

Instruktion: Statusmeddelande inför inskrivning

Syfte

Att kommunicera ett bra status, hjälpbehov och aktiviteter i vardagen via Cosmic Link, i samband med uppsökande av vård och eventuell inskrivning i slutenvård.

Att säkerställa en persons vård i samband med vårdens övergångar, och underlätta för slutenvården att välja processfärg.

Professionernas ansvar

I samband med akut inskickande till sjukhus av person som har kommunala insatser, ansvarar aktuell sjuksköterska i kommunen för att snarast skapa upp ett samordningsärende och dokumentera ett *Statusmeddelande inför inskrivning*.

Akutmottagningen kan då ta del av aktuell akut information samt kontaktuppgifter.

När slutenvården skickat ett Inskrivningsmeddelande till kommun och öppenvård, ska alla inblandade professioner så snart som möjligt dokumentera sina delar i *Statusmeddelande inför inskrivning*. Komplettera även med aktuella kontaktuppgifter till berörda professioner.

Sökord – innehållsförklaring

Här finns en förklaring till varje sökord som finns i mallen **Statusmeddelande inför inskrivning** och information om vad som efterfrågas från slutenvårdens sida.

Samtycke till informationsdelning mellan hälso- och sjukvård och socialtjänster aktörerna i ett samordningsärende möjlighet till att utbyta information mellan varandra.

Kontaktorsak: Fyll i orsak till varför personen skickas in till sjukhus.

Hälsohistoria: Beskriv kortfattat personens hälsa och tidigare väsentliga sjukdomar.

Kontaktuppgifter – Kontaktperson:

Fyll i namn, profession och telefonnummer.

Närstående kontaktad: Bocka i Ja eller Nej. Fyll i namn, relation och kontaktuppgifter.

Personlig vård

Att tvätta sig: Beskriv hur hjälpbehovet ser ut för övre och nedre vård. Hjälp av hur många personer? Hjälp i säng eller vid tvättställ? Behov av hjälpmedel? Delaktighet vid övre och nedre tvättning. Tar personen själv initiativ eller behövs uppmuntran? Hur klarar man dusch?

Kroppsvård: Beskriv behovet av hjälp gällande mjukgörande kräm, tandborstning, munvård etc.

Att sköta toalettbekov: Behov av hjälp i samband med toabesök eller självständig? Hjälp av hur många personer? Hjälp med kläder, lägg av inkontinensskydd? KAD - hjälp med tömning, hjälp med påshållare på benet? RIK (självkatetrisering)? Hjälp med stomi? Larmar för toabesök? Behov av hjälpmedel – rullstol, hygienstol, urinflaska, bäcken? Toabesök nattetid?

Att klä sig: Vad klarar personen själv? Övre/nedre? På- och avklädning? Strumpor, stödstrumpor och skor? Behov av hjälpmedel? Behov av hjälp med gördel/ortos. Hjälp av hur många personer?

Att äta och dricka: Beskriv hur behovet av hjälp ser ut, eller är patienten självständig? Tar patienten själv initiativ eller behövs uppmuntran? Sväljsvårigheter?

Kommunikation: Afasi, dysfasi? Nedsatt kommunikationsförmåga? Nedsatt kognitiv förmåga? Förmåga att förmedla behov av hjälp? Använder larm vid behov av hjälp?

Förflyttning: Beskriv självständighet, fallrisk, användning av hjälpmedel i samband med förflyttning. Beskriv hur personen förflyttar sig i och ur säng, från säng till stol, vändningar i säng, med hjälp av X antal personer, gångförmåga och gångsträcka.

Hud: Beskriv hur hudkostymen ser ut. Eventuella sår beskrivs samt eventuell omläggning. Stomier? Klåda? Hematom? Behov av lindning, stödstrumpor, bräckband, behandlingsmadrass?

Nutrition: Aptit? Specialkost? Vikt? BMI? Dietistkontakt? Behov av näringsdryck? Nutritionsplan? Typ av sond? Sondnäringsschema? Eventuell riskbedömning av sond vid hemgång? Sammanfattning av kostregistrering. Munstatus?

Läkemedelshantering: Kompletteras med sökordsfrågor gällande:

Vem har läkemedelsansvaret? Patienten själv, närstående, profession.

Hur ser ansvaret ut? Beskriv vem som ansvarar för vad i fritext.

Vem sköter läkarkontakt, receptförnyelse, ansvar för tilldelning av läkemedel? Patienten själv, närstående, profession.

Hur dispenserar patientens läkemedel? Dosrulle, dosett, förpackning?

Övrig information läkemedelshantering? Dokumentera om patienten har sväljsvårigheter, om läkemedel ska krossas/delas, har sond etc. Om patienten har veckotabletter, depotplåster eller injektioner med långa dosintervall, dokumentera vilken dag/dagar dessa byts på.

Syn/hörsel: Finns hörsel- eller synnedsättning? Används hörapparat eller glasögon? Behov av närvarande personal vid kommunikation?

Kognitiva problem: Orienterad till tid, rum och person. Kopplat till sjukdom, sjukdomsinsikt, minnesstörningar, tidigare minnessvikt, hallucinationer?

Pågående rehabiliteringsinsatser: Beskriv vilka pågående insatser gällande rehabilitering personen har.

Förskrivna/hyrda hjälpmedel i hemmet: Beskriv vilka hjälpmedel som används i det dagliga livet.

Riskbedömningar med åtgärder: Finns riskbedömningar gjorda gällande fallrisk, medvetandegrad, nutritionsstatus? T.ex. Norton, Downton, MNA. Dokumentera ev. risker samt åtgärder.

NEWS2: Dokumentera aktuella uppmätta värden (Andningsfrekvens, saturation, blodtryck, puls, temp, medvetandegrad)

Pågående övriga HSL-insatser: Beskriv ev. skötsel av port-a-cath, KAD, CVK eller annat. Omläggning av sår, mm.

Pågående SoL-insatser inklusive egenvård: Beskriv aktuella beviljade insatser, hur ofta dessa sker och hur de fungerar.

Pågående LSS-insatser: Beskriv aktuella beviljade insatser, hur ofta dessa sker och hur de fungerar.

Öppenvårdens insatser: Informera om ev. planerade besök till enheten, beskriv pågående hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Fast läkarkontakt inom primärvård: Fyll i namn och arbetsplats om utsedd läkare finns.

Patientansvarig läkare: Fyll i namn och arbetsplats om utsedd läkare finns.

Information om bostad: Särskilt boende eller ordinärt i kommunen? Beskriv bostaden, lägenhet, villa? Finns hiss eller trappor? Badrum på över- eller nedervåning, dusch, badkar? Trappor: Svängda, raka, ledstänger? Typ av säng: Enkelsäng, dubbelsäng, vårdssäng?

Psyiskt status: Förekomst eller tidigare besvär av depression, mani, vanföreställningar, hallucinationer, självmordsbenägenhet, missbruksproblematik.

Hur länge har personens nuvarande mående pågått: Dagar? Veckor? Månader?

Habituelltillstånd: Beskriv hur personen mår och fungerar i sitt dagliga liv.

Hur fungerar insatser när patienten är i sitt habituell tillstånd: Fungerar beviljade insatser som planerat?