

Huskekort til dokumentation i Cura

Der udarbejdes en sygeplejefaglig udredning på alle borgere, der forventes mere end 3 besøg

Genoplivning

Fravalg af genoplivningsforsøg (HLR) registreres i observationen "HLR". Hvis borger ønsker HLR skrives det under Helbredsoplysninger (Generelle oplysninger)

Samtykke – Habilitet og informeret samtykke

Der skal altid tages stilling til borgers habilitet. Benyt observationen "Habilit samtykke/værgemål".

Ved al kontakt til fx egen læge eller opstart af ny behandling/ydelse, skal borgeren give samtykke til dette og dette skal dokumenteres. *Ved kontakt til egen læge/samarbejdspartnere, start alle korrespondancer "Efter aftale med borger". Ved opstart af ny behandling/ydelse skal samtykke stå i handlingsanvisningen.*

Generelle oplysninger (se også tilhørende guide)

Generelle oplysninger skal løbende udfyldes med de informationer der fremkommer under udredning og øvrig dialog med borgeren. Kan udfyldes af alle.

Sygeplejetilstande SUL §138 (se også tilhørende guide)

Der skal altid være en sammenhæng mellem de Generelle oplysninger og Sygeplejetilstandene. Al medicinsk behandling skal fremgå af aktuelle Sygeplejetilstande. **Aktuel tilstand = *det er et problem*:** Borgeren **har** et helbredsproblem. Aktuelle tilstande **kan** føre til en ydelse.

Aktuelle sygeplejetilstande udfyldes med: (se også tilhørende guide)

Faglig vurdering:

- **Beskrivelse af tilstand:** Kort angivelse af hvordan problemet kommer til udtryk
- **Plan:** Plan for behandling samt vurdering af, om borger er velbehandlet. Referencerammer på værdier (BS/BT/Puls), kontroldatoer.
- **Behandlingsansvarlig:** den behandlingsansvarlige person/afdeling

Sidst vurderet: sætte automatisk til aktuelle dato

Opfølgning: Ved tilstand hvor der forventes en udvikling, vurderes opfølgningsdatoen individuelt.

Ved tilstande af permanent karakter, sættes opfølgningsdatoen til borgers fødselsdag.

Organisation: Den organisation der fremadrettet skal følge op på tilstanden.

Områdedokumentation = *der er risiko for at det bliver et problem*

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 = *det er ikke et problem*

Borgeren har ingen problemer på området og er ikke i særlig risiko.

Pleje og omsorgstilstande ÆL og SEL §83, §83a, §84 (se guide)

Aktuel tilstand: Beskriver borgers begrænsninger og behov for støtte. Aktuelle tilstande fører ALTID til en ydelse.

Aktuelle tilstande udfyldes med: (se også tilhørende guide)

Niveau: Vurdering af hvor godt borgeren klare sig selv og hvor meget hjælp der er brug for.

Forventet tilstand: Angiver det niveau/mål man ønsker at opnå.

Faglig vurdering:

- **Borgers begrænsninger:** Hvad har borger svært ved og hvordan kommer det til udtryk?
- **Plan:** Hvad har borgeren brug for hjælp til? Hvilke ydelser/forløb iværksættes.

Sidst vurderet: sætte automatisk til aktuelle dato

Opfølgning: Ved tilstand hvor der forventes udvikling vurderes opfølgningsdatoen individuelt. Ved tilstande af permanent karakter sættes opfølgningsdatoen til borgers fødselsdag tre år frem.

Organisation: Den organisation der fremadrettet skal følge op på tilstanden.

Områdedokumentation: Tilstande hvor der IKKE er en ydelse, f.eks. hvor pårørende varetager opgaven.

Ydelser

Alle ydelser **SKAL** være tilknytte en tilstand.

Der vurderes:

- Hvilken ydelse, tid og hyppighed
- Faggruppe med afsæt i kompetenceskema

Handlingsanvisninger (ALLE SUL, ÆL og SEL-ydelser) (se guide)

Alle ydelser - også engangsydelser - **SKAL** have en handlingsanvisning, der udførligt beskriver de handlinger, der skal foretages ved levering af ydelsen.

Faglige mål: Det faglige mål for ydelsen beskrives

Handlingsanvisning:

- **Borgers indsats/ressourcer**
- **Medarbejderens indsats/handling**
- **Særlig opmærksomhed**

Borgers samtykke til planen skal ALTID dokumenteres.

Husk link til VAR procedure. Opfølgningsdato følger ydelsen og må ikke ændres. Sidst vurderet dato sættes til dags dato når handlingsanvisningen tilrettes.

Besøgsplanen (Benyttes på plejehjem og bosteder) (se guide)

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.