

# Retningslinie vedr. udarbejdelse og fremsendelse af tværfaglig status

## Formål

Formålet med denne retningslinie er at præcisere korrekt procedure i forbindelse med udarbejdelse af tværfaglig status.

## Målgruppe

Målgruppen for denne retningslinie er kliniske medarbejdere i det nære team (sygeplejersker, sosu-assistenten, ergoterapeuter, fysioterapeuter, neuropædagoger), neuropsykologer, logopæder og socialrådgivere, lægesekretærer, læger og afsnitsledere på RHN.

## Definition af begreber

Tværfaglig status er et tværfagligt elektroniske dokument, som anvendes

- som redskab til at vurdere og beskrive patienternes funktionsevne, samt
- til beskrivelse af patienternes status ved udskrivning med henblik på at formidle informationer til de instanser og fagpersoner, som involveres i patientens videre rehabilitering; dette som led i en god udskrivning og med henblik på at bidrage til et sammenhængende forløb for patienterne.

ICF - International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand udgør den teoretiske ramme for tværfaglig status.

I ICF perspektiv ses den enkelte persons funktionsevne ud fra en helhedsvurdering og ud fra et dynamisk samspil mellem ICF's enkelte komponenter, som er "kroppens funktioner og anatomi", "aktiviteter og deltagelse", samt "omgivelsesfaktorer" og "personlige faktorer". ICF har et standardiseret sprog, hvor termerne er klar defineret, hvilket giver en fælles forståelse og en fælles begrebsramme til udarbejdelse af status (1, 2).

## Fremgangsmåde

### Oprettelse

Tværfaglig status oprettes på alle patienter ved indlæggelse på RHN. Oprettelsen foretages af lægesekretærene og foregår i HN dokumenter. Ved oprettelsen udfylder lægesekretærene punkterne 1a, 2b samt 3a og b.

### Udarbejdelse

Tværfaglig status påbegyndes første gang sammen med relevante scoringer senest 3. dag efter indlæggelsen. Udarbejdelsen sker på baggrund af de enkelte fagpersoners observationer og undersøgelser, tværfaglige scoringer, journaloplysninger, samt patientens og/eller pårørendes oplysninger.

Dokumentet fungerer som et tværfagligt redskab til at danne overblik over patientens funktionsevne ved indlæggelse. Tværfaglig status anvendes sammen med patientens/ pårørendes fokuspunkter som udgangspunkt for udarbejdelse af patientens rehabiliteringsplan og skal foreligge før udarbejdelse af denne. Ved behov laves en foreløbig rehabiliteringsplan før tværfaglig status er færdig.

Det er patientens nære team, som udarbejder tværfaglig status. Undtagelserne herfra er at:

- lægen udarbejder pkt 4. "Helbredstilstand".
- neuropsykologen skriver sin status under pkt 8a, "Mentale funktioner". Dette gælder alle items af Mentale Funktioner med undtagelse af Bevidsthedstilstand og Søvn.
- logopæden skriver sin status under pkt 8a, Stemme og Tale, samt pkt 8b, Kommunikation. Det nære team - specielt ergoterapeuten - kan også beskrive patientens funktionsevne vedr. kommunikation. De to faggruppers beskrivelser adskilles i status, således at det fremgår, hvem der er ansvarlig.

Ved indlæggelse påbegyndes punkterne 5, 6, 7, samt relevante items under 8a, b og c.

Udarbejdelsen sker jf. vejledninger til de enkelte punkter samt vejledninger og definitioner til ICF-items under pkt 8a,b og c. Vejledninger og definitioner er tilgængelige for medarbejderen i skabelonen til tværfaglig status i HN dokumenter, og kan klikkes frem ved behov.

#### Ajourføring

Tværfaglig status udarbejdes med mellemrum under patientens indlæggelse på RHN. Hver ny tværfaglig status bygger videre på den foregående, og er således en ajourføring i forhold til patientens aktuelle funktionsevne. Tidsrummet mellem ajourføringer besluttet af det enkelte afsnit og tilpasses afsnittets opgave og patientgruppe.

Ajourføring sker jf. vejledninger til de enkelte punkter samt vejledninger og definitioner til ICF-items under pkt 8a,b og c.

Ved intern overflytning på RHN mellem klinikker eller mellem afsnit følger tværfaglige status patienten, således at det nære team på patientens nye afsnit skriver videre i den udarbejdede status. Ved intern overflytning arkiverer lægesekretæren elektronisk kopi af nyeste udgave af tværfaglig status.

#### Færdiggørelse

Før udskrivning af patienten fra RHN til videre rehabilitering i kommunalt regi (udskrivning til eget hjem, kommunale genoptræningspladser, plejehjem o.l.) eller regionalt regi (udskrivning til andet sygehus, regional bo- og rehabiliteringsinstitution) færdiggøres tværfaglig status.

Færdiggørelsen sker jf. vejledninger til de enkelte punkter samt vejledninger og definitioner til ICF-items under pkt 8a,b og c.

Dato for færdiggørelse af status aftales på tværfaglig konference. Af hensyn til muligheden for at gennemgå tværfaglig status med patient og/eller pårørende er det hensigtsmæssigt, at den ligger færdig senest 2 dage før udskrivningsdagen.

Patientens kontaktperson (eller evt. et andet teammedlem) udleverer og gennemgår status med patient og/eller pårørende. Dette dokumenteres under pkt.13c

Hvis patienten har et lægefagligt begrundet behov for videre ergoterapeutisk eller fysioterapeutisk genoptræning udskrives vedkommende med en genoptræningsplan (Se Retningslinie vedr. udarbejdelse og fremsendelse af genoptræningsplaner). Dette dokumenteres under pkt 13c

Alle medarbejdere som bidrager til tværfaglig status er ansvarlige for færdiggørelse til den aftalte dato. Dette gælder også for færdiggørelse af medfølgende dokumenter.

Ved behov kan en afsnitsleder gennemlæse tværfaglig status før fremsendelse.

#### Fremsendelse

Patientens kontaktperson (eller evt. et andet teammedlem) giver besked til lægesekretæren, når tværfaglig status er klar til fremsendelse.

Sammen med tværfaglig status sendes:

- evt. medfølgende dokumenter (fremgår af pkt 13b)
- evt genoptræningsplan eller kopi af genoptræningsplan (fremgår af pkt 13c)
- følgebrev om genoptræningsplan og tværfaglig status, hvis der medsendes genoptræningsplan. Følgebrevet tilføjes modtagers navn og adresse (Se også Retningslinie vedr. udarbejdelse og fremsendelse af genoptræningsplaner). Følgebrevet findes på W-drev under Fælles\Tværfaglig Status\Følgebrev til genoptræningsplan og tværfaglig status

Medfølgende dokument kan evt eftersendes af den ansvarlige fagperson, hvis det ikke er færdig ved fremsendelse af tværfaglig status.

Tværfaglig status sendes til de personer/institutioner, som er noteret under pkt 13c "Sendt til". Det skal fremgå af pkt 13c at samtykkeerklæring A1 vedr. tilladelse til at sende kopi af statusrapporten til rette vedkommende er udfyldt.

Lægeseekretæren skriver dato for fremsendelse samt egne initialer nederst på sidste side før fremsendelsen og før kopiering til journal

### **Dokumentation**

Efter udarbejdelse af tværfaglig status efter indlæggelse og efter hver ajourføring tager kontaktpersonen (eller evt. et andet teammedlem) kopi af status, som sættes i patientens journal under faneblad 1."Epikriser", samt i patientmappen under faneblad 5, "Rehabiliteringsplan og Funktionsevneoversigt".

Før fremsendelse tager lægesekretæren kopi af status, som sættes i patientens journal under fanebladet "Epikriser". Lægeseekretæren arkiverer endvidere elektronisk kopi af tværfaglig status.

### **Ansvar**

Det overordnede ansvar for udarbejdelse og fremsendelse af tværfaglig status er placeret hos afdelingslederne, afdelingslæger samt ledere for andre involverede faggrupper end kliniske medarbejdere i afsnittene. Ansvar uddelegeres således at:

- Ansvar for oprettelse af tværfaglig status påhviler lægesekretærerne
- Ansvar for udarbejdelse, ajourføring og færdiggørelse af tværfaglig status er placeret hos patientens nære team, med undtagelse af
  - Diagnose og helbredstilstand (pkt 4), som lægerne har ansvaret for
  - Mentale Funktioner (under pkt 8a), som neuropsykologerne er ansvarlige for
  - Stemme og Tale (under pkt 8a) og Kommunikation (under pkt 8b), som logopæderne er ansvarlige for.
- Ansvar for fremsendelse af tværfaglig status ved udskrivning er placeret hos lægesekretærerne.

### **Referencer**

1. Sundhedsstyrelsen, Gunnar Schøler, Thora Dahl (red) (2003) ICF, International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. Munksgård
2. MarselisborgCentret (2003), ICF – den danske vejledning og eksempler fra praksis. [www.marselisborgcentret.dk](http://www.marselisborgcentret.dk)