

Udskrivningsstatus

Dokumentation i 'Udskrivningsstatus' anvendes som en metode til at holde overblik over patientens indlæggelsesforløb. En løbende opdateret 'Udskrivningsstatus' er en forudsætning for korrekt dokumentation i udskrivningsprocessen. 'Udskrivningsstatus' udfyldes altid **før** Plejeforløbsplanen og Udskrivningsrapporten. Beskriv problematikken/undgå løsningsforslag.

'Udskrivningsstatus' findes i AUH Fælles Journal.

101000-61B0 - Inge Binge - Opret resultat

Udskrivningsstatus mere ▼

☐ Kort resumé af indlæggelsesforløbet mere ▼

☐ Aftaler efter udskrivelsen mere ▼

☐ Funktionsevnevurdering mere ▼

Vaske sig: 0 1 2 3 4 9

Af- og påklædning: 0 1 2 3 4 9

Gå på toilettet: 0 1 2 3 4 9

Forflytte sig: 0 1 2 3 4 9

Færdes i forskellige omgivelser: 0 1 2 3 4 9

Drikke: 0 1 2 3 4 9

Spise: 0 1 2 3 4 9

☐ Funktion og færdigheder. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼

Beskrivelse:

☐ Ernæring. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼

Beskrivelse:

☐ Hud og slimhinder. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼

Beskrivelse:

☐ Kommunikation. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼

Beskrivelse:

☐ Psykosocialt. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼

Beskrivelse:

☐ Respiration og cirkulation. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼

Beskrivelse:

☐ Seksualitet. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼

Beskrivelse:

☐ Smerte og sanseindtryk. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼

Beskrivelse:

☐ Søvn og hvile. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼

Beskrivelse:

☐ Viden og udvikling. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼

Beskrivelse:

☐ Udskillelser. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼

Beskrivelse:

I 'Udskrivningsstatus' kan du dokumentere indlæggelsesforløbet og status inden for de sygeplejefaglige behovsområder. Det er en fordel, allerede fra modtagelse af patienten, samt løbende, at notere i 'Udskrivningsstatus'.

Kort resumé af indlæggelsesforløbet og Aftaler efter udskrivelsen

Noter løbende i felterne 'Kort resumé af indlæggelsesforløbet' og 'Aftaler efter udskrivelsen'.

- Indlæggelsesforløb
- Relevante undersøgelser og behandlinger
- Plejetiltag/planer mv.

Eksempel:

☒ **Kort resumé af indlæggelsesforløbet** mere ▼

RESUMÉET SKAL INDEHOLDE:

- Dato for og årsag til indlæggelse.
- Dato for operation, modtaget behandling og diverse undersøgelser.
- Dato for udskrivelse og hvad der udskrives til.

EKSEMPEL:

01.01.24: Indlægges akut med konfusion, styringsbesvær af ve. side samt hovedpine. Skanning af hjernen viser en subdural blodansamling, der udtømmes ved operation.

03.01.24: Febrilia pga UVI. IV AB opstartes.

06.01.24: IV AB afsluttes. Udskrivelse til eget hjem med opstart af hjemmehjælp samt genoptræningsplan lavet ved fys og ergo.

☒ **Aftaler efter udskrivelsen** mere ▼

Relevante aftaler som primær bør have kendskab til noteres her.

Funktionsevnevurdering

'Funktionsevnevurderingen' er en del af 'Udskrivningsstatus' og beskriver patientens forventede funktionsevne ved udskrivelsen. I 'Funktionsevnevurderingen' dokumenteres, hvordan og i hvilket omfang hjælpen ydes til patienten, samt patientens ressourcer og begrænsninger i denne forbindelse, fx ved svimmelhed, nedsat egenomsorg, nedsat hukommelse. Særlig vigtigt er beskrivelse af mobilitet, forflytning og toiletbesøg og behovet for hjælpemidler.

HUSK: Kommunens visitation visiterer hjælpen ud fra beskrivelserne.

Hjemmehjælpen skal kunne pleje patienten ud fra beskrivelsen både dag, aften og nat.

Hvert felt/aktivitet udfyldes med prosatekst og point score. Det er vigtigt, at man beskriver:

- Aktiviteten og patientens behov for hjælp, og ikke kun scorer med point.
- Hvad hjælpen fra personalet består i (prosatekst).

Ved at holde musen/curseren over tallene, fremkommer en tekst, som beskriver den valgte score.

Funktionsevnevurderingen kan udfyldes i samarbejde med ergo- og fysioterapeuter. Benyt gerne deres journalnotater til udarbejdelsen.

Indholdet fra 'Udskrivningsstatus' kan hentes direkte ind i en 'Plejeforløbsplan' og/eller 'Udskrivningsrapport' via , dog skal 'Funktionsevnevurderingen' hentes ind ved at klikke på



Eksempel:

☒ Funktionsevnevurdering mere ▼	
Vaske sig:	0 1 2 3 4 9 BESKRIV ALLE PLEJEOPGAVER IFT AT VASKE SIG: Bad (siddende/stående) Personlig pleje (øvre, nedre) Barbere sig (Skraber, barbermaskine) Børste tænder Rede/sætte hår BESKRIV EVT. PROBLEMER DER HAR BETYDNING FOR UDFØRELSEN: Fx rækkefølge, udtrætning, svimmelhed, mm. Henvi til uddybning af sygeplejeproblematik under "Funktion og færdigheder".
Af- og påklædning:	0 1 2 3 4 9 BESKRIV ALLE PLEJEOPGAVER IFT AF- OG PÅKLÆDNING: Hjælp til øvre dele? (BH, top, bluse) Hjælp til nedre dele? (Bukser, strømper, underbukser, sko) Knapper, lynlåse? Hjælp til støttestrømper? BESKRIV EVT. PROBLEMER DER HAR BETYDNING FOR UDFØRELSEN: Fx rækkefølge, at skifte tøj i løbet af dagen, valg af rette tøj i forhold til vejr, mm. Henvi til uddybning af sygeplejeproblematik under "Funktion og færdigheder".
Gå på toiletet:	0 1 2 3 4 9 BESKRIV ALLE PLEJEOPGAVER IFT AT GÅ PÅ TOILETET: Hvilken hjælp og hvor mange gange dgl? Mobilisering/forflytning til toiletet Løsne/lukke for tøjet, og undgå tilnavnsning heraf Kan pt soignere sig selv? Kan pt benytte kolbe, bækken el. bækkenstol? (Husk at notér om pt selv kan tømme og rengøre disse også) BESKRIV EVT. PROBLEMER DER HAR BETYDNING FOR UDFØRELSEN: Fx kan pt sige til ved behov (Ved at trække i en snor, eller ringe til et tif.)? Er der behov for opsyn af sikkerhedsmæssige årsager? Hvordan foregår det om natten? Henvi til uddybning af sygeplejeproblematik under "Funktion og færdigheder" og/eller "Udskillelse".
Forflytte sig:	0 1 2 3 4 9 BESKRIV ALLE PLEJEOPGAVER IFT AT FORFLYTTES SIG: Hvilken hjælp, hvor mange personaler og hvor mange gange dgl? Hvordan foregår forflytninger fra/til seng/stol? Og er der fx stand/gangfunktion med/uden hjælpemidler? Kan pt selv håndtere et evt. hjælpemiddel hertil? Fx kan pt selv placere kørestolen hensigtsmæssigt og forflytte sig retur i seng? Har pt brug for hjælp til vendinger i seng. Også om natten? Husk at anføre hyppighed. Henvi til uddybning af sygeplejeproblematik under "Funktion og færdigheder".
Færdes i forskellige omgivelser:	0 1 2 3 4 9 BESKRIV ALLE PLEJEOPGAVER IFT AT FÆRDES I FORSKELLIGE OMGIVELSER: Kan pt selvstændigt transportere sig til/fra en Sundhedsklinik? Hjælp til sårpleje, medicindispensering, eller lignende vil kunne varetages her. Hvordan færdes pt i sin bolig og evt. med hjælpemidler? Er der begrænsninger i omgivelserne? Kan pt selv komme rundt med kørestol/rollator? Hvis pt vurderes til at kunne færdes udenfor, hvordan er dennes orientering i kendte og ukendte omgivelser? OBS: Det forventes ikke at vi kender til boligforhold mm., men spørg pt og pårørende. Husk at anføre kilden til oplysningerne. Henvi til uddybning af sygeplejeproblematik under "Funktion og færdigheder" og/eller "Psykosocialt".

Spise:	0 1 2 3 4 9
BESKRIV ALLE PLEJEOPGAVER IFT AT SPISE: Hvilken hjælp og hvor mange gange dgl? Kan pt selvstændigt finde madvarer frem fra køleskabet/gå i køkkenet, anrette/varme mad, bruge mikroovn eller lignende? Kan pt selvstændigt udskære/smøre sin mad? Kan pt selvstændigt spise sit måltid, hvis et personale har anrettet dette? Er der særlige behov under måltidet? Fx ro/afskærmning eller et personale tilstede til strukturering? Bruges der hjælpemidler? Fx fortykket bestik, tallerken med kant? _____ Henvis til uddybning af sygeplejeproblematik under "Funktion og færdigheder" og/eller "Ernæring".	
Drikke:	0 1 2 3 4 9
BESKRIV ALLE PLEJEOPGAVER IFT AT DRIKKE: Hvilken hjælp og hvor mange gange dgl? Kan pt selvstændigt finde drikkevarer frem, evt. åbne disse og holde styr på sin væskebalance? Kan pt selvstændigt drikke fremsatte drikkevarer? Bruger pt hjælpemidler? Fx. en tudekop, sugerør eller andet? _____ Henvis til uddybning af sygeplejeproblematik under "Funktion og færdigheder" og/eller "Ernæring".	

Sygeplejefaglige problemområder

Beskrivelserne under nedenstående sygeplejefaglige problemområder er målrettet sygeplejersker og terapeuter i primær.

- Aktuelle samt ændrede sygeplejefaglige problemområder beskrives.
- Tidligere sygeplejefaglige problemområder beskrives kun, hvis det vurderes relevant, at primær får information herom. Fx hvis problemområdet kan risikere at blive aktuelt igen.
- Normale forhold beskrives i det omfang det vurderes relevant, at primær får information herom.
- Beskrivelsen der medsendes i 'Plejeforløbsplanen', skal fokusere på problematikkerne, undgå at komme med løsningsforslag.
- Beskrivelsen der senere medsendes 'Udskrivningsrapporten', skal uddybes med handlingsanvisninger. Fx hvordan primær skal handle ved fald i BT eller udvikling af ødemer.

Eksempel:

☒ Funktion og færdigheder. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼	
Beskrivelse:	BESKRIV: Pareser, paralyse, paræstesier Styringsbesvær Øget tonus, rigiditet, spasticitet, tremor Ukritisk/urealistisk adfærd Faldrisiko. Nævn evt. fald under indlæggelsen Restriktioner/regimer samt forventet varighed Hjælpemidler Egenomsorg og evne til at deltage i ADL, lejrning, mobilisering, mm. (Forudsætning, motivation, reaktion og samarbejde)

☒ Ernæring. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼	
Beskrivelse:	BESKRIV: Appetit, tørst, spise/synkeproblemer, småtspisende, evt. special kost Kvalme/opkast Ernæringstilskud Tandstatus Nyeste vægt og evt. vægthistorik Behov for diætist eller ekstra fokus efter udskrivelse. Fx ved ernæringstruede patienter og/eller dysfagi VED SONDEERNÆRING: Hvor ofte? (Ved udskrivelse med nasogastrisk sonde, kan der max. gives 4 x pr. døgn, da patienten er under opsyn når det gives) Sondeernæringsprodukt og dosis VED DYSFAGI: Hvornår er sidste test lavet samt resultat heraf
☒ Hud og slimhinder. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼	
Beskrivelse:	BESKRIV: Udslæt, tør hud, ødemer, sår, tryksår Sårpleje og cicatrice. Hvor ofte, beskrivelse og plan skal noteres i udskrivningsrapporten. Send evt. remedier med. Agraf-fjernelse. Dato. Send tang med. Støttestrømper/kompressionsbind. Hvor ofte skal de skiftes? Hjælp til negleklip (kun hænder) Ved patienter med diabetes henvises til fodpleje eller lignende Særligt behov for trykfastende hjælpemidler OBS: Standardmadras i kommunen er trykfastende til trykstade 1-2/3. Alm. luftmadras eller vekselrykmadras anvendes til trykstade 3-4.
☒ Kommunikation. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼	
Beskrivelse:	BESKRIV FØLGENDE: Orientering i tid, sted og egne data. Evne til at forstå og gøre sig forståelig. Afasi (hvilken type?). Dysartri. Latenstid Hjælpemidler (Høreapparat, briller mm)
☒ Psykosocialt. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼	
Beskrivelse:	BESKRIV: Delir, demens, sindsstemning, selvopfattelse, social evne. Hvordan kommer det til udtryk? Beskriv den særlige adfærd Misbrug Boligforhold, netværk, civilstand mm. Hvad kan og ønsker pårørende at hjælpe med? Hvordan kan de støtte patienten?
☒ Respiration og cirkulation. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼	
Beskrivelse:	BESKRIV: Respiration: Dyspnø, ilbehov (Hjemmelt?), KOL, astma, pneumoni, C-PAP, PEP, Inhalationsmedicin (Hvor ofte + evt. hjælp hertil), borgeropføringspotentiale? Cirkulatorisk: BT, puls, ødemer, hydrering, febrilia. I UDSCRIVNINGSRAPPORTEN (Behøver ikke stå i plejeforløbsplanen): Ved skæve værdier eller andre opgaver, som kommunen skal følge op på. Hvornår skal der laves opfølgning og til hvem? Kardiologisk (BT)? Ældresygdomme (svimmelhed)?
☒ Smerte og sanseindtryk. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼	
Beskrivelse:	BESKRIV: Lokalisation af smerter, type, årsag, behandling Føler patient sig smertelindret? Siger pt til ved behov for PN? Nogle særlige smerteproblematikker i forløbet? Hvordan udtrykker patienten med nedsat kognition smerter? Nedsat hørelse/syn eller følesans? Diabetisk fod? I UDSCRIVNINGSRAPPORTEN (Behøver ikke stå i plejeforløbsplanen): Angiv plan for udtrapning og opfølgning. Er det egen læge, smerteteam eller HJ/Ryg der skal rettes henvendelse til ved spørgsmål? Kan PN omlægges til fast?
☒ Udskillelser. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼	
Beskrivelse:	BESKRIV: Faste toilettider? Udtrykker pt behov for toilet på andre måder? Inkontinens? Ble (Type + str.). Er der sendt blebevilling eller skal der tages stilling til det efter udskrivelse? Evt. medgiv bleer. Vandladning: RIK/SIK (Str. + plan), KAD (Antal ml. i ballon + str. + dato for skift), uridom (Str.), UVI (Tilbagevendende?), residual urin Afføring: Forstoppelse, laksantia, stomi. Siger pt til ved behov?