

## SJEKKLISTE VED INNLEGGELSE AV PASIENTER MED KOMMUNALE TJENESTER

DOKUMENTASJON VED INNLEGGELSE		Utført dato/sign	Ikke aktuelt dato/sign
Det er sendt innleggesskriv fra fastlege eller annen innleggende lege			
Det er sendt innleggingsrapport			
Oppdatert legemiddelliste sendt elektronisk til sykehuset <i>(hvis tjenesten har ansvar)</i>			
Det er informert om Multidose <i>(hvis tjenesten har ansvar)</i>			
Informasjon om koordinator og Individuell plan (IP) <i>(hvis pasienten har tildelt disse tjenestene)</i>			
Informasjon om kommunalt vedtak <i>(For pasienter med behov for følgetjeneste)</i>			
PRAKTISK			
Pasienten er meldt til sykehuset			
Er pasienten undersøkt av lege før innleggelse			
Informasjon om innleggelse er gitt pårørende			
Informasjon om pasienten har med seg klær, eiendeler, hjelpemidler etc.			
«Spesielle» medisiner f.eks. inhalasjonsmedisiner, øyedråper er sendt med pasienten			
TRANSPORT			
Reiser ved egen hjelp	Pårørende kjører		
Bestilt transport	Type transport		
ANNET			

# INNLEGGELSESRAPPORT

(Dersom opplysningene ikke er relevante skal dette kommenteres)

Ledetekst i rødt

## AKTUELL PROBLEMSTILLING/INNLEGGELSEÅRSÅK

## KLINISKE DIAGNOSER

*Sjekk om diagnosene er oppdatert*

## KRITISK INFORMASJON (HLR, CAVE, SMITTE M.M.)

## LEGEMIDDELOPPLYSNINGER

*Er medisinalisten oppdatert? Har pasienten behov for hjelp til administrasjon av legemidler?*

*Har pasienten multidose? Leveringsdag?*

## TJENESTER SOM PASIENTEN MOTTAR

*Type hjemmehjelp, trygghetsalarm, nattilsyn, hjelpemidler (feks. toalett forhøyer, rullator)*

*Antall tilsyn/dag*

## HELSEOPPLYSNINGER/FUNKSJONSBEKRIVELSE

*Beskriv normalsituasjon og nåsituasjon*

Pasientens egenvurdering	<i>Hva er viktig for pasienten? Ønsker og mål</i>
Kommunikasjon/ sanser	<i>Hørsel, språk, behov for tolk, kommunikasjonsevne.</i>
Kunnskap om pasienten	<i>Pasientens psykiske utvikling, mental status, hukommelsesproblemer, nedstemthet, adferd, selvmordsrisiko, voldsrisiko, samtykkekompetent</i>
Respirasjon/sirkulasjon	<i>vitale målinger</i>
Ernæring	<i>Vekt (dato), høyde, BMI, ernæringsrisiko, vektendring? Væske, elektrolyttbalanse. Svelgevansker, matallergi, diett. Ved underernæring, iverksatte tiltak, hva fungerer?</i>
Eliminasjon	<i>Inkontinens, inkontinensutstyr, kateter (dato, type), stomi (type), obstipasjon, lakserende midler</i>
Hud/vev/sår	<i>Risiko for trykksår, inkontinens assosiert dermatitt (IAD), sår, eksem, forebyggende tiltak, sårprosedyre, dato for siste bandasjeskift.</i>
Aktivitet/funksjonsstatus	<i>Hjelpebehov, aktivitetsnivå, hvor langt går pasienten? Risiko for fall? Forflyttingshjelpemidler?</i>
Smerte/ søvn/ hvile	<i>Velvære, kroniske/akutte smerter, hvordan påvirker dette pasienten? Søvnvaner</i>
Seksualitet/ identitet/ reproduksjon	<i>Sykdom/behandling/tilstand som påvirker pasientens seksualitet/reproduksjon</i>
Sosialt/åndelig	<i>Hjemmesituasjon, boforhold, nettverk, pårørende, kulturelt, livstil, interesser, rus og avhengighetsproblematikk</i>
Annet	<i>Legedelegerte oppgaver, tverrfaglige fagrapporter, samarbeidsmøter, behov for koordinerte tjenester, planer inkludert behov for opplæring, oppfølging og kontrolltimer</i>

## PRAKTISKE OPPLYSNINGER

Informasjon gitt til pasient og pårørende, pårørende er informert om innleggelsen, informasjon om medbrakte hjelpemidler/utstyr, navn og telefonnummer til ansvarlig enhet, kontaktinformasjon til koordinator hvis dette er opprettet

## KONTAKTINFORMASJON NÆRMESTE PÅRØRENDE

## OPPLYSNINGER OM BARN OG SØSKEN UNDER 18 ÅR (BARN SOM PÅRØRENDE)

## SJEKKLISTE UNDER OPPHOLD OG VED UTSKRIVELSE

<b>DOKUMENTASJON VED UTSKRIVELSE</b>	Utført dato/sign	Ikke aktuelt dato/sign
Epikrise med oppdatert legemiddelliste gitt til pasienten		
Epikrise med oppdatert legemiddelliste sendt til fastlege, innleggende lege og det helsepersonell som trenger det for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging ( <i>f.eks. sykepleietjenesten i aktuell kommune når pasienten skal ha oppfølging denne tjenesten</i> )		
E-resepter sendt		
Ved multidose er det sendt informasjon om nye og endrede medisiner til multidoselegen (fastlege, institusjonslege/ tilsynslege)		
Sykemelding		
<b>PASIENTER MED BEHOV FOR KOMMUNALE TJENESTER</b>		
Tidligmelding er sendt kommunen		
Melding om utskrivningsklar pasient er sendt		
Kommunen har gitt tilbakemelding om at den kan ta imot pasienten		
Hjemmesykepleie/bolig/institusjon har fått beskjed om og bekreftet forventet ankomst		
Utskrivningsrapport, sendt elektronisk		
Nye medikamenter sendt med til og med første virkedag		
Pasienter med multidose- medisiner sendt med til og med dato		
Forbruksmateriell sendt med etter avtale		
Ved nye prosedyrer/utstyr er opplæring gjennomført eller avtalt		
Vurdert behov for nettverksmøte med kommune/sykehus		
Vurdert behov for oppretting av individuell plan (IP) og/ eller koordinator		
Vurdert behov for ambulante tjenester		
<b>PRAKTISK</b>		
Informasjon om utskrivelse er gitt pårørende		
Informasjon om behov for kontrolltime hos fastlege og hvem som bestiller timen		

Seponert PVK, kateter, dren etc.					
Pasienten har fått med seg alle sine klær, eiendeler, hjelpemidler, dosett etc.					
Det er gitt informasjon om åpen dør status til pasient/pårørende					
Det er gitt informasjon om brukerstyrte seng					
Behandlingshjelpemidler bestilt	Følger med pasienten	Leveres hjemme	Hentes		
<b>TRANSPORT</b> <i>Vurdere om pasienten kommer seg fysisk inn i bolig? Har nøkler/har noen som møter hen hjemme? Behov for trappeklatrer? Gitt beskjed til taxisjåfør om at pasienten må følges helt inn eller møtes av personell</i>					
Reiser ved egen hjelp		Pårørende kjører			
Bestilt transport		Type transport			
<b>ANNET</b>					

# UTSKRIVNINGSRAPPORT

(Dersom opplysningene ikke er relevante skal dette kommenteres)

*Ledetekst i rødt*

## MEDISINSKE OPPLYSNINGER/ EPIKRISE

### AKTUELLE PROBLEMSTILLINGER/INNLEGGELSEÅRSAK

### KLINISKE DIAGNOSER OG UTREDNINGER

### KRITISK INFORMASJON

*HLR, cave, smitte m.m*

### PLANER OG BEHOV FOR OPPFØLGING

*Evt. kontrolltimer*

### VURDERT FORVENTET FREMTIDIG UTVIKLING

### LEGEMIDDELOPPLYSNINGER

*Er medisinalisten oppdatert? Legemidler som er sendt med pasienten/resept er formidlet til apotek  
Oppdatert legemiddelliste, Multidose?*

### TJENESTER SOM PASIENTEN MOTTAR

*Type hjemmehjelp, trygghetsalarm, nattilsyn, hjelpemidler (feks. toalettforhøyer, rullator)  
Antall tilsyn/dag*

## SYKEPLEIEOPPLYSNINGER

### AKTUELLE PROBLEMSTILLINGER

*Innleggesårsak, kort oppsummering av forløp, oppsummering fra andre avdelinger*

### HELSEOPPLYSNINGER/FUNKSJONSBESKRIVELSE

*Beskriv normalsituasjon og nåsituasjon*

Pasientens egenvurdering	<i>Hva er viktig for pasienten? Ønsker og mål</i>
Kommunikasjon/ sanser	<i>Hørsel, språk, behov for tolk, kommunikasjonsevne.</i>
Kunnskap om pasienten	<i>Pasientens psykiske utvikling, mental status, hukommelsesproblemer, nedstemthet, adferd, selvmordsrisiko, voldsrisiko, samtykkekompetent</i>
Respirasjon/sirkulasjon	<i>vitale målinger, Behov for Oksygen, inhalasjoner, akseptable saturasjonsmål, ødematøs? Behov for støttestrømper?</i>
Ernæring	<i>Vekt (dato), høyde, BMI, ernæringsrisiko, vektendring? Væske, elektrolyttbalanse. Svelgevansker, matallergi, diett. Ved underernæring, iverksatte tiltak, hva fungerer? Behandlingsmål med iverksatte tiltak.</i>
Eliminasjon	<i>Inkontinens, inkontinensutstyr, kateter (dato, type), stomi (type), obstipasjon, lakserende midler</i>
Hud/vev/sår	<i>Risiko for trykksår, inkontinens assosiert dermatitt (IAD), sår, eksem, forebyggende tiltak, sårprosedyre, dato for siste bandasjeskift.</i>
Aktivitet/funksjonsstatus	<i>Hjelpebehov, aktivitetsnivå, Risiko for fall? Behov for forflyttingsassistanse, forflyttingshjelpemidler?</i>
Smerte/ søvn/ hvile	<i>Velvære, kroniske/akutte smerter, hvordan påvirker dette pasienten. Søvnvaner</i>
Seksualitet/ identitet/ reproduksjon	<i>Sykdom/behandling/tilstand som påvirker pasientens seksualitet/reproduksjon</i>
Sosialt/åndelig	<i>Hjemmesituasjon, boforhold, nettverk, pårørende, kulturelt, livstil, interesser, rus og avhengighetsproblematikk</i>
Annet	<i>Legedelegerte oppgaver, tverrfaglige fagrapporter, samarbeidsmøter, behov for koordinerte tjenester, planer inkludert behov for opplæring, oppfølging og kontrolltimer, behov for hjelp til administrasjon av legemidler</i>

**PRAKTISKE OPPLYSNINGER**

*Informasjon gitt til pasient og pårørende, pårørende er informert om utskrivelse  
informasjon om hjelpemidler/utstyr, bandasjemateriell og engangsutstyr.  
Kontaktinformasjon til koordinator hvis dette er opprettet*

**KONTAKTINFORMASJON NÆRMESTE PÅRØRENDE****OPPLYSNINGER OM BARN OG SØSKEN UNDER 18 ÅR (BARN SOM PÅRØRENDE)**

## MAL FOR STRUKTURERT UTSKRIVINGSSAMTALE

Hva har skjedd – hva er gjort?

---

Hva er viktig for deg (pasient)?

---

Hva er videre behandlingsplan? (forklar tydelig)

---

Hva skal pasienten være spesielt oppmerksom på videre?

---

Informasjon om endring i medisiner

---

Hvor kan pasienten stille spørsmål etter utskriving?

---

Finnes relevant skriftlig informasjon? Gi ut

**Referanser** (med lenker):

Ahus, Vestfold, Innlandet og Østfold: [Kompetansebroen](#)

Direktoratet for E-helse: [Bruk av pleie og omsorgsmeldinger \(oppdatert 2020\)](#)

Helse Fonna: [Samarbeidsavtaler](#)

Helse Stavanger: [PLO innhold](#)

Lovdata: [Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter](#)

Vel Heim: rapport fra forprosjektrapport