

## Udskrivningsrapporten - Fanen Sygepleje

The screenshot shows a software window titled 'Udskrivningsrapport' with a close button (X) in the top right corner. Below the title bar is a navigation bar with several tabs: 'Aktuel indlæggelse', 'Sygepleje' (selected), 'Funktionsevne', 'Hjælpemidler/medicin', 'Links', and 'Kontaktoplysninger'. The main content area is titled 'Sygeplejefaglige problemområder' and contains six rows, each with a label on the left, a large text input field in the middle, and a blue plus sign icon on the right:

- Bevægeapparat:
- Ernæring:
- Hud og slimhinder:
- Kommunikation:
- Psykosociale forhold:
- Respiration og cirkulation:

Det er en fordel at holde Udskrivningsstatus opdateret under indlæggelsen, da teksten fra Udskrivningsstatus forudfyldes i alle områder under Sygepleje i Udskrivningsrapporten. Hvis der er flere mulige valg, kan man klikke på '+' for at hente dokumentation ind.

### **Bevægeapparat:**

Beskriv evt. særlige opmærksomheder ifm. mobilisering. F.eks. 'Patienten kan gå med rollator, behov for let støtte af en person'.

Henvis evt. til Genoptræningsplan (GOP) og beskriv målet med genoptræningen.

Beskriv eventuelle restriktioner.

### **Ernæring:**

Dysfagi, dysfagiscreening, Kvalmeproblematik? Diabetes?

Beskriv ernæringsform, kosttype. Specialkost?

Ved fortykkelse af væske beskrives konsistensen.

Beskriv evt. behov for hjælp til at spise og drikke, sondeernæringsplan, væskebehov og -restriktion, vægt og evt. plan for vejning i hjemmet.

Beskriv evt. behov for blodsuktermåling og pn insulin (skal være lægeordineret).

Grøn recept på proteindrikke ved udskrivelse?

Beskriv hvem der følger op på eventuelle problemstillinger, f.eks. egen læge, diabetis ambulatorie mm.?

### ***Hud og slimhinder:***

Beskrivelse af sår og sårpleje, hvornår er der sidst skiftet forbindelse og hvornår der skal skiftes igen. Bandage/plastre – skiftning, seponering – hvornår?

Evt. agraffer/ sutur, som skal fjernes – hvornår og af hvem?

Beskriv behandling med cremer/salver (skal være lægeordineret).

**NB:** Husk at medsende remedier til forbindskeft, agraffjernelse mv.

### ***Kommunikation:***

Beskriv bevidsthedsniveau, evne til at gøre sig forståelig/reagere mv.

Er patienten klar og relevant og kan give udtryk for egne behov?

Er patienten f.eks. kendt med demens? Relevant? Latenstid?

### ***Psykosociale forhold:***

Beskriv boligforhold, familie- og netværk, psykosocial tilstand.

Pårørendeinddragelse i udskrivelsesforløbet.

Patientens adfærd (uroelig, depressiv, delirøs).

Abstinenser, misbrug etc.

### ***Respiration og cirkulation:***

Aktuel respiration (dyspnø? Iltbehov?) Aktuelle sygdomme f.eks. hjertesvigt, afli eller iskæmisk hjertesygdom. Indsæt evt. aktuelle TOKS-værdier (gøres altid ved geriatriske patienter).

Beskriv evt. tilladelig respirationsfrekvens, hvis den vanligt er forhøjet.

Beskriv evt. behov for hjælp til PEP føjte og IH-medicin samt behov for hjemmeilt og aftaler ifm. etablering af dette.

Beskriv evt. behov for kontrol af blodtryksmåling og tilladeligt blodtryk.

For patienter med hjertesvigt, beskriv den sidste vægt fra indlæggelsen, hyppighed for vejning og evt. væskemax.

Beskriv evt. behov for hjælp til comprilanbind/støttestrømper.

IV behandling i hjemmet – aftaler beskrives.

Beskriv evt. særlig hjælp til medicin, fx injektioner, Nitroglycerin, mv

### ***Seksualitet:***

Beskriv evt. kropsoptagelse og seksuel funktion.

### **Smerter og sanseindtryk:**

Smerter

- Beskriv eventuel smerteanamnese
- Aktuel smertebehandling?
- Hvad forventes der ved udskrivelse? Herunder fx udtrappingsplan og opfølgning.

Sanseindtryk

- Bruger patienten briller eller høreapparat?

### **Søvn og hvile:**

Beskriv hvordan pt. har sovet under indlæggelsen og evt. behov for hvile i løbet af dagen.

### **Viden og Udvikling:**

Beskriv patientens forståelse for og håndtering af egen sygdom, compliance, mv, f.eks. injektionsteknik, kostændring, væskerestriktion.

### **Udskillelse af affaldsstoffer:**

Beskriv vandladnings- og afføringsmønster og problematikker ifm. udskrivelsen, som patienten har behov for hjælp til.

Stomi? (tømning, skiftning, hvad klarer pt. selv?)

KAD / SIK / RIK / Topkateter (Hvad har pt. behov for hjælp til?) Ved KAD – beskriv hvornår det sidst er skiftet? størrelse? ml i ballon, seponeringsdato, hvis det er midlertidigt.

Blebevilling/ blebruger / Kolbe ved udskrivelse skal skaffes?

Sidste aff. og type noteres. beskriv evt. behov for laksantia

**NB:** Husk at medsende remedier til f.eks. topkater, KAD, RIK mm., hvis der er tale om midlertidige behov.