

Udskrivellesstatus

Dokumentation i 'Udskrivellesstatus' kan anvendes som en metode til at **holde overblik** over patientens indlæggelsesforløb. En løbende opdateret 'Udskrivellesstatus' er desuden en stor hjælp i udskrivningsprocessen, idet en stor del af indholdet fra Udskrivellesstatus kan hentes ind i Plejeforløbsplanen og Udskrivningsrapporten.

'Udskrivellesstatus' findes i afdelingens Standardplan

The screenshot displays two windows from a medical information system. The left window, titled 'Plan og resultater', shows a list of activities for a patient on 29.03.21. The activities include 'Modtagelse af patient +...', 'Ankomststatus +...', 'Smittescreening +...', 'Trykskaderisiko, opsporing af +...', 'Tryksår, revurdering +...', 'TOKS (Tidlig opsporing af kritisk s...)', 'TOKS, Ordination (Tidlig opporin...', 'Målinger +...', 'Journaloptagelse +...', 'Gennemgang +...', 'Ernæringscreening +...', 'Vurdering af energi, protein og væsk...', 'Udskrivningsnotat +...', 'Opfølgende hjemmebesøg, screening...', and 'Udskrivningsstatus +...'. The right window, titled 'Udskrivellesstatus', shows a form for documenting the patient's status. It includes sections for 'Kort resumé af indlæggelsesforløbet', 'Aftaler efter udskrivelsen', 'Funktionsevnevurdering' (with sub-sections for 'Vaske sig', 'Af- og påklædning', 'Gå på toilettet', 'Forflytte sig', 'Færdes i forskellige omgivelser', 'Drikke', and 'Spise'), and several checkboxes for 'Funktion og færdigheder', 'Ernæring', 'Hud og slimhinder', 'Kommunikation', and 'Psykosocialt'. Each section has a 'Beskrivelse:' field for notes.

I Udskrivellesstatus kan du dokumentere **indlæggelsesforløbet** og status inden for de sygeplejefaglige behovsområder – 'sygeplejerskens epikrise'. Det er en fordel, allerede fra modtagelse af patienten, samt løbende, at notere følgende i 'Udskrivellesstatus':

- Indlæggelsesårsag
- Relevante undersøgelser og svar
- Behandlingsplaner
- Plejetiltag/planer mv.

Relevante sygeplejefaglige problemområder dokumenteres kort tid før udskrivelsen, således at dokumentationen er opdateret og brugbar ifm. udarbejdelse af Udskrivningsrapporten.

Funktionsevnevurderingen er en del af Udskrivningsstatus og beskriver patientens aktuelle funktionsevne. I Funktionsevnevurderingen dokumenteres patientens ressourcer ift. at:

- Vaske sig
- Klæde sig af og på

- Gå på toilet
- Forflytte sig
- Færdes i forskellige omgivelser
- Drikke
- Spise


'Funktionsevnevurderingen' udfyldes på følgende måde:

Hvert felt/aktivitet udfyldes med både prosa tekst 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.

Indholdet fra 'Udskrivelsesstatus' kan hentes direkte ind i en Plejeforløbsplanen og/eller Udskrivningsrapport via '+', dog skal hentes Funktionsevnevurderingen hentes ind ved at klikke på .