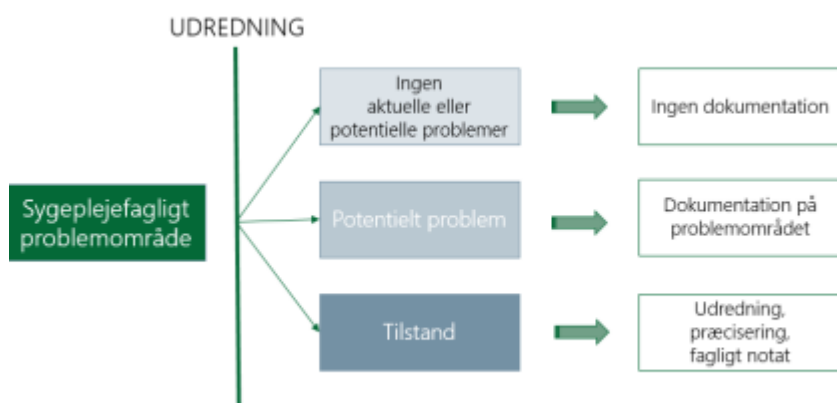


Guideline til 1. gangsbesøg i sygeplejen/ sygeplejefaglig udredning:

- 1. gangsbesøg udføres altid kun af sygeplejersker.
- Udføres hos:
 - Alle nye borgere i sygeplejen
 - Borgere, der er ny udskrevne efter hospitalsindlæggelse
 - Borgere, hvor der er væsentlige ændringer i helbredstilstanden eller uafklaret sundhedssituation.
- Når plejeforløbsplanen modtages, oprettes 1. gangsbesøget til dagen efter udskrivelse.
- Afsæt 60 min. til samtale og dokumentation samt tid til selve ydelsen ex. tid til sårpleje eller medicindosering.
- Lav en systematisk sygeplejefaglig udredning, hvor der tages stilling til de 12 sygeplejefaglige problemområder; hvad er aktuel problemstilling, hvad er potentiel og hvad er ikke relevant. Laves direkte fra "Tilstandsoverblikket"
- Beskriv problemstillingerne i det faglige notat på de enkelte helbredstilstande. Husk at præcisere tilstande: nuværende vurdering og forventet vurdering.
- Vurdér om der er behov for hjælp i serviceloven. Opret relevante funktionsevnetilstande med fagligt notat og send en opgave til visitationen om anmodning af hjælpen.
- Vurder, om der er behov for hjælpemidler, nødkald eller Bekey.
- Vurder, om der er behov for kontakt til andre samarbejdspartnere som; demenskonsulent, KOL-sygeplejerske, kontinenslinik osv. Send opgave hvis der er behov for yderlig udredning
- Vurder, om der er behov for træning.
- Dokumenter helbredsoplysninger/sygdomsanamnese under "Generelle oplysninger" og hvem der er behandlingsansvarlige læger. Gerne i punktform.
- Medicingennemgang med borger, hvis vi skal håndtere borgerens medicin. Aktuel behandling og virkning. Vær opmærksom på, om medicinen giver sygeplejefaglige problemstillinger, der skal beskrives under potentielle tilstande. Ex smertebehandling, blodtryksmedicin, blodfortyndende behandling med eliquis, laksantia. Der skal være sammenhæng mellem medicin, helbredsoplysninger og helbredstilstande.
- Planlæg opsøgende/opfølgende(se instruks) hjemmebesøg med læge hvis behov.
- Gennemgang af relevant opfølgning; amb. kontrol, kontrol hos egen læge, aftaler om blodprøver, kørsel, behov for ledsagelse.
- Udfør evt TOBS og vægt, dokumenter værdierne.
- Opret relevante SUL-indsatser under de aktuelle helbredstilstande samt tilknyt handlingsanvisninger.
- Lav opgaven: "opfølgning på forventet tilstand/indsats" til teamet med opfølgning på relevante tilstande (forventet tilstand)

- Hvis der skal delegeres indsatser til hjælpe teamet; bestil relevante delegerede indsatser til området (Stranden, Vester, Øster) Husk handlingsanvisning og opfølgende opgave til sygeplejeteamet(revurdering)
- Vurder Triagefarve og opret Triageskema under Tidlig indsats, hvis det er relevant.
- Vurder om der er behov for Tidlig indsat 10x10 min. og bestil dem til hjælpe teamet
- Fremlæg borgeren i hjælpe teamet, hvis de også er inde over især ved risikositueret medicin og komplekse problemstillinger.
- Inddrag assistenten, hvis der er opgaver, der skal overdrages.
- Skriv et kort resumé af 1.gangsbesøget i Samlet faglig vurdering. Hvad er der aftalt? Afventes der svar fra læge? Samt andet, der kunne være relevant at vide for bla plejegruppen eller andre samarbejdspartnere.



Husk opfølgning på alle aktuelle tilstande.
Med præcisering menes nuværende og forventet vurdering.