

# Huskekort til dokumentation i Cura

## Genoplivning

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

## 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 det skal dokumenteres. Ved kontakt til egen læge/samarbejdspartnere, start alle korrespondancer "*Efter aftale med borger*". Ved opstart af ny behandling/ydelse skal informeret samtykke stå i handlingsanvisningen.

## Generelle oplysninger (se guide)

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

## Sygeplejetilstande SUL §138 (se 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, herunder borgers oplevelse. Referencerammer på værdier (BS/BT/Puls), kontrol datoer.
- **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 fødselsdato.

**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 ("øjet" LUKKES)***

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

## Sygeplejefaglig udredning

Der udarbejdes en sygeplejefaglig udredning på alle borgere, der forventes mere end 3 besøg. Se også instruks:

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

**Aktuel tilstand**: Beskriver borgerens 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 tilknyttet en tilstand.

**Der vurderes**: Hvilken ydelse, tid og hyppighed

## 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**: (se også tilhørende guide)

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

Borgeren skal informeres om planen og samtykke til dette. Informeret samtykke dokumenteres i handlingsanvisningen.

Husk link til VAR-procedure og særlig opmærksomhed på risikosituationslægemidler.

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

## Besøgsplanen (Benyttes på plejehjem og bosteder - se arbejdsgangsbeskrivelse)

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.

Nogle observationer skal **altid** udfyldes bl.a.: Adgangsforhold til boligen, smitterisiko, APV

## LMK – lokalt medicinkort

**Medicinsk CAVE**: udfyldes altid.

**Generelle medicinoplysninger**: Udfyldes altid med foretrukket apotek, data om medicinopbevaring, bestillings og leveringsoplysninger

## Versions styring

Version 4.0 indeholder præciseringer af informeret samtykke samt uddybning af feltet observationer.