

Inrapporteringsunderlag TryggVE

- manual för ifyllnad

Innehållsförteckning

Inrapporteringsunderlag TryggVE.....	1
Inledning	2
Hur ska inrapporteringsunderlaget användas?	2
Var hittar jag inrapporteringsunderlaget?.....	2
Vem/vilka ska använda inrapporteringsunderlaget?.....	2,3,4
Genomförande.....	5

Inledning

Ett inrapporteringsunderlag har tagits fram för att sammanställa information om de patienter som omfattas av TryggVE - modellen.

Inrapporteringsunderlaget kommer att användas som underlag i utvärderingen av TryggVE - projektet.

Denna manual är avsedd som hjälp vid ifyllnad av inrapporteringsunderlag.

Hur ska inrapporteringsunderlaget användas?

Inrapporteringsunderlaget används för att sammanställa information om de TryggVE - patienter som finns i verksamheterna. Den insamlade informationen kommer att kunna användas inom den egna verksamheten för verksamhetsuppföljning och för den externa utvärderingen som FoU Sjuhärad Välfärd gör.

Var hittar jag inrapporteringsunderlaget?

Inrapporteringsunderlaget finns att ladda ner från TryggVEs hemsida.

<http://tryggve.vgr.se/sv/Narvardssamverkan-sodra-alsborg1/Toppmeny/var-verksamhet/Utvecklingsrad/Aldre-multisjuka-multisviktande/projekt-TryggVE/>

Vem/vilka ska använda inrapporteringsunderlaget?

Kontaktpersonerna ansvarar för att informera om inrapporteringsunderlaget, och patientansvarig sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och biståndshandläggare ansvarar för att fylla i inrapporteringsunderlaget.

För patienter som enbart har insatser enligt Socialtjänstlagen, fyller biståndshandläggaren i uppgifter i inrapporteringsunderlagets ” Bakgrund om patienten” och bedömningar ”Trygghet”.

Sjuksköterska

- **STEG 1:** fyll i ”*Bakgrundsdata om patienten*”
- patientens personnummer
- var patienten bor
- är patienten identifierad sedan tidigare i kommun, sjukhus eller primärvård.
- Viktigt att skriva om patienten har namngiven PAL,PAS, AT, SG samt SOL insatser i form av (trygghetslarm, hemtjänst. m.m.) .

- Har samordnad vårdplanering skett i samband med in- och utskrivning från slutna vård till öppen vård/eller **vårdplanering** mellan primärvård (PV) och kommun eller vid utskrivning från korttidsenhet.

- **STEG 2:** sök i journalen efter alla bedömningar/besök som är utförda under mätperioden om *Trygghet, Risk för trycksår, Risk för fall, Risk för undernäring, Ångest och depression, Demens, Alkoholkonsumtion, Läkemedel* och kryssa i under respektive bedömningsinstrument.

Med ”**senaste bedömning**” menas: bedömning utförd med bedömningsinstrumenten MNA, Norton, HAD, Audit, MMMSE-SR och Klocktest, Läke-medelsgenomgång, Symtomskattning, VAS- trygghet, Fallriskbedömning DFRI eller ”sedvanlig” HSL bedömning under respektive sökord.

PS. ”sedvanlig” HSL bedömning kan t.ex. vara att man har följt upp en viktminskning utan att göra en ny MNA. Att man följt upp psykisk ohälsa med ett uppföljande samtal utan att göra en ny HAD .

Att man följt upp funktions/aktivitetsförmåga utan att göra bedömning med bedömningsinstrument.

Om en riskbedömning är gjord med TryggVE bedömningsinstrument inom undernäring, trycksår eller fall i Senior Alert under mätperioden, överför du bara dessa data till TryggVE inrapporteringsunderlag eftersom TryggVE och Senior Alert använder samma bedömningsinstrument.

STEG 3: patienter som inte har genomgått några bedömningar under mätperioden, viktigt att STEG 1 ”bakgrundsdata om patienten” fylls i.

STEG 4: skicka inrapporteringsunderlaget till delprojektledare:

Arbetsterapeut och sjukgymnast

- **STEG 1:** skriv patientens personnummer och namn.
- **STEG 2:** sök i journalen efter alla bedömningar/besök som är utförda under mättningsperioden om *Funktionsförmåga, Aktivitetsförmåga, Trygghet och Demens*.

Med "**senaste bedömning**" menas: bedömning utförd med bedömningsinstrumenten Sunnaas, ADL taxonomin, GMF, Bergs balanstest, TUG, Chair stand test, MMSE-SR och Klocktest och VAS- trygghet eller "sedvanlig" HSL bedömning/åtgärd under respektive sökord.

Arbetsterapeut/sjukgymnast som har bedömt Trygghet under mättningsperioden, skriver datum för senaste kontakt samt resultatet av skattningen sist i dokumentet, förhand. Arbetsterapeut som har bedömt MMSE-test/Klocktest under mättningsperioden skriver senaste bedömningsdatum sist i dokumentet, förhand.

STEG 3: patienter som inte har genomgått några bedömningar under mättningsperioden, viktigt att DU fyller i namn och personnummer och att noterar bedömning inte har utförts.

STEG 4: skicka inrapporteringsunderlaget till delprojektledare:

Genomförande

Inrapporteringsunderlaget är ett arbetsdokument och ska förvaras enligt lokala rutiner för hantering av sekretessuppgifter. Uppgifterna fylls i via journalgranskning.

Varje kommun har ett journalsystem som inte alltid stödjer granskning av TryggVE patienter. Även om det är utfört bedömningar/åtgärder och detta är dokumenterat i den ”vanliga” omvårdnad/ rehabjournalen, så är kontaktpersonerna i TryggVE tacksamma för att patientansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast överför den informationen till inrapporteringsunderlaget.

Hur ofta fylls uppgifterna i?

Uppgifterna fylls i vid varje byte av vårdgivare samt inför varje gemensam insamling:

- *september 2012* (avser mätning maj-augusti)
- *januari 2013* (avser mätning september-december)
- *april 2013* (avser mätning 1 januari- 31 mars)

Alla uppgifter som är kända fylls i oavsett om de har utförts hos en annan verksamhet/vårdgivare.

Inrapporteringsunderlaget

Originalen behålls i verksamheten. Verksamheten skickar en kopia på inrapporteringsunderlaget till delprojektledaren.

Tack på förhand för gott samarbete inom TryggVE projektet.

