal – løbende dokumentation*

Udredning og vurdering

Observationer/ændringer i
forløb

Henvendelser

UTH



Rehabiliteringsteamet - Journal – udredning og vurdering

- Udredning og vurdering skal indeholde en fyldestgørende beskrivelse i journalen af borgerens ressourcer og problemer ud fra visitators bestilling.
- Mål for rehabiliteringsindsatsen beskrives



Rehabiliteringsteamet - Journal – observationer/ændringer i forløb

Oplysninger eller observationer, der kan have betydning for borgers hele livssituation samt andre samarbejdspartere.

Relevante samarbejdspartere orienteres pr. avis

Det skal dokumenteres, hvem der er blevet orienteret (fx egen læge, hjemmepleje, -sygepleje etc)

Hvis ændringer relaterer sig til mål angivet i handleplan, noteres dette i handleplanens evalueringsfelt og handlingen justeres derefter



Rehabiliteringsteamet - *Journal – henvendelser*

Journalnotat skrives ved henvendelser til/fra:

- Borgere
- Pårørende
- Egen læge/speciallæge
- Hospital
- Interne samarbejdspartnere

Der skrives kort notat omkring hvad henvendelsen drejer sig om og om der sker evt. handling som følge af henvendelsen
OBS Samtykke fra borger!



Rehabiliteringsteamet - Journal – afslutning af rehabiliteringsforløb

- Beskrivelse af resultat af indsats
- Beskrivelse af status før/efter rehabiliteringsforløb i relation til de enkelte mål
- Evaluering af testresultater (Barthel-100, RSS, ADL-taxonomi etc.)



Rehabiliteringsteamet - Handleplan

Hvornår oprettes handleplan:

1. Efter udredningsbesøg
2. Ved observationer af en sundhedsfaglig problemstilling som kræver flere handlinger og evaluering

Opbygning af handleplan:

- Der oprettes handleplan(er) på alle rehabiliteringsforløb
- Handleplaner laves tværfagligt
- Problemet skal være en kort beskrivelse af, hvordan det er et problem for borger
- Anvend [SMART-mål](#) i formulering af mål i handleplan
- Handlinger skal være anvisende og forståelige – også for andre faggrupper
- Evalueringen skal rette sig mod målet. Evalueringen bliver retningsgivende for justering af handlinger, evt. delmål, afslutning af handleplan (passiv)
- I evalueringen noteres også afvigende observationer

Problemfelt

Mål

Handling

Evaluering



Rehabiliteringsteamet - Handleplan – problemfelt

- Årsag til problem og hvordan det påvirker udførelse af aktiviteter for borger og for den tværfaglige indsats. Indsatsen skal være i sammenhæng med det overordnede formål med henvisningen.

Rehabiliteringsteamet - Handleplan – mål

- Mål fastsættes ved udredningsbesøg hos borger
- Målene skal være realistiske og sammenholdes med borgers egen formåen i forhold til at følge op på indsats – se link SMART-mål
- Mål kan være nødvendige at splitte op i delmål
- Sundhedsfaglige mål sættes ud fra observationer af en sundhedsfaglig problemstilling, ex. vægt, blodtryk, mobilitet
- Borger skal være orienteret i de sundhedsfaglige mål



Rehabiliteringsteamet - Handleplan – handling

Beskrivelse af

- hvilke tværfaglige elementer indsatsen indeholder
- hvilke aftaler der er indgået med borger omkring selvtræning i forløbet
- rehabiliteringsindsatser, så kollega kan overtage



Rehabiliteringsteamet - Handleplan – evaluering

Ved ændringer:

- Hvis ændring relaterer sig til mål angivet i handleplan noteres dette i evalueringsfelt og handlingen justeres derefter
- Ændring kan også være i form af manglende forventet fremgang

Ved afslutning:

- Evaluering af opsatte mål ud fra objektiv vurdering og testresultater



Rehabiliteringsteamet - Målinger og tests

Målinger

- Resultat af rejse-sætte-sig test
- Væskeskema
- Afføringsskema/udskillelser
- Blodsukker
- Temperatur
- BMI
- Blodtryk
- Vægt

Tests

Seniorfitnesstest:

Registreres under terapeutiske tests

Barthel:

Registreres under effektmåling