

# Checklista: Innehåll utskrivningsrapport i Prator

*Denna checklista kan för dig som yrkesverksam inom slutenvården vara ett stöd kring vad som ska skrivas i Prators utskrivningsrapport för att säkerställa en trygg och säker utskrivning för den enskilde individen.*

*Observera att nedanstående förslag enbart är en hjälptext och att det kan finnas alternativ som inte omnämns. Information kan ändras eller fyllas på efterhand som ny information framkommer.*

## Sjuksköterska

### Aktivitetsförmåga/funktionsförmåga

*Fyll i om personen är oberoende/beroende i de olika aktiviteterna. Är personen beroende av stöd eller hjälp i någon av aktiviteterna beskriv då på vilket sätt, ta gärna stöd av hjälptexten nedan.*

- ✓ **Äta och dricka-** (stöd med matning, att dela mat, socialt måltidsstöd etc.)
- ✓ **Vända sig i säng-** (stöd med lägesändring, vändschema etc.)
- ✓ **Förflyttning i/ur säng-** (behövs stöd av person och/eller hjälpmedel och i så fall vilka)
- ✓ **Förflyttning inomhus-** (behövs stöd av person och/eller hjälpmedel och i så fall vilka)
- ✓ **Förflyttning utomhus-** (behövs stöd av person och/eller hjälpmedel och i så fall vilka)
- ✓ **Sköta toalettbehov-** (i vilka moment behöver personen stöd/hjälp och vilka hjälpmedel används)
- ✓ **Personlig hygien-** (stöd/handräckning/hjälp med nedre och/eller övre hygien etc.)
- ✓ **Dusch-** (vilken del av duschmomentet behöver personen hjälp med)
- ✓ **Påklädning/avklädning-** (hjälp/stöd/handräckning med nedre och/eller övre klädsel etc.)
- ✓ **Natttillsyn-** (stöd med toalettbesök/byte av inkontinensskydd eller trygghetsbesök natt samt eventuell omfattning)
- ✓ **Handla** (om kännedom finns)
- ✓ **Laga mat** (om kännedom finns)
- ✓ **Städa** (om kännedom finns)
- ✓ **Tvätta** (om kännedom finns)
  
- ✓ **Syn-** (glasögon etc.)
- ✓ **Hörsel-** (hörapparat etc.)
- ✓ **Kognitiv förmåga-** (kognitiv svikt? Demensdiagnos? Hur ger sig detta uttryck? etc.)
- ✓ **Kommunikationsförmåga-** (Begränsad förmåga att kommunicera? På vilket sätt? Etc.)
- ✓ **Förmåga att larma-** (upplevs personen vara klar och adekvat att kunna larma vid behov)
- ✓ **Fallrisk-** (ostadig i sin gång? Obalans? Finns rapporterade fall? Riskbedömning? etc.)
- ✓ **Oro-** (larmat mycket eller uttryckt oro och i så fall på vilket sätt etc.)

## Utförda planerade åtgärder

### Allmän omvårdnad

Här skrivs övrig information som kan vara av vikt för mottagande kommun och öppenvård att känna till. Information kan variera beroende på mottagarens tidigare kännedom om patienten samt beroende på vilken information som framkommit under vårdtillfället. Informationen kan exempelvis bestå av följande:

- ✓ Vilka åtgärder har utförts?
- ✓ Förmåga före inskrivning ADL-förmåga, förflyttningsförmåga, kognitiv förmåga och kommunikationsförmåga etc.
- ✓ Tidigare hjälpmedel
- ✓ Social situation och boendemiljö

### Specifik omvårdnad

- ✓ **Syrgas:** (ska personen ha syrgas med sig hem eller ska den avvecklas, hur mycket syrgas har personen etc.)
- ✓ **Sond:** (aktuellt med sond vid utskrivning? Vilken sondnäring och hur ofta?)
- ✓ **Injektioner:** (vilka injektioner är aktuella och i vilken omfattning?)
- ✓ **Smärtlindring:** (vilken smärtlindring och i vilken omfattning)
- ✓ **KAD:** (om KAD ska dras innan utskrivning eller inte)
- ✓ **Omläggning:** (vilken omläggning och hur ofta ska omläggning göras)

### Ansvarig läkare

- ✓ Ansvarig slutenvårdsläkare: (skriv namn på ansvarig slutenvårdsläkare)

---

## Arbetsterapeut

### Utförda/planerade åtgärder

- ✓ Bedömning av arbetsterapeut och/eller fysioterapeut vid behov
- ✓ Insatser efter utskrivning
- ✓ Hur förflyttning görs
- ✓ Genomförd trappträning?
- ✓ Info om hemmiljön/aktuella hjälpmedel etc.

---

## Läkare

### Status

Underrubrikerna utgår från rubrikerna i Prator. Som stöd att fylla i dessa kan SBAR användas.

S=Situation, B=Bakgrund, A=Aktuell bedömning, R=Rekommendation.

### Bedömning

- ✓ Inskrivningsorsak (S)
- ✓ Vad har hänt? (Aktuell situation) (S)
- ✓ Relevant sjukhistoria för en helhetsbild (exempel: smittorisk, allergi, Covid-19 etc.) (B)
- ✓ Pågående behandling och insatser (A)
- ✓ Om palliativ vård är aktuell: Palliativ diagnos (Z-diagnos)? Brytpunktssamtal genomfört? Är det palliativa teamet inkopplat? (A)

### Planering inför utskrivning

- ✓ Åtgärder/behandlingar aktuella efter utskrivning (exempel: omläggningar, drän, kateter, sond, PICC- line, stygntagning, PEG, näringsdropp, preventiva insatser etc.) (R)
- ✓ Uppföljning planerad? (Exempel fortsatt provtagning, remiss vårdcentralen, ny operation, strålbehandling etc.) (R)
- ✓ Förändrad läkemedelsbehandling (R)

### Mål

- ✓ Mål inför utskrivning (exempel: uppnå viss funktionsförmåga/självständighet, få samordnade stödinsatser etc.)

### Preliminärt utskrivningsdatum

- ✓ Skriv preliminärt utskrivningsdatum
- 

## Sjukgymnast

### Utförda/planerade åtgärder

- ✓ Bedömning av arbetsterapeut och/eller fysioterapeut vid behov
  - ✓ Insatser efter utskrivning
  - ✓ Hur förflyttning görs
  - ✓ Genomförd trappträning?
  - ✓ Info om hemmiljön/aktuella hjälpmedel etc.
- 

## Information som kommuniceras via extrameddelande

*Nedan beskrivs information som är viktig för kommun och öppenvård att veta vid planering inför utskrivning men som inte framgår i utskrivningsrapporten utan med fördel kommuniceras via extrameddelande i Prator.*

- ✓ Kontaktuppgifter till anhöriga/motsvarande (Finns kännedom redan vid inskrivning läggs kontaktuppgifter in i inskrivningsmeddelandet).
- ✓ Kan patienten själv eller med hjälp av annan uppsöka vårdcentral eller mottagning?
- ✓ Dialog med kommun och öppenvård om behov av SIP föreligger och vart den i så fall bör genomföras; inneliggande eller i hemmet efter utskrivning.
- ✓ Planerad tidsram för utskrivning. Signal när utskrivning börjar närma sig. Detta sker även i dialog med patienten och eventuellt anhöriga för deras förberedelse.