

Sygeplejefaglig udredning / Helbredstilstande

Udredes i samarbejde med borger - alternativt med pårørende/samarbejdspartnere.

Hvornår laves en sygeplejefaglig udredning:

- Ved **første** kontakt med den kommunale sygepleje, plejecenter, midlertidige pladser eller akutpladser
- Ved væsentlig ændret funktionsevnetilstand / helbredstilstand.
- Ved **udskrivning fra hospital med ændret funktionsevnetilstand** / helbredstilstand.
- Revideres som minimum x 1 årligt.

Beskrivelse af hvilke helbredsproblemer der kan ligge under de forskellige helbredstilstande

[Findes under sd.skive.dk → Fællessprog 3 -> Helbredstilstande -> sygeplejefaglig udredning](#)

Sygeplejersken forholder sig til de 12 sygeplejefaglige problemområder (de 44 tilstande) + udfylder "Generelle oplysninger" med særlig fokus på "helbredsoplysninger".

[Hjælp til udfyldelse af Generelle oplysninger findes på sd.skive.dk -> Fællessprog 3 -> sådan oprettes journalen.](#)

Man kan med fordel tage udgangspunkt i borgers medicin – alt medicinsk behandling dokumenteres som **aktuelle** eller **potentielle** tilstande.

Aktuelle tilstande: udløser en sygeplejeindsats

I det "faglige notat" beskrives:

PÅS (problem, årsag, symptomer), hvem er behandlingsansvarlig læge, hvor ofte/hvornår er der kontrol, hvilken sygeplejeopgave skal vi varetage og borgerens samtykke til at vi varetager opgaven.

Nuværende - og forventet tilstand + fagligt notat udfyldes og gemmes som "Aktiv".

Potentielle tilstande: tilstande vi skal være bekendt med, men som endnu ikke udløser en sygeplejeindsats.

I det "faglige notat" beskrives: PÅS (problem, årsag, symptomer), hvem er behandlingsansvarlig læge, hvor ofte/hvornår er der kontrol.

Det Faglige notat udfyldes og gemmes som "Potentiel".

Ikke aktuelle tilstande gemmes som "Ikke relevant"

Borgers vurdering – udfyldes på de aktuelle tilstande m. borgers egen ord.

Ved første kontakt med sygeplejen og ved revision x 1 årligt angives på borger:

BT og puls

Vægt og evt. BMI

SAT og respirationsfrekvens (hvis relevant)

Struktureret opfølgning på delegeret sygepleje/sygepleje

Formålet med struktureret opfølgning er, at **sygeplejersken** løbende evaluerer på igangsatte sygeplejeindsatser inkl. de delegerede sygeplejeindsatser.

En struktureret opfølgning kan foregå:

- I direkte kontakt med borgeren
- Som en administrativ opfølgning

Hvad ligger der i en struktureret opfølgning:

- (Re) vurdering af borgerens tilstand – er borgerens tilstand opdateret?
- Har vi opnået den forventede tilstand?
- Er sygeplejeindsatsen fortsat aktuel, kan den afsluttes, ændres i frekvens eller er der anden løsning?
- Kan borgeren oplæres i selv at varetage dele af eller hele opgaven?
- Er klinik en mulighed?

Efter gennemgang af punkterne:

- Sikres opdatering af Tilstand, indsatsmål, handlingsanvisning.
 - Sikre at der er sammenhæng mellem tilstand (problemet), indsatser og handlingsanvisninger.
 - Udføres sygeplejeindsatserne jf. gældende instrukser
-
- Sygeplejersken sender en **OPGAVE** til teamkoordinator omkring eventuelle ændringer til den konkrete sygeplejeindsats.