



Odsherred Kommune

CURA ARBEJDSGANG FOR JOURNAL OPTAGELSE PÅ SIMPLE INDSATSER



Indhold

Hvem skal arbejde med dette i Cura	3
Definition af simpel indsats	3
Hvad skal udføres i Cura	4
Stamdata	4
Samtykke	4
Allergier	5
Netværk	5
Professionel kontakt.....	5
Om Borgeren	6
Generelle oplysninger	6
Helbredstilstande	6
Ydelser	6
Handlingsanvisninger	7

Ansvarlig: Stine Kinsbøl og Sara Wilken	
Revideret	07-03-2019
Version	1.0

Hvem skal arbejde med dette i Cura

Sygeplejersker og SSA der arbejder med Sundhedslovsydelser i Cura og hvilken dokumentation der skal være udfyldt ved den første kontakt med borger.

Definition af simpel indsats

En SUL ydelse der forventes afsluttes inden for 2-3 uger og med en simpel indsats som f.eks. øjendrypning eller en simpel ukompliceret sårpleje. Det er dog altid ud fra en faglig individuel konkret vurdering, der tages stilling til om der er tale om simpel indsats.

Borger har sygdomsindsigt og forståelse for behandlingsforløbet, står selv for alle kontroller og kontakt til behandlende læger.

Når der er tale om simpel indsats kan journal optagelse udføres som beskrevet i denne arbejdsgang, ellers henvises der til:

<http://patientsikkerhed.odsherred.bellcom.dk/sites/patientsikkerhed.odsherred.bellcom.dk/files/Cura%20arbejdsgang%20for%20journaloptagelse%20SUL.pdf>

Hvad skal udføres i Cura

Når sygeplejerske er på første besøg oprettes Observationen "Sygeplejefaglig udredning" og kan bruges som guide om, hvor langt man er og samt skrive i Resumé om hvad borger kommer/udskrives med og hvad man vurderer der er behov for. Observationen kan bruges fortløbende, så man kan dokumentere videre i den, ved at klikke på "tegnestift" så ligger den på eget overblik indtil man er færdig med den og den gemmes. Den kan ses af alle i borgers journal selvom der er "tegnestift" på, under observationer og andre kan også færdiggøre den, ved at finde observationen og fortsætte. Der laves sygeplejefaglig udredning ydelse Vol. 1 Vol. 2 osv. Indtil journal er udfyldt hvis der er behov for dette.

Der beskrives kort om at borger står for alt kontakt til egen læge og evt. øjenlæge, står selv for medicin og opfølgninger på dette, undtagen øjendryp fordi borger ikke selv kan dryppe pga. F.eks. gigt. Alt medicin overføres, der vælges administreres af "borger/pårørende" på de præparater som vi ikke håndterer.

Stamdata

På fanes stamdata skal nedenstående udfyldes

Samtykke

Samtykkeerklæring oprettes med at til vælge 6 samtykker, så vi kan have lovmedholdelighed til at have borger i behandling.

Se evt. hvordan dette gøres i cura:

http://patientsikkerhed.odsherred.bellcom.dk/sites/patientsikkerhed.odsherred.bellcom.dk/files/dt_cura_samtykke_sep_2018.pdf

- **Undersøgelse og/eller behandling**
Skal udfyldes i generelle vendinger, når man modtager patient. Man skal huske at ved opstart af ny behandling i hjemmet, skal der igen gives samtykke til opstart af behandling
- **Indhentning af oplysninger til anden myndighed (Egen læge, special læge, sygehus)**
Skal udfyldes i generelle vendinger, når man modtager patient. Man skal huske at ved kontakt til alle samarbejdspartnere skal der stå i korrespondance eller i relevant tilstand, at borger har givet samtykke til kontakt i den konkrete situation.
- **Videregivelse af oplysninger til anden myndighed (Egen læge, special læge mm)**
Skal udfyldes i generelle vendinger, når man modtager patient. Man skal huske at ved kontakt til alle samarbejdspartnere skal der stå i korrespondance eller i relevant tilstand, at borger i den konkrete situation har givet samtykke til kontakt.
- **Indhentning af oplysninger hos pårørende**
Skal altid udfyldes med de pårørende der må kontaktes og i hvilke situationer der skal tages kontakt.
- **Videregivelse af oplysninger til pårørende**
Skal altid udfyldes med de pårørende der må kontaktes og i hvilke situationer de skal kontaktes, ved f.eks. indlæggelse, hvad aftale er der lavet.
- **Varetagelse af helbredsmæssige beslutninger**
Skal altid udfyldes om hvor vidt borger er habil, delvis habil eller ikke habil og hvis borger er delvis eller inhabil, skal der beskrives i hvilket omfang og hvem der så kan varetage deres beslutninger eller være med til at varetage deres beslutninger.

Eks. Borger der er hukommelsessvækket, men kan sige ja og nej til kontakt til egen læge eller ved opstart af behandlinger, men ved besøg f.eks. ved egen læge eller ambulatorier har behov for datter deltager, beskrives dette i samtykket.

Hvis borger har økonomisk værge skal dette selvfølgelig skrives i samtykke, for hvem der står for det samt i hvilket omfang.

For hver gang der tages kontakt til andre myndigheder, pårørende eller der op startes en ny behandling hvor en læge ikke har informeret eller spurgt om samtykke til behandling, skal det dokumenteres i helbredstilstand som tilknytter sig til henvendelse.

f.eks.

Beskrivelse af tilstand *

Borger har sviend ved vandl. Temp. 38, urin stiks + leu og + nitrit

Årsagsfritekst

Årsagsdiagnose TILFØJ DIAGNOSE

Årsagstilstand

Borgers ønske / mål

Faglig vurdering / plan *

Efter aftale med borger tages kontakt til vagtlægen
Vagtlæge ord. Selexid på mistanke om UVI
Borger er inf. om Selexid behandling skal opstarte, borger har bedt mig ringe til datter, der henter det d.d. og vil ringe når det er i hjemmet, så vi kan komme og dosere det. Der er lavet opfølgning/ekstra besøg til om 2 dage, for at hører til tilstand hos fast SSH eller ved besøg.

Forventet tilstand (mål) *

At borger er feberfri og ingen sviend ved vandl. og færdig behandlet for UVI

Samtykke til at kontakte anden myndighed/samarbejdspartner

Samtykke til undersøgelse/behandling

Samtykke til at kontakte pårørende

Man har herved dokumenteret samtykker i den givne situation, man kan ikke få generelle samtykker der gældende over længere tid, det er i de enkelte situationer der skal dokumenteres.

Allergier skal registreres

Netværk

Pårørende skal oprettes med navn og telefon nr., hvis borger har givet tilladelse til det. Husk at spørge hvem der skal være primær kontakt af pårørende og sætte flueben på denne så det fremgår i journal.

Professionel kontakt

Oprettes med navn og telefon nr., hvis borger er tilknyttet f.eks. et ambulatorium.

Om Borgeren

Oprettes tilknytning på af leverandører og hvilket apotek der er foretrukket.
Der skal altid tilknyttes ”myndighed” som første leverandør

Generelle oplysninger

Skrives der under helbredsoplysninger, i punktform hvad borger har af sygdomme og tidligere sygdomme, der skrives borger selv har kontakt og kontrol med egen medicin eller henvises til observation sygeplejefaglig udredning.

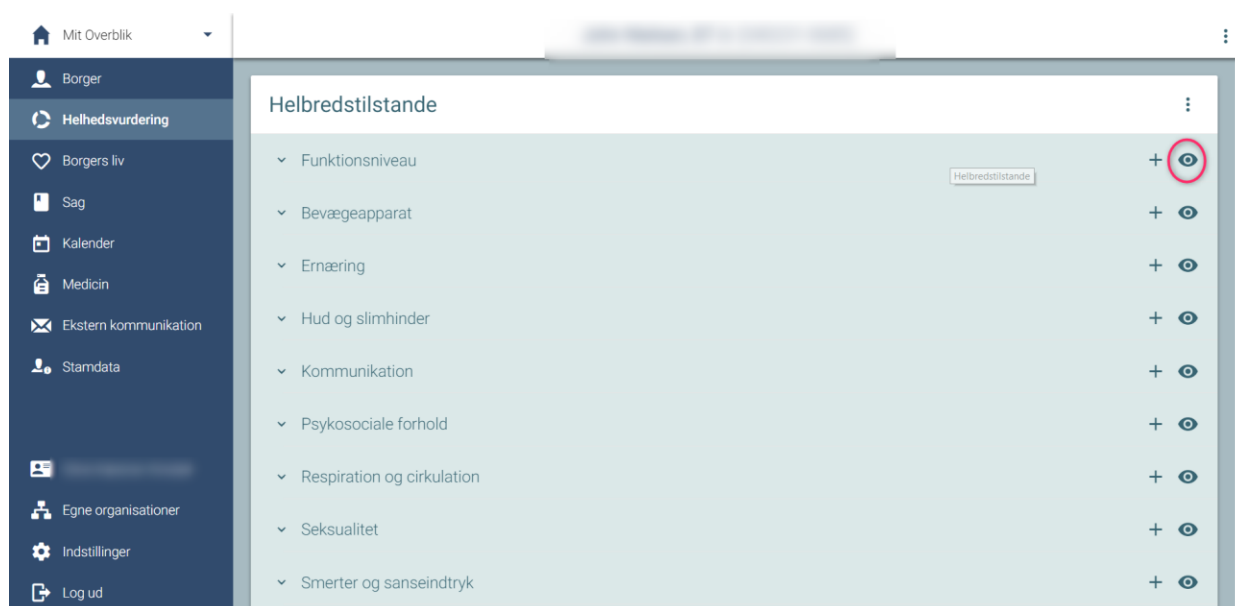
Lokalt medicinkort

Der skrives i ”generelle medicinoplysninger” at borger selv administrere medicin, vi varetager f.eks. øjendryp.

Helbredstilstande

Åbnes kun de relevante problemer f.eks. ”problemer med syn” og ”problemer med mobilitet og bevægelse” hvis det er pga. gigt at vi kommer til øjendryp samt potentielle problemer.

Resten ”øjes ud” fordi vi, i sygeplejefaglig vurdering, har beskrevet, hvorfor det ikke ses for relevant at beskrive alle helbredstilstande i forhold til den simple indsats vi skal udføre.



Ydelser

Alle ydelser skal være relateret til en tilstand ellers er ydelsen ikke relevant.
Der skal en tilføjes en ydelse til tilstanden eller sættes en relateret ydelse på.



Handlingsanvisninger

Handlingsanvisning skal **ALTID** være beskrevet ved alle ydelser der er relateret til en tilstand. En handlingsanvisning skal være præciseret i forhold til ydelsen i hjemmet.

Det gælder i høj grad også ved uddelegerede ydelser.

Vigtigt ved f.eks. øjendryp, hvor der kan være 2 præparater og det ene skal dryppes før det andet. Det skal beskrives så det ikke kan misforstås.

Når ydelse afsluttes, skal journal afsluttes korrekt. Når arbejdsgang for dette er lavet, henvises der til denne her.

