

Huskekort dokumentation	
<i>Der udarbejdes sygeplejefaglig udredning på alle borgere, der forventes mere end 3 besøg</i>	
Habilitet og fravalg af genoplivning	
Fravalg af livsforlængende behandling og/eller genoplivningsforsøg (HLR) skal fremgå af observationer på Borgers overblik under ”Vigtigt”. Hvis borger ønsker HLR skrives det under Helbredsoplysninger (Generelle oplysninger)	
Informeret samtykke – OBS husk at udfyld alle relevante samtykker	
Ved al kontakt til fx egen læge eller opstart af ny behandling/ydelse, skal borgeren give samtykke til dette og dette skal dokumenteres. <i>Ved kontakt til egen læge/samarbejdspartnere, start alle korrespondancer “Efter aftale med borger”. Ved opstart af ny behandling/ydelse skal samtykke stå i handlingsanvisningen.</i>	
Generelle oplysninger	
Generelle oplysninger skal løbende udfyldes med de informationer der fremkommer under udredning og øvrig dialog med borgeren. Kan udfyldes af alle.	
Helbredsoplysninger (ligger under Generelle oplysninger)	
Kort oversigt over alle sygdomme, funktionsnedsættelser, lægefaglig tovholder og habilitet fx: - <i>Diabetes type 1, medicinsk beh jf. FMK. Opfølgning Steno med kontrol hver 3. mdr.</i> - <i>Skizofreni, medicinsk beh. Jf. FMK. Opfølgning egen læge med 1 årlig kontrol</i> - <i>Sidste indlæggelse -mdr/år/årsag</i> - <i>Drøftet HLR – borger ønsker HLR. Drøftet mdr/år</i> - <i>Sidste medicingennemgang dag/mdr/år. Evt. næste medicingennemgang dag/mdr/år</i>	
Helbredstilstande SUL §138 (Sygeplejersker, SSA)	
Der skal altid være en sammenhæng mellem Helbredsoplysninger og Helbredstilstande. Al medicinsk behandling skal fremgå af aktuelle helbredstilstande.	
Aktuel tilstand - <i>det er et problem</i>	
Borgeren har et helbredsproblem. Aktuelle tilstande kan føre til en ydelse.	
Potentiel - <i>der er stor risiko for at det bliver et problem</i>	
Borgeren er i særlig risiko for at udvikle tilstanden f.eks. risiko for tryksår. Forebygges tilstanden med lægeordineret behandling, skal tilstandes oprettes som aktuel.	
Ikke relevant – <i>det er ikke et problem</i>	
Borgeren har ingen problemer på området og er ikke i særlig risiko.	
Aktuelle tilstande udfyldes med:	
Beskrivelse af tilstand: Kort angivelse af hvordan problemet kommer til udtryk fx “Smerter i højre knæ” eller “Risiko for obstipation”	
Faglig vurdering/plan: Kort detaljeret beskrivelse af borgers tilstand så ændringer af tilstanden kan vurderes (kendetegn, symptomer, faktorer der forværre/forbedre mm). Plan, opfølgning og behandlingsansvarlig læge.	
Forventet tilstand: Kort beskrivelse af hvordan tilstanden fagligt vurderes at udvikle sig, kan beskrives med Forsvinder, mindskes, Forbliver uændret	
Vurderet dato: Ved levering af ydelser, hvor der forventes udvikling i tilstanden skal ‘vurderet’ dato, sættes til dags dato hver gang ydelsen leveres.	
Opfølgningsdato. Ved tilstand hvor der forventes udvikling vurderes opfølgningsdatoen individuelt. Ved tilstande af permanent karakter sættes opfølgningsdatoen til borgers fødselsdag.	
Funktionsevnetilstande SEL §83, §83a, §84	
Beskriver borgerens funktionsnedsættelser.	
Borgers vurdering: Her er det KUN borgers vurdering der noteres.	
Borgers ønske og mål: Her er det KUN borgers udsagn der noteres	
Faglig vurdering: Her scores borgers begrænsninger fra 0-4 ud fra en FAGLIG vurdering. Se FS3 guide til udfyldelse af funktionsevnetilstande.	
Årsagsfritekst: her beskrives årsagen til funktionsnedsættelsen hvis den kendes.	
Forventet tilstand: Her scores borgers forventede begrænsningsniveau fra 0-4 ud fra en FAGLIG vurdering. Se FS3 guide til udfyldelse af funktionsevnetilstande.	
Bemærkninger/faglig vurdering: Kort beskrivelse af hvordan borgers tilstand kommer til udtryk, så ændringer kan vurderes, samt hvilken ydelse der visiteres.	
opfølgningsdato. Ved tilstand hvor der forventes udvikling vurderes opfølgningsdatoen individuelt. Ved tilstande af permanent karakter sættes opfølgningsdatoen til borgers fødselsdag 3 år frem.	
Sidst vurderet: Aktuelle dato	
Opfølgende organisation: visitationen el. plejehjem (demensteam/rehab ude)	
Ydelser	
Alle ydelser SKAL være tilknytte en tilstand.	
Myndighed vurderer:	
- Hvilken indsats, tid og hyppighed - Rette faggruppe til udførelse med afsæt i kompetenceskema.	
Ved bevilling af ydelser skal I tage stilling til:	
- Rehabiliterings- eller oplæringspotentiale - Mulighed for brug af hjælpemidler fx strømpepåtager eller dosisdispensering	
Handlingsanvisninger (ALLE SUL-ydelser og hjemmeplejens SEL-ydelser)	
Alle ydelser - også engangsydelser - SKAL have en handlingsanvisning, der udførligt beskriver de handlinger, der skal foretages ved levering af ydelsen. Her beskrives borgers egen indsat, medarbejderens indsat og særlige opmærksomhedspunkter. Husk link til VAR procedure. Borgers samtykke til behandlingsplan skal fremgå af hver enkelt handlingsanvisning. Opfølgningsdato følger ydelsen og må ikke ændres. Sidst vurderet dato sættes til dags dato når handlingsanvisningen tilrettes.	
Besøgsplanen (Plejehjem/Rehab Grøndal SEL-ydelser og Bosteder)	
En udførlig beskrivelse af hvordan opgaverne hos borgeren skal udføres. Det skal tydeligt fremgå, hvad borgeren kan/udfører selv og hvad medarbejderens opgave er.	
Observationer	
Anvendes til målinger, kommunikation eller afvigelser, der ikke medfører opdatering af tilstande, handlingsanvisninger, generelle oplysninger eller triage notat.	