

Sjekkliste 2 Hjemmetjeneste/HDO

Oppfølging av sykepleier innen tre dager etter utskrivning.

Fakta

Innen 3 døgn etter utskrivning fra sykehus, KØH, korttidsopphold, skal sykepleier utføre en kartlegging i pasientens hjemmemiljø/avdeling.

Besøket planlegges av den som mottar beskjed om utskrivelse og det lages tiltak i Gerica. Punkt 1-3 i sjekklisten utføres alltid på første besøk etter hjemkomst av sykepleier.

Dette er en hjelpemal, brukes som kladd. Kartleggingen skrives inn i brukers journal, bruk tekstbank og journal 500

Før hjemmebesøket

Les e-link og PF-1 (forberedelse hjemkomst)		
Forberedelse		Gå gjennom vedtak, epikrise/ medikamentliste og sykepleie-sammenfatning før samtale med bruker.
1. Status		
Aktuelt nå Hva er viktig for deg ?		Innleggelsesårsak og dagens situasjon. Hva vet du om din sykdom. Hva ønsker du ikke å vite? Hva er viktig for deg som vi kan følge opp?
Hensikten med oppholdet/tjenesten		Les vedtak fra tjenestekontoret. Vurder behov for andre tjenester? Etterspør hvis noe er uklart.
Tiltak på bakgrunn av epikrise (sykepleie-sammenfatning)		Les epikrise og skriv konkret hva som skal følges opp (lag tiltak i tiltaksplan og oppdater brukerstatus)
Restriksjoner		I forhold til belastning og bevegelse ved mobilisering.
Endring i funksjonsnivå Hvis det er en ny bruker beskrives alle områdene.		<ul style="list-style-type: none"> • Væske og ernæring • Personlig hygiene • Eliminering • Bevegelse/fysisk funksjon • Smerter • Hud/vev • Psykisk/kognitiv funksjon. Obs: Endring i brukers samtykkekompetanse. <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikasjon/sanser • Søvn/hvile
2. Medisiner		
Medisinadministrering /multidose		<ul style="list-style-type: none"> • Hvem har medikamentansvaret- Klarer brukeren å håndtere det selv? • Fjern gamle medisiner fra hjemmet
Samstemming av legemiddelliste		Oppdater liste, rett dosett og meld endring til multidose. Kontakt fastlege for samstemming
Cave		Føres på medisinkortet.

3. Vitale parameter (skrives inn i lab modul& journal)

<p>Respirasjon/sirkulasjon Respirasjon: _____ BT: _____ Puls: _____ SPO2: _____ Føres i lab modul i Gerica NEWS2 score føres også i journal. Ved forhøyet NEWS2 score og/eller endring i pasientens helsetilstand vurder videre tiltak og frekvens på nye målinger.</p>	<p>NEWS2 (NATIONAL EARLY WARNING SCORE 2)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>FYSIOLOGISKE PARAMETERE</th> <th>3</th> <th>2</th> <th>1</th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Respirasjonsfrekvens (pr. minutt)</td> <td>≤8</td> <td></td> <td>9–11</td> <td>12–20</td> <td></td> <td>21–24</td> <td>≥25</td> </tr> <tr> <td>SpO₂ Skala 1 (%)</td> <td>≤91</td> <td>92–93</td> <td>94–95</td> <td>≥96</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SpO₂ Skala 2 (%)</td> <td>≤83</td> <td>84–85</td> <td>86–87</td> <td>88–92 ≥93 på luft</td> <td>93–94 på oksygen</td> <td>95–96 på oksygen</td> <td>≥97 på oksygen</td> </tr> <tr> <td>Luft eller oksygen</td> <td></td> <td>Oksygen</td> <td></td> <td>Luft</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Systolisk blodtrykk (mmHg)</td> <td>≤90</td> <td>91–100</td> <td>101–110</td> <td>111–219</td> <td></td> <td></td> <td>≥220</td> </tr> <tr> <td>Pulsfrekvens (pr. minutt)</td> <td>≤40</td> <td></td> <td>41–50</td> <td>51–90</td> <td>91–110</td> <td>111–130</td> <td>≥131</td> </tr> <tr> <td>Bevissthetsnivå **</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>A</td> <td></td> <td></td> <td>C, V, P, U</td> </tr> <tr> <td>Temperatur (°C)</td> <td>≤35,0</td> <td></td> <td>35,1–36,0</td> <td>36,1–38,0</td> <td>38,1–39,0</td> <td>≥39,1</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>* Skala 2: Lege skal dokumentere i journal når Skala 2 skal brukes Ved alle andre tilfeller brukes Skala 1</p> <p>** Bevissthetsnivå: A = Alert (Våken) C = Confusion (Nyoppstått forvirring) V = Voice (Reagerer på tiltale) P = Pain (Reagerer på smertestimulering) U = Unresponsive (Reagerer ikke på tale- eller smertestimulering)</p>	FYSIOLOGISKE PARAMETERE	3	2	1	0	1	2	3	Respirasjonsfrekvens (pr. minutt)	≤8		9–11	12–20		21–24	≥25	SpO ₂ Skala 1 (%)	≤91	92–93	94–95	≥96				SpO ₂ Skala 2 (%)	≤83	84–85	86–87	88–92 ≥93 på luft	93–94 på oksygen	95–96 på oksygen	≥97 på oksygen	Luft eller oksygen		Oksygen		Luft				Systolisk blodtrykk (mmHg)	≤90	91–100	101–110	111–219			≥220	Pulsfrekvens (pr. minutt)	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131	Bevissthetsnivå **				A			C, V, P, U	Temperatur (°C)	≤35,0		35,1–36,0	36,1–38,0	38,1–39,0	≥39,1		<p>Beskriv observasjoner du har gjort knyttet til vitale parametre ABCDE. A/B: Respirasjon (ubesværet/besværet, bruk av hjelpemuskulatur) surklung, hoste, slim, C: BT. Regelmessighet på puls. Hud (klam, varm, tørr evt ødemer) D: Bevissthetsnivå (NB-nyoppstått!) E: Temp F: Videre tiltak</p> <p>Husk også på utfyllende undersøkelser som CRP, BLS & U-stix</p>
FYSIOLOGISKE PARAMETERE	3	2	1	0	1	2	3																																																																			
Respirasjonsfrekvens (pr. minutt)	≤8		9–11	12–20		21–24	≥25																																																																			
SpO ₂ Skala 1 (%)	≤91	92–93	94–95	≥96																																																																						
SpO ₂ Skala 2 (%)	≤83	84–85	86–87	88–92 ≥93 på luft	93–94 på oksygen	95–96 på oksygen	≥97 på oksygen																																																																			
Luft eller oksygen		Oksygen		Luft																																																																						
Systolisk blodtrykk (mmHg)	≤90	91–100	101–110	111–219			≥220																																																																			
Pulsfrekvens (pr. minutt)	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131																																																																			
Bevissthetsnivå **				A			C, V, P, U																																																																			
Temperatur (°C)	≤35,0		35,1–36,0	36,1–38,0	38,1–39,0	≥39,1																																																																				
<p>Infeksjonstegn</p>		<p>Husk: QUICK- SOFA (2 av 3 kriterier kan indikere sepsis)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endret mental status • Resp.frekvens > 22/min • Systolisk BT <100 																																																																								
<p>Almenntilstand</p>		<p>Observer endring i allmenntilstand</p>																																																																								
<p>Hjelpemidler og velferdsteknologiske løsninger</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Er det bestilt nye hjelpemidler og evt. av hvem? Er de på plass? Behov for opplæring? • Er det behov for ytterligere nye hjelpemidler? Evt. bestill. • Kan pasienten bruke trygghetsalarmen?Test 																																																																								

4. Fastlege og diagnoser

<p>Plan for behandling ved forverring av tilstanden.</p> <p>Hva er viktig for deg ved en forverring av din helsetilstand?</p>		<p>Må det lages en plan for videre oppfølging ved forverring evt ta stilling til res minus. umiddelbart? (Eks: medisiner, AB behandling, væskebehandling og innleggelse.) Tilby « forhåndssamtale der det er aktuelt»</p>
<p>Diagnoser</p>		<p>Fra fastlege/epikrise Skrives inn i journalkode 5.</p>
<p>Timebestilling fastlege</p>		<p>Avklar hvem som bestiller time</p>

5. Fokusområder - Skal det iverksettes tiltak ift:

<p>Ernæring</p>	<p>Vekt (skrives i Gerica lab.modul/helsekort): Ernæringsstatus: Tiltak:</p>	<p>Ved underernæring skal det lages en ernæringsplan (se egen prosedyre i QM).</p>
<p>Kognitiv svikt</p>		<p>Behov for utredning av demens? Følg rutine for henvisning. Kontakt demenskoordinator</p>
<p>Lindrende omsorg</p>		<p>Behov for samtale/oppfølging av kreft/lindrende koordinator</p>

Fall		Hvis pasienten har en falltendens eller vurderes til å ha økt risiko for fall: <ul style="list-style-type: none"> Hvilke fallforebyggende tiltak er iverksatt?
Redusert egenmestring		Behov for å koble på fysio/ergo? Trening? Hverdagsrehabilitering?
Andre områder		Brann, sikkerhet, smitte....

7. Etterarbeid

- Oppdater tiltaksplanen
- Oppdater ADL/ IPLOS
- Send e-link til fastlege: Opplys om pasientens tilstand (observasjoner, NEWS2, tjenester i kommunen). Etterspør legemiddelsamstemming.
- Dersom ny pasient tildele primærkontakt & lever ut serviceerklæring.
- Ved reinnleggelse på sykehus, fyll ut sjekklister 7 i samarbeid med gruppesykepleier

Vedlegg 1. Ernæringskartlegging

Ernæringskartlegging			Score min pasient
Trinn 1 BMI	>20 (>30 fedme)	Score 0	
	>18,5-20	Score 1	
	<18,5	Score 2	
Trinn 2 Ufrivillig vekttap de siste 3-6 mnd	<5%	Score 0	
	5-10%	Score 1	
	>10%	Score 2	
Trinn 3 Score for akutt sykdom	Hvis pasienten lider av akutt sykdom og ikke har hatt eller sannsynligvis ikke vil ha næringsinntak i fem dager eller mer	Score 2	
Trinn 4 Samlet risiko for underernæring	Legg sammen scorene for å beregne samlet risiko for underernæring.	Score 0 = Lav risiko Score 1 = Middels risiko Score 2 eller mer = Høy risiko	Totalscore:

Vedlegg 2 – Hjelp ved vurdering av samtykkekompetanse

1. Bakgrunn (Pasient – og brukerrettighetsloven § 4-3)

Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming **åpenbart** ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.

Den som **ytter** helsehjelp avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke etter annet ledd. Helsepersonellet skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp, jf. § 3-5.

2. Kartlegging

Bevar spørsmålene under med Ja/nei	Ja	Nei
Evner pasienten å uttrykke valg?		
Forstår pasienten informasjonen som er relevant for å ta beslutning om helsehjelp?		
Anerkjenner pasienten informasjonen i egen situasjon, spesielt i forhold til egen lidelse og mulige utfall av de ulike behandlingsoalternativer?		
Evner pasienten å bedømme relevant informasjon ved avveining av ulike behandlingsoalternativer?		
Er du overbevist om at pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter? En mindre reduksjon i forstandsevnen er ikke tilstrekkelig.		
Er du i tvil skal pasienten ha rett til å samtykke til behandlingen eventuelt til å nekte å motta behandling.		
Mangler pasienten helt eller delvis samtykkekompetanse?		

3. Viktig

- Pasientens evne til å samtykke skal vurderes **konkret** i forhold til beslutningen om helsehjelp som skal tas. (Dvs at samtykkekompetanse kan falle helt bort på enkelte tiltak, men ikke for andre. Vi skiller mellom hel eller delvis samtykkekompetanse og områdene skal beskrives konkret. For eksempel: Pasienten mangler samtykkekompetanse i forhold til å forstå at han trenger insulininjeksjon og har behov for døgnbasert opphold.
- Pasientens forutsetninger for å kunne samtykke skal optimaliseres.

4. **Vedtak:** Ved manglende samtykkekompetanse ligger prosedyre og skjema i QM+ og i Gericas som flettemal nr. 271. Det skal også dokumenteres i brukerstatusfeltet.