

Mål:

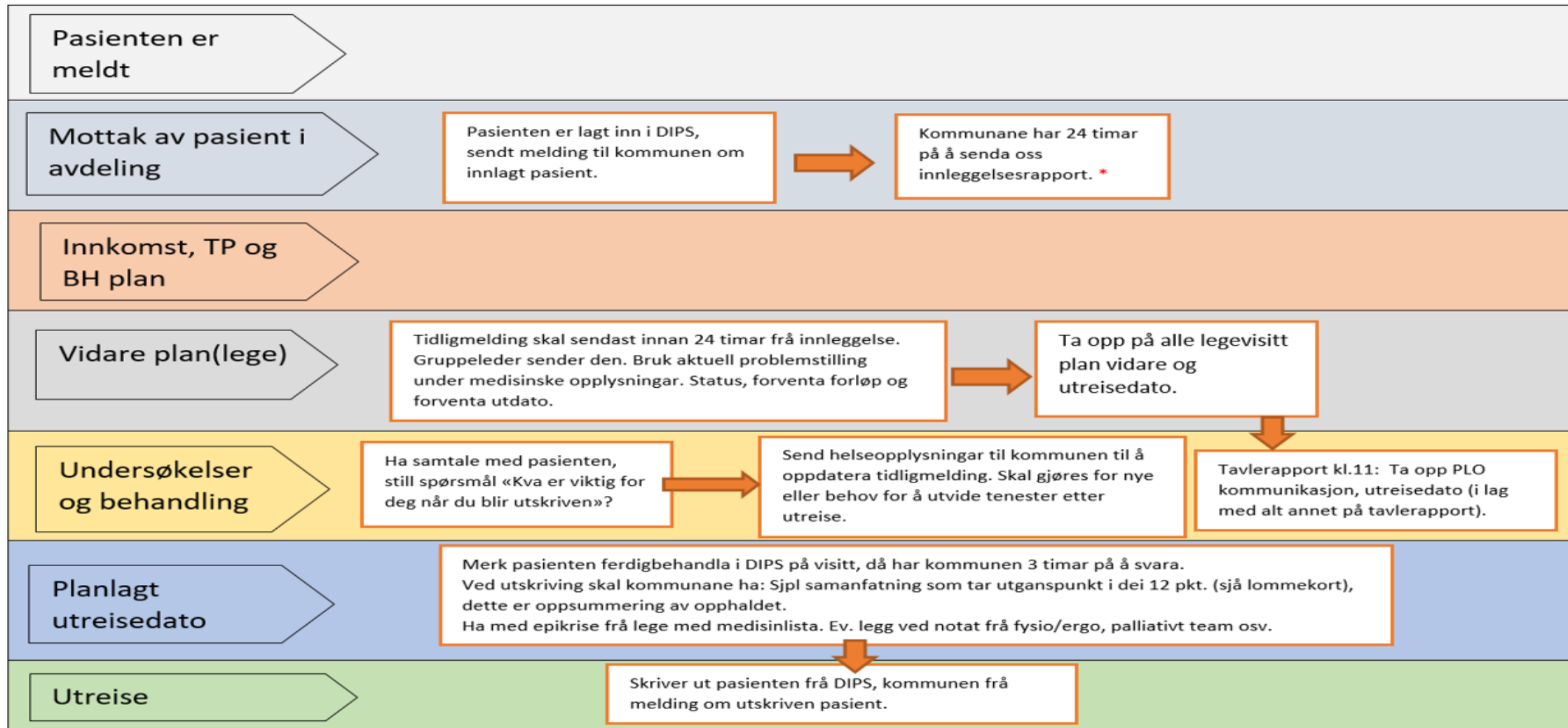
- Me ynskjer å forbetra samhandling og informasjonsflyt mellom sengepostane og primærhelsetenesta.
- Me skal sjå på og vurdera heile prosessen frå pasienten blir innlagt og til utskriving, lage pasientflyt.
- Kartlegge kva er viktig for dei tilsette med tanke på PLO; verktøy, informasjon og opplæring?
- Kva meina tilsette kan forbetrast i samhandlinga med kommunane?

Status:

- Lommekort tatt i bruk på medisinsk sengepost LSH, blir implementert i andre avdelingar også.
- Fokus på PLO på tavlerapport / midtrapport kl. 11
- Me er flinkare å innhenta informasjon der me trenger få kommunane. Ikkje alltid det er sendt godt innleggelsesrapport frå kommunane. Bättre informasjon inn → bättre informasjon ut (Som regel er det sendt IPLOS tall som følger med i rapporten som sier lite om behovet).



Forbedringsområde/tema	Hva ønsker vi å oppnå/mål	Tiltak
<ul style="list-style-type: none"> • Bedre pasientforløp, med fokus på PLO. • Gjelder pasienter som har tjenester fra kommunen fra tidligere. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bedre flyt i kommunikasjonen mellom sykehus til kommune. • Bedre planleggingen av utskrivelsen til kommunen. • Tidligere og mer utfyllende informasjon til og fra kommunen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lommekort • Eget punkt på tavlerapporten • Spl.tar opp spm. om utdato på legevisitt • Flytskjema - pasientforløp



* Det er ynskjeleg med detaljert informasjon om pasienten, ADL funksjon, hjelpebehov og omfang av tilbud frå kommunen. (IPLOS er ikkje nok). Utanom disse punktane skal det brukast forespørsel (behov for meir informasjon for eksempel) og svar på forespørsel med «svar på forespørsel». Send «avmelding av utskrivingssklar» om pasienten ikkje lenger er utskrivingssklar (eller feilregistrert). Vurder då behov for å senda oppdatert helseopplysning.

Mal for utskrivingsrapport/Helseopplysninger:

Skriv u.a. på dei punkta som ikkje er aktuelle. Gje ei kort oppsummering av heile sjukehusopphaldet

Viktige punkt for funksjonsvurdering i Helseopplysningsmelding i PLO dersom pasienten har endra funksjon/pleienivå ved utskriving merka med **rødt**.

1. Kommunikasjon/sanser: Hørsel. Syn. Språkvanskar. Non-verbal kommunikasjon.

2. Kunnskap/utvikling/psyk: Kognitiv funksjon: uro, angst, forvirra, hukommelse. Oppfattelse av situasjon(pasient/pårørende). Trygghet.

3. Sirkulasjon/Respirasjon: NEWS (Siste målingar). Oksygen/inhalasjon. Ødem. Behov for støttestrømpar.

4. Ernæring/væskebalanse: Kost. Diett. Medisinsk ernæringsbehandling. Diabetes. Allergi. Appetitt. Drikkerestriksjon. Tryggpleie: Ernæringsmessig risiko/-status (Forklar tiltak). Ernæringsbehov. Årsak ernæringsvansker. Notat fra ernæringsfysiolog. Tannstatus.

5. Eliminasjon: Urin. Avføring. Urinkater/SIK/Stomi/bleie.

6. Hud/vev/sår: Hudstatus. Sårprosedyre. Forebyggende tiltak. Tryggpleie: Trykksår risiko(Forklar tiltak)

7. Aktivitet/funksjonsnivå: ADL beskrivelse. Personlighigiene. Hjelpemiddel. Fysio/ergo. Tryggpleie: Fall risiko(Forklar tiltak)

8. Smerter/Søvn/kvile/velvære: Beskrivelse av smerte (Lokasjon, karakter, mønster, intensitet). Søvn mønster. Allmenntilstand.

9.: Seksuelt/reprod. Samliv. Utfordringer

10. Sosialt/Planlegging av utskrivelse: Heimesituasjon. Kommunalhjelp. Pasientens ønsker. Dersom reise, informasjon til pårørende. Transport.

11.: Åndeleg/kulturelt/livsstil: Verdier, kultur, religion og livsstil.

12. Anna/legedelegert: Palliasjon. Nyttig informasjon som ikkje passar under dei andre punkta. Trenger pasienten medisinar med seg heim?