



Kronisk sygdom - Instruks	
Formål:	<ul style="list-style-type: none">• At borgernes behov for undersøgelse, behandling og sygepleje tilgodeses i forbindelse med kroniske sygdomme, og iværksættelse af handlinger i forbindelse med forværring heraf.
Gældende for:	<ul style="list-style-type: none">• Plejepersonale i Sundhed og Omsorg
Fremgangsmåde:	<ul style="list-style-type: none">• Oplysninger om borgers sygdomme og funktionsnedsættelser kan indhentes via borgeren, pårørende, journal og medicinskema. Dokumentation af dette skal indeholde en beskrivelse af de aftaler om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og funktionsnedsættelser, som er indgået med de behandlingsansvarlige læger. Denne beskrivelse skal revideres ved ændringer i patienternes tilstand og/eller ændring af aftalerne.• Oversigten over sygdomme og funktionsnedsættelser føres under helbredsoplysninger i skemaet "Generelle oplysninger". Der tilstræbes at dokumentationen føres i punktform.
Særligt for plejebolig	<ul style="list-style-type: none">• Ved indflytning i plejebolig indhenter kontaktperson (social- og sundhedsassistent eller sygeplejerske) oplysninger om kroniske sygdomme og handicap fra relevante samarbejdspartnere.• Ved indflytning i plejebolig kontaktes egen læge vedr. opgavefordeling omkring observationer og kontrol ved kroniske sygdomme og funktionsnedsættelser. Dokumenteres i helbredsoplysninger. Der kan indhentes en status attest (se Instruks for samarbejde med praktiserende læge)• Ved indflytning i plejebolig oplyses borger om mulighed for oprettelse af plejetestamente. Der henvises til borger.dk
Ved forværring af kronisk tilstand	<ul style="list-style-type: none">• Samtale med borgeren og eventuel pårørende om situationen.• Afklaring af hvem der tager kontakt til den praktiserende læge. Der skal indhentes samtykke fra borgeren, hvis plejepersonale forestår kontakten til lægen• Egen læge kontaktes med henblik på:<ul style="list-style-type: none">- Orientering om borgerens almene tilstand- Orientering om borgerens ønsker- Stillingtagen til behandling.• Det aftalte dokumenteres i de sygeplejefaglige optegnelser i omsorgsnotat eller handleplan
Hvis borgeren ikke ønsker livsforlængende behandling:	<ul style="list-style-type: none">• Vær opmærksom på, om borgeren har juridisk bindende livstestamente. Dokumenteres på "supplerende stamoplysninger"• Oplysninger om behandlingstestamente findes på sundhed.dk



	<ul style="list-style-type: none">• Der henvises til "Vejledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling, uden for sygehuse
Gældende fra Revisionsdato:	Januar 2017 Januar 2022
Udarbejdet af: Godkendt af:	Udviklingskonsulent Aniette Weibrecht Styregruppe for Instrukser
Referenceramme: Lovgrundlag:	Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), VEJ nr. 115 af 11. december 2009 Bekendtgørelse om behandlingstestamenter https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=205086