Innleggelsesrapportens betydning for kvalitet på pleie til pasienten.

Hvilke opplysninger er viktige å formidle?

Helen Fannemel
Sykepleier Fagavdelingen, IKT-seksjonen HMR

HELSE MØRE OG ROMSDAL

Fra «fax» til e-melding

Dagens rutiner er tidkrevende og lite kvalitetssikret:

- *Papirskjema – telefon – anonymisering – fax – scann*
- *Lite eller ingen opplysning fra kommunen om pleie/omsorg*

Elektronisk rutine:

- *opprett melding i pasientens journal – klikk send*
- *Innleggelsesrapport fra kommune rett i journal*

HELSE MØRE OG ROMSDAL

Disposisjon;

- Innledning til diskusjon 20 min
- Gruppearbeid/diskusjon 40 min
- Oppsummering 20 min

Hvordan tar vi vare på muligheten til forbedring som e-melding gir oss?

Mottaker	HELSE MØRE OG ROMSDAL HF - Somatikk plo meldingsmottak **Postadresse:** 6026 ÅLESUND

Innleggelsesrapport

Kartlegging av funksjonsnivå
Pårørende/foresatte
Eksisterende tjenester
Kontaktinformasjon virksomhet
Andre pasientopplysninger
Kontaktpersoner helsepersonell

Eksisterende tjenester

Tjeneste	Levert av	Merknad	Antall enheter	Omfang	Start	Slutt
Heimesjukepleie			140	Minutter pr. uke	2017-01-02	2017-02-28

IPLOS: Kartlegging av funksjonsnivå

Funksjonsvariabel	Vurdering	Merknad
Alminnelig husarbeid	2	
Skaffe seg varer og tjenester	1	
Personlig hygiene	3	
På- og avkledning	1	
Toalett	1	
Lage mat	1	
Spise	1	
Bevege seg innendørs	1	
Bevege seg utendørs	1	
Ivareta egen helse	1	
Hukommelse	1	
Kommunikasjon	1	
Beslutninger i dagliglivet	1	
Sosial deltakelse	1	
Styre atferd	1	
Syn	1	
Hørsel	1	

Andre pasientopplysninger

Bor alene
Ja

Eksisterende tjenester

Tjeneste	Levert av	Merknad	Antall enheter	Omfang	Start	Slutt
Tekniske hjelpemidler			0		2017-03-21	
Hjemmesykepleie			0	Minutter pr. uke	2017-03-20	
Transportordning i kommunen			0		2015-11-01	

Sykepleieopplysninger

Årsak til innleggelse	Hjemmetjenesten er ikke kjent med innleggelsesårsak. Skulle til fastlege i dag, så går ut ifra at fastlege har sendt han videre derifra.
Praktiske opplysninger	Fikk rapport om at bruker hadde fått et sår på høyre legg og mulig oppblussing av erysipelas. Bruker er afebril og rødmen på legen har ikke spredt seg utover det som ble omrisset med penn tidligere i dag. Bruker har heller ingen smerer og leggen kjennes ikke varm ut. U.t. åpner bandasjene som var satt på tidligere i dag for å observere såret. Det ser ut som to hudavskapninger, en liten og en litt større. Kona forteller at litt hud hadde løsnet når hun skulle ta av bruker støttestrømpene i går. Bruker skal til legen i morgen og vil få legen til å se på bena samtidig.
Sykepleiesammenfatning	Status/ressurser/dagens problemstilling: Søker er ar gammel gift mann. Han bor sammen med sin kone. Har voksne barn. Han ble innlagt sykehuset der da han hadde komt borti noe med foten og deretter utviklet Erysipleas. Han har blitt behadlet med iv AB for Erysipleas og en pneumoni. Han har også hjertesvikt . Oppstart hjemmesykepleie etter innleggelse. Kommunikasjon: Pasienten er klar og orientert. Kommuniserer godt. Kunnskap og utvikling: Har god innsikt i egen helsesituasjon. Respirasjon, sirkulasjon: bruker støttestrømper Ernæring: DIA. Spiser til måltidene. Hud, vev, sår: Pasienten har hel hud. Fått et sår på leggen. Tegnet rundt tilfelle tegn på erysipelas. Aktivitet: Pasientne forflytter seg med rullator. Smerte, sansetilstand: Pasienten er noe øm i høyre fot. HBO hjelper med tilrettelegging stell, støttestrømper, bl.s og insulin. HT HAR IKKE MEDISINANSVAR.

Registrerte hjelpemidler

Personlige hjelpemidler

Annet: Se liste over hjelpemidler

Andre hjelpemiddel	Status
Rollator std. Inne/ute. (Troja/Gemino)	Aktiv
Dusjkrakk Swift/DS130/Kulan.	Aktiv

HELSE MØRE OG ROMSDAL

Medisinskfaglige opplysninger

Familie/sosialt

05.04.2017 09:28
STATUS/ HJELPEBEHOV for pasient FØR innleggelse sjukehus:
Dagens hjelpebehov:
hadde et brudd i mars i år som gjorde at hun trenger mer hjelp enn tidligere. Hun skal ikke belaste den opererte foten, så hun bruker elektrisk preikestol ved forflytning. Hun klarer å håndtere denne selv, men vi har alltid personal hos henne ved forflytning. Hun er flink til å bøye seg over preikestol når hun går slik at hun ikke belaster foten.
Etter bruddet har vi tilrettelagt morgen- og kveldsstell, men vi ser at hun klarer det meste selv viss hun får bruke god tid. Trenger hjelp med å kle på seg truse, bukse og ha på sko. Litt engstelig når hun skal reise seg opp og sette seg ned. Trenger hjelp til og fra toalett. Har problemer med å holde tilbake urin når hun skal på do slik at hun blir litt våt. Hun bruker derfor innlegg/mindre bleier daglig av eget ønske. Det ble observert gråfarget avføring torsdag 30/3. Har ellers ingen anmerkning i forhold til dette, med har fått Laktulose som forebyggende etter hun startet med økt smertestillende.
Vi hjelper henne å ta på og av støttestrømper. Hun styrer medisinen selv til vanlig, men den siste tiden har vi gitt henne den. Til vanlig minner vi henne på det dersom vi ser hun har glemt den (sjelden). Vi legger dosett og har ansvar for multidose.

Kor ofte brukar får hjelp/ tilsyn: Hun får hjelp ved behov. Har alarm som hun trykker på når hun har behov for hjelp. Har også tilsyn gjennom natta.

Brukar sin livssituasjon: . Det er bemanna fra 08-22 og har faste tilsyn av nattevakt gjennom natten og ved behov.
Er medisinlista oppdatert: Medisinliste oppdatert. Fikk kveldsmedisin på før hun dro med ambulanse. Hun seponerte Parginic 10/5mg fredag 31/3 etter mistanke om opoidforgiftning. Har siden dette fått kun Paracet mot smerter.

BAKGRUNN for sjukehusopphald/ problemstilling: Hun har vært slapp, sløv og hatt en likegyldighetsfølelse siden fredag 31/3. Fikk da tilsyn av ambulanse der det ble gitt Naloxon im og deretter iv for å se om det kunne reversere opoidbruk. litt bedre utover fredagskvelden, men har gått tilbake til å være på samme måte dagen etter og siden dette. Har blitt observert både av legevakt og fastlege i og etter helga uten at hun har kommet seg. Personalet på kvelden tirsdag merket en forandring siden det virket som hun siklet og var skjev i ansiktet når hun pratet (se andre journaler). Pårørende ble informert igår kveld da hun dro fra omsorgsbustaden.

Familie/sosialt

04.04.2017 21:20
med ambulanse no 2115. Snakka med legevakt og forklarte situasjonen dé I vart verre utover kvelden. Ho snøvla og snakka litt uklart, og sikla når ho prata. Sat å tørka seg med ein klut. Ho var veldig engstelig og følte seg uvel. Snakka med pårørande og dei var enig om å ringe legevakt. Ambulansa skulle ringe tilbake når dei viste om det blir innleggelse.

Familie/sosialt

04.04.2017 17:50
Sonen nar vore her idag, og han ville prate litt. Han meiner også at er annleis, og at ho er redusert. Ingrid seier sjølv at ho er heilt tullete i hode og at ho er likegyldig. Personale og sonen observerer at det er litt drag i venstre side av ansiktet. Sonen har sett at ho også har tendens til blå/raud farge på høgre side av ansiktet. Spør om dei ønsker at sendt på legevakt eller til for undersøkelse, men blir enige om at vi avventer til imorgen og purrar på for å få legetime då, slik skal sleppe belastninga med å reise nokon plass no. Gir beskjed om økt tilsyn fram til i morgen.

Familie/sosialt

04.04.2017 16:08
Telefon fra dr. . Han vil ta eit heimebesøk hos førstkomande fredag, sonen vil også være der. kan få lactulose 15 ml x 2 inntil fredag, lege vil vurdere eventuelt andre laksantia dersom det er behov for det.

Familie/sosialt

03.04.2017 14:19
Var til Dr . i dag og fekk ta ein del undersøkelser og blodprøver.Avventer svar derfra.

Familie/sosialt

03.04.2017 13:04
Va veldig uklar til morgen. Snakka uforståande å usammenhengande. Vart lagt etter lunsj. Forsatt uklar. Pupillane veldig små.

Familie/sosialt

31.03.2017 21:48
Sammendrag fra kveldsvakt:
r slapp og trøtt en stund etter ambulansepersonalet hadde vært her. Blodtrykk, puls og oksygenmetning ble målt hyppig og det var stabile og fine målinger (se labsvar). Rundt

Intern videresending | Opphev kvittering | Relaterte meldinger | Lukk | Skriv ut uten vannmerke | Skriv ut

HELSE MØRE OG ROMSDAL

Innleggelsesrapporten

For hvem?

- Helsepersonell
- Lova om helsepersonell, Samhandlingsavtalen, dokumentasjonsplikt
- Pasienten!

Grunnlag for innleggelsesrapporten

Hva vet kommunen?

- HT
- Døgnomsorg

Hva trenger HF å vite?

- Medisin er viktig!
  - Hvilken, når, hvordan, hvem gir og når ble det gitt sist?

  -Pårørende: hvem kan kontaktes – kontaktinfo.

  - Pasientens sykepleiebehov!

  - Grunnlag for å vurdere sykepleie:
    - Mottaksnotat, lege, Pasient/pårørende, egne observasjoner – Viktigst: Innleggelsesrapporten fra kommunen!

VIPS – struktur og beslutningsstøtte i HF

- Basert på Virginia Henderson – 14 grunnleggende behov
- Sykepleieprosessen
- Beslutningsstøtte
- Relevante opplysninger
- Oversikt i dokumentasjon

Innholdsmal i innkomstnotat

Kontaktårsak
< Årsak til innleggelse, pasienten sin opplevelse >

Helsehistorie og pasienterfaring/brukererfaring
< Beskriv pasientens helsesituasjon før det aktuelle oppholdet. Relevante erfaringer fra tidligere innleggelser >

Nåværende pleie/hjelpetiltak
< Andre helsetjenester/ hjemmesykepleie/ hvor mye hjelp pasienten får >

Overfølsomhet
< Mot legemidler/ annet. Allergi. Hvordan pasienten håndterer sin overfølsomhet >

Sosialt
< Sosialt nettverk og hjemmesituasjon, barn under 18 år, har ansvar for dyr >

Livsstil
< Kultur, religion, livssyn, interesser, mosjonsvaner. Alkohol, narkotika og tobakk >

Informasjonskilde
< Dersom det er andre enn pasienten, angi navn og relasjon til pasienten. Tidligere journal? >

Diverse opplysninger
< Andre opplysninger som er relevante >

Pasientstatus/Brukerens helsestatus

Kommunikasjon
< Evne til å gjøre seg forstått og forstå. Tolk? Syn, hørsel og tale. Høreapparat/ briller. Bevissthetsnivå og eventuell forvirring >

Kunnskap/Utvikling
< Kognitive evner, utvikling/ modenhet og sykdomsinnsikt >

Respirasjon/Sirkulasjon
< Beskriv >

Ernæring/Matinntak
< Har pasienten nedsatt matinntak, har pasienten hatt ufrivillig vekttap? Forhold i munnen og tannstatus som påvirker ernæring og spising.>

Eliminasjon
< Beskriv >

Hud/Vev
< Forandringer eller problemer, eventuelle sår eller eksem >
Har pasienten trykksår ved innleggelse/overflytting? < Ja/Nei >

HELSE MØRE OG ROMSDAL

Dokumentasjon av pågående tiltak

Sykepleieanamnese: (nødvendig bakgrunnsinfo.)	Pasientstatus/ Brukers helsestatus:	Sykepleiediagnose og sykepleiemål	Sykepleie tiltak (intervensjon)	Pasientresultat/ evaluering
Kontaktårsak	Kommunikasjon	Beskrivelse av identifiserte og prioriterte ressurser, problemer eller risikoer basert på analyse av anamnese og status. Basert på sykepleierens vurdering og/eller pasientens/pårørendes beskrivelse av situasjonen.	Medvirkning	Resultat og evaluering ut fra et sykepleieperspektiv. Måloppnåelse, tegn på forandringer eller stabilitet. Sykepleiens effekt på pasientens/ brukerens: -funksjonsevne og helsestatus (kan) -mestring av sykdom og helseproblem (gjør) -mestring av livsstilsendring og egenomsorg(gjør) -opplevelse av velvære og tilfredshet (føler) -vilje og motivasjon (vil) Fortløpende dokumentasjon under oppholdet og ved utskrivning, ut fra mål og gjennomførte sykepleietiltak.
Helse historie og pasient- og brukererfaring	Kunnskap/Utvikling		Informasjon/ undervisning	
Nåværende sykepleie/Hjelpetiltak	Respirasjon/Sirkulasjon		Støtte	
Overfølsomhet				
Sosialt	Ernæring/Matinntak		Miljøtilpasning	
Livsstil				
Generelle opplysninger:	Eliminasjon		Stell/egenomsorg *Avansert stell*	
Informasjonskilde	Hud/vev	Mål og forventet resultat (tiltenkt helsetilstand) i målbare termer. Forventninger og prioriteringer i samarbeid med pasient/pårørende	Trening	
Pårørende	Aktivitet/ADL		Observasjon/ overvåking	
Samtykke	Søvn/Helse		Spesiell sykepleie Sårbehandling	
Diverse opplysninger	Smerte/Sanseinntrykk		Legemiddel-håndtering	
Pasientansvarlig sykepleier	Seksualitet/ Reproduksjon		Koordinering *Koordinert behandlingsplan. Utskrivningsplan-legging*	
Fortløpende rapport	Psykososialt. (emosjonelt, motivasjon, rolle/relasjon)			
	Åndelig/Kulturelt			
	Sikkerhet			
	Sammensatt status			

Utskrivingsrapporten

Utskrivningsrapport - JESPER DLKURS19ÅL JESPERSEN (19099900308)

Pasient: JESPER DLKURS19ÅL JESPERSEN (19099900308)

Til...

Kopi til...

Opphold: Kirurgisk klinikk - KGAS1 : 24.06.2012 -

Tilknyttet enhet: Kirurgi gastro 6. et. tun 3-5

Telefon

Informasjon om pasienten | Sykepleieopplysninger | Medisinsk informasjon | Andre fagrapporter

Sykepleiesammenfatning

- * 1. Pasientstatus ved innleggelse
- * 2. Forløp
- * 2b. Status ved utskrivning
- 3. Kommunikasjon
- 4. Kunnskap og utvikling
- 5. Respirasjon, sirkulasjon
- 6. Ernæring
- 7. Eliminasjon
- 8. Hud, vev, sår
- 9. Aktivitet
- 10. Søvn
- 11. Smerte, sansetilstand
- 12. Seksualitet, reproduksjon
- 13. Psykososialt
- 14. Åndelig, kulturelt
- 15. Velvære
- 16. Sammensatt status

Legemidler administrert på utsk...

Praktiske opplysninger om legemidler.

Kartlegging

Kartlegging funksjonsnivå

Videre oppfølging plan

KartleggingVidere oppfølging plan/a...

Sykepleiedokumentasjon

1. Pasientstatus ved innleggelse

Herunder innleggelsesårsak og aktuelle problemstillinger

2. Forløp

Herunder utførte undersøkelser, behandling og forventet funksjonsnivå

2b. Status ved utskrivning

Oppsummert informasjon om undersøkelser, behandling og funksjonsnivå

3. Kommunikasjon

Syn, hørsel, tale. Behov for hjelpemidler?

4. Kunnskap og utvikling

Hukommelse, klarer pasienten å tilkalle hjelp/ utføre daglige gjøremål, samtykkekompetanse?

5. Respirasjon, sirkulasjon

6. Ernæring

Appetitt. Type kost, spiser pasienten selv? Vektendring? Behov for bistand i måltid, ernæringsscreening?

7. Eliminasjon

Inkontinens, forstoppelse, kateterisering, stomi, behov for bistand?

8. Hud, vev, sår

Beskriv såret, sårbehandling, risiko for sår?

9. Aktivitet

Personlig hygiene/ påkledning, forflytning, reiser seg fra seng/stol selv, gangfunksjon, behov for hjelpemidler? Fallscreening?

10. Søvn

11. Smerte, sansetilstand

Akutt/ kronisk, lokasjon, karakter, mønster, intensitet

Signering av sykepleieinformasjon

HELSE MØRE OG ROMSDAL

Utarbeiding av felles mal

Mal for Sykepleiesammenfatning ved overflytting av pasient mellom kommune og spesialisthelsetjenesten

Bygger på IPLOS og VIPS

Skal ikke dokumentere legemiddelordinasjoner, men legemiddelhåndtering.

Kommune	
Institusjon	
Avd	Tlf.
Avd.leder	Tlf.
Pasientansvarlig sykepleier	Tlf
Tilsynslege	Tlf
HBO	
Distrikt/sone	Tlf
Leder	Tlf.
Pasientansvarlig sykepleier	Tlf.
Fastlege	Tlf.

Kontaktårsak:

Pasienten sin opplevelse og oppfatning om bakgrunnen for kontakten og sykdommen. Forventninger. Start, forløp og eventuelle påbegynte tiltak. Symptom og konsekvenser for daglig livsførsel.

Kommunikasjon:

Evne til å gjøre seg forstått og forstå. Evne til å uttrykke sine behov og opplevelser. Nedsatt funksjon, som for eksempel syn, hørsel, tale som har betydning for kommunikasjon. Fremmedspråklighet,ikke norsktalende. Bevissthetsnivå, forvirring og nedsatt evne til oppmerksomhet. Eventuelle hjelpemidler som f. eks. høreapparat, briller, tolk, huskelapper o.s.v.

Kunnskap/utvikling:

Kognitive evner og utvikling. Behov for informasjon eller undervisning. Sykdom og helseinnsikt. Korttidsminne. Vilje og evne til samarbeid og delaktighet. Fysisk og psykisk modenhet. Behov for spesiell oppfølging eller intellektuell stimulans.

Respirasjon/sirkulasjon:

Luftveis- og sirkulasjonsproblemer, for eksempel tungpust, hoste, fare for aspirasjon, hyperventilering. Blødning, ødem, cyanose, kald perifer o.s.v. Kroppstemperatur, f. eks. feber, frysninger, frostanfall. Egenomsorg og hjelpemidler som eventuelt brukes (legemidler, inhalasjon, shunt, spesielt sengeleie, elastiske strømper, øvelser, påkledning)

Ernæring:

Appetitt, tørste, kost, spisevaner, tenner og forhold i munnen som påvirker spisingen Under - eller overvektig og pasientens opplevelse. Kulturelle forhold som har betydning for kosten. Amming. Ernæringsproblemer som er forårsaket av mat, miljø, sykdom eller behandling. Påvirket fordøyelse, væske- og elektrolyttbalanse (eks. blodsukker, gastrointestinale problemer) Kvalme, oppkast, dehydrering, overhydrering. Egenomsorg og hjelpemidler som brukes (eks. spesiell diett, sonde, legemidler, tannprotese, påminnelser)

Eliminasjon:

Urin, avføring. Inkontinens blære eller tarm, sengevæting. Forstoppelse, diare, smertefull avføring.

Stomi. Egenomsorg og hjelpemidler (eks. diett, avføringsmidler, bleier, kateter påminnelser)

Hud/vev:

Forandringer og problemer med hud, slimhinner, annet vev (eks. muskler, hår, negler) Farge, renhet, skader, tørrhet, rødhet, utslett, kløe, håravfall, svette. Problem fra øyne, ører, nese, hals, munn. Utseende, funksjon, eventuelle.forandringer

Sår:

Sårtype (eks. trykksår, leggsår) Lokalisasjon, lengde, bredde, farge, stadium i tilheling, Vurdering i forhold til en skala. Egenomsorg og eventuelle hjelpemidler som brukes. (eks. legemidler, utstyr)

Aktivitet:

Evnen til å klare seg i det daglige livet, ADL. Pasientens fysiske, sosiale og intellektuelle aktivitet. Skade (eks. lammelser, tremor, spastisitet, kramper, leddstivhet, muskelsvakhet) Funksjonsevne og begrensninger. Aktivitet i dagliglivet. Vurdering, gjerne i en skala når det gjelder evne til matinntak, forflytning, bevegelse, toalettbesøk, på – og avkledning, personlig hygiene, bading. Kapasitet til å lage mat, ta seg av husarbeid, handle ect. Konsekvenser av funksjonshemming (eks. i forhold til krav i pasientens omgivelser) Egenomsorg og hjelpemidler som brukes (eks. legemidler, hjelpetiltak, skinner, forflytningsmidler, gripeverktøy) Kondisjon. Inaktivitet.

Søvn:

Søvn og hvile. Trøtthet, opplevelse av kronisk trøtthet, utmattelse, kraftesløshet. Faktorer som påvirker eller hindrer søvn og hvile. Uthvilt eller trøtt etter søvn. Egenomsorg og hjelpemidler som brukes (eks. legemidler, utstyr i sengen, vaner)

Smerte/sanseinntrykk:

Smerte:

Akutt eller kronisk smerte eller ubehag. Lokalisasjon, karakter, mønster, intensitet. Vurdering etter smerteskala. Pasientens ord og uttrykk for smerte. Adferd knytta til smerte (eks. gråt, rastløshet, beskyttende bevegelser) Utløsende eller lindrende faktorer. Hvordan pasienten mestrer smerte eller ubehag.

Sanseinntrykk av andre slag:

Syn -, hørsel -, lukt -, smak -, berøring -, og balanseforstyrrelser(eks. synsbortfall, svimmelhet, hallusinasjoner, nummenhet) Behov for spesielle tiltak eller miljøtilpasninger. Egenomsorg og hjelpemidler som brukes.

Seksualitet/reproduksjon:

Samliv. Problemer, krav, forventninger. Prevensjonsmiddel. Bivirkninger av legemidler. Pubertet, menstruasjon, graviditet, amming, klimakterium. Gynekologisk status. Obstretisk status. Bryster. Fosterutvikling. Blødninger, vaginalt problem. Egenomsorg og hjelpemidler som brukes.

Psykososialt:

Emosjonelt:

Sinnsstemning, reaksjoner,, følelse, opplevelser. Sorg, apati, utrygghet, tillit, angst, uro, aggressivitet. Motivasjon og utholdenhet. Sykdomsopplevelse. Forventninger og spørsmål. Krav og ønsker fra pasient/pårørende som gjelder pleie og behandling. Orientering om tid, rom, person og situasjon. Behov for spesiell støtte eller omsorg. Stress, stresstoleranse, stressmestring. Krisereaksjon.

Relasjoner:

Roller, samhandling. Selvbilde. Personlig integritet. Sosial evne, sosial støtte, arbeidsevne. Familieproblemer, generasjonsproblemer, engasjement, ensomhet. Avhengighetsforhold. Ansvar og forpliktelser. Alkohol, narkotika, tobakk. Misbruk, arbeidsløshet. Miljø-, økonomi-, samfunns-, eller juridiske faktorer.

Åndelig/kulturelt:

Verdier, kultur, religion, livssyn. Opplevelse av mening. Eksistensielle spørsmål. Mening med liv, lidelse og død. Ønske om spesielle ritualer, symboler, påkledning. Tabuer. Trosutøvelse av betydning for pasient/pårørende. Kilde til tro og håp. Åndelig smerte, fortvilelse. Skyldfølelse, skam, straff. Bønnetider, Bibel, Koranen, krusifiks, bønnekjede, symboler.

Velvære:

Helhetsvurdering. Samlet bilde basert på pasientens opplevelse og sykepleierens vurdering av balansen mellom egenomsorgsevne og funksjon samt krav i dagliglivet. Helse og dårlig helse, ressurs og behov. Generelt inntrykk av pasientens allmentilstand, tilfredshet og velvære.

Sammensatt status:

Legemidler: Problemer, bivirkninger, interaksjoner etc. Behov for forordning av legemiddel eller hjelpemiddel. Aktuelle legemidler. Pasientstatus basert på skala eller andre vurderingsinstrumenter, som ikke kan føres under et av de andre søkeordene (eks. demensvurdering, bukstatus, nevrologisk status som omfatter ulike dimensjoner)

AKTUELLE SYKEPLEIETILTAK

Planlagte/ordinerte og/eller utførte tiltak. Spesifiser for eksempel hva, hvordan, når, hvor, av hvem, samt pasientens og pårørendes medvirkning. Hensikten med tiltak er å:

- **Fremme helse og forebygge helseproblemer**
- **Bevare og gjenopprette helse og velvære**
- **Fremme en fredfull død.**

Tiltak kan utføres på forskjellige måter, for eksempel ved å lette, begrense eller beskytte, motivere eller distrahere, støtte eller assistere, utføre noe for pasienten eller avstå fra å handle.

Sykepleiediagnose og mål styrer valg av tiltak. Valg av søkeord styres av hensikten med tiltaket

Medvirkning:

Fremme medvirkning, kommunikasjon og samarbeid. Måter en møter og forholder seg til pasienten på (eks. for å beskytte pasientens integritet) I overensstemmelse med forutsetninger og ønsker fra pasient/pårørende. Pasientkontrakt. Helsefremmende og forebyggende tiltak.(eks. pasientens og pårørendes deltakelse i planlegging, beslutning, gjennomføring og evaluering av pleien) Beslutninger om å vente med eller avstå fra behandling.

Informasjon/undervisning:

Informasjon, undervisning, rådgiving, veiledning, demonstrasjon til pasient/pårørende i den hensikt å øke kunnskap, forståelse og motivasjon. Helsefremmende eller forebyggende. I forhold til spesielt program, individuelt eller i grupper. (eks. om undersøkelser, behandling, diagnose, resultat,

hjelpemiddel) Om kost, mosjon, legemidler, stomipleie, insulinbehandling osv. Fakta- og opplevelsesinformasjon. Evt. kopi i journal av skriftlig informasjon. Telefonrådgivning.

Støtte:

Emosjonell, sosial eller praktisk støtte. Tiltak for å identifisere og bygge opp sosialt nettverk. Samtale og lytte om behandling, diagnose, prognose, familiesituasjon, vanskelige valg osv. Nærvær, tilsyn, oppmuntring, være pasientens talerør. Kontakt med pårørende, sykehusprest, sosionom, eventuelt andre.

Miljø:

Tilpasning og strukturering av miljøet, fysisk, psykisk og sosialt. Fremme helse, sikkerhet, velvære og integritet. Forebygge skade og ulykke, identifisere og redusere risikofaktorer. Tilpasse miljø (eks. sengeleie, puter, sengehester, antidecubitusmadrass, skjermbrett, romplassering osv.) Legge til rette for skjerming og hvile. Rom, lys, lyd, farge, temperatur. Aktivisering, adspredelse, lek og sosiale aktiviteter. Opplevelse av skjønnhet, gleder, musikk, samvær.

Stell/egenomsorg. Avansert stell:

Tiltak som er grunnleggende pleie. Ta utgangspunkt i det pasienten selv klarer. Fremme egenomsorg for å bevare optimal egenomsorgsevne eller vaner. (eks. hjelp i forbindelse med spising, toalettbesøk, personlig hygiene, påkledning, bevegelse, søvn og hvile.) Kost, mating, snuing, munn- og tannstell osv. Avansert stell: For alvorlig syke pasienter i komplekse situasjoner.

Trening:

Fysisk, psykososial trening for å gjenopprette, bevare eller forbedre egenomsorgsevnen, ulike funksjoner eller vaner.(eks. mobilisering, ADL - trening, hukommelsestrening, knipeøvelser, sosial trening.) Lesing, spill, lek. Frekvens, mengde, utførelse, hjelpemidler.

Observasjon/overvåking:

Observasjon, undersøkelse, vurdering og spesiell overvåking av forskjellige funksjoner og problemområde.(eks. åndedrett, sirkulasjon, bevissthet, sosial fungering, følelsesmessig tilstand) Tegn til forandring, komplikasjoner og bivirkninger. Fortløpende oppfølging av ordinerte tiltak, av status, prøver og måleverdier (eks. væskebalanse, tarmfunksjon, blodsukker) Fornyet eller kontinuerlig vurdering av pleiebehovet.

Spesiell sykepleie:

Spesiell sykepleie initiert av sykepleier eller etter ordinasjon, ofte i forbindelse med bruk av ulike tekniske hjelpemidler, instrumenter eller apparatur, med de konsekvenser dette har for ivaretagelsen av pasienten og for å unngå ubehag. Sikkerhetsaspekter. Spesiell pre- og postoperativ pleie. Forberedelse, gjennomføring av undersøkelser, prøvetaking og behandling. Stell av kanyler, kateter, shunt, sonde eller dren. Infusjoner og transfusjoner. Lokalisasjon, ordinasjons- og avslutningsdato og pleie. Midlertidig eller permanent. Vurderinger av lege, spesialistsykepleier eller fysioterapaut. osv.

Sårbehandling:

Behandling av leggsår, trykksår, operasjonssår, sårskade osv.

Legemiddelhåndtering:

Administrering av legemidler, for eksempel pr.os., injeksjon, infusjon eller inhalasjon. Tiltak for å legge til rette for, eller sikre at korrekt medisinering blir gitt. Sikkerhetsaspekter og andre tiltak i forbindelse med håndtering, inntak og oppbevaring. Veiledning/opplæring til pasient eller pårørende i forbindelse med utdeling og inntak av medisin. Ordinasjon av legemiddel i forhold til formell kompetanse.

Pasienten og/eller pårørendes reaksjon:

Avtaler:

Klargjøring overflyttingsdagen:

HELSE MØRE OG ROMSDAL

Arbeid med felles mal i Trøndelag

Her presenteres en oversikt over sykehusets behov for informasjon fra omsorgstjenestene og hvordan denne kan høstes i de kommunale IKT systemene.

Sykehusets behov for informasjon om pasienten fra omsorgstjenesten ved innleggelse i sykehus:	Hvordan dette håndteres i E-link via de forskjellige kommunale EPJ:		
	Gerica	Profil	Cosdoc
Kontaktinformasjon enhet (navn på enhet med telefonnummer):	Manuelt,	Manuelt	?
Relevante og nødvendige diagnoser:	Høstes	Høstes	?
Medikamentliste:	Høstes	Høstes	?
Cave:	Høstes	Høstes	?
Bor alene:	Må hake av i innleggelses-rapport	Må hake av i innleggelsesrapport	?
Pårørende (er pårørende informert?)	Hovedpårørende høstes direkte fra Gerica. Det må manuelt skrives om pårørende er varslet om innleggelse.	Hovedpårørende høstes direkte fra Profil. Det må manuelt skrives om pårørende er varslet om innleggelse	?
Fastlege:	Høstes	Høstes	?
IPLOS tall	Høstes	Høstes (Profil har mulighet for merknad ved hver verdi)	?
Innleggelsesårsak(endring i funksjon/Symptom):	Manuelt	Manuelt	Manuelt
PASIENTENS NORMALSITUASJON FORUT FOR INNLEGGELSE:			
Tjenesteoversikt (antall x per dag, type hjelp):	Manuelt	Manuelt	
Problemområder/Spesielle observasjoner (eks. sår, psykisk helse, avhengighetsproblematikk, smerte, smitte, administrering av medisiner):	Manuelt	Manuelt	?
Forflytning (reise seg fra seng/stol selv):	Manuelt	Iplos merknader høstes, eller en kan velge å legge inn manuelt	?
Hjelpemidler i bruk (forflytning, kommunikasjon):	Manuelt	Iplos merknader høstes, eller en kan	

		velge å legge inn manuelt	
Fallrisiko/Fall (siste 3 mnd):	Manuelt	Manuelt	
Bolig (flere plan, trapp, heis):	Manuelt	Manuelt	
Eliminasjon (inkontinent, kateterisering, stomi):	Manuelt	Iplos merknader høstes, eller en kan velge å legge inn manuelt	?
Personlig hygiene/påkledning:	Manuelt	Iplos merknader høstes, eller en kan velge å legge inn manuelt	?
Ernæring (vektendring, spiser pasienten selv):	Manuelt	Iplos merknader høstes, eller en kan velge å legge inn manuelt	?
Kognitiv funksjon (eks. hukommelse, tilkalle hjelp, oversikt over daglige gjøremål, samtykkekompetanse):	Manuelt	Iplos merknader høstes, eller en kan velge å legge inn manuelt	?
Utfordrende atferd:	Manuelt	Iplos merknader høstes, eller en kan velge å legge inn manuelt	?

Utfordring:

- Hvilke standard vil sørge for at innleggelsesrapporten inneholder rett, tilstrekkelig og relevant informasjon.
- Foreslå en standard - Hvordan kan en slik løsning benyttes i praksis?
- Skriv på ark