

Samverkansrapport/Screening angående matproblem

Till namn/enhet: _____ fax.nr _____ tel.nr _____

Från namn och enhet: _____ fax.nr _____ tel.nr _____

Inhämtat **muntligt samtycke** för överrapportering mellan vårdgivare från patient/brukare

Namn: _____ Pers.nr: _____ -

Närstående/hemtjänst: _____ Tel.nr: _____

Screeningfrågor för undernäingsrisk används av hemtjänsten Datum och signatur: _____

Försämrad ork/förmåga Ofrivillig vikt förlust/låg vikt Ätsvårigheter

Aktuell vikt: _____ kg Tidigare vikt: _____ Datum: _____

Om minst ett av dessa problem förekommer fyll i resten av samverkansrapporten och faxa den till ansvarig person.

Problembeskrivning

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dålig aptit | <input type="checkbox"/> Problem med munhälsan |
| <input type="checkbox"/> Svårt att göra i ordning mat | <input type="checkbox"/> Äter inga/få mellanmål |
| <input type="checkbox"/> Äter bara liten portion/delar matlådan | <input type="checkbox"/> Glömmer bort att äta/oregelbundna matvanor |
| <input type="checkbox"/> Svårt att tugga/svälja | <input type="checkbox"/> Förstoppning/Diarré/Illamående |
| <input type="checkbox"/> Dricker för litet/kissar mindre | <input type="checkbox"/> Nattfastan överstiger 11 timmar |
| <input type="checkbox"/> Funktions- eller rörelsehinder/sittställning | <input type="checkbox"/> Nedstämdhet/psykisk ohälsa/förvirrad |
| <input type="checkbox"/> Ensidigt livsmedelsval | <input type="checkbox"/> Vet ej |

Aktuella problem/Bakgrund/Rekommendation: _____

Bekräfta mottaget fax *genast* genom att faxa detta fax i retur! Datum: _____ signatur _____

mellan äldreomsorgen och primärvården

Datum: / 20

Svar om utförd eller planerad åtgärd _____

Datum: _____ Namn: _____

Bekräfta mottaget fax *genast* genom att faxa detta fax i retur! Datum: _____ signatur _____

Samverkansrapporten

Förklaring

Till/Från ansvarig kontaktperson/distriktssköterska/biståndshandläggare.

Viktigt att både namn och enhet framkommer på faxet.

Viktigt att muntligt samtycke inhämtas från den äldre p.g.a. gällande sekretessregler. Fyll i namn och personnummer på den person som ärendet gäller, samt kontaktuppgifter till närstående när detta anses viktigt.

Screeningsfrågor

Kontaktperson inom hemtjänst screenar var 3:e månad angående risk för undernäring genom 3 frågor och viktkontroll.

Ork och förmåga: Den äldre orkar eller klarar inte av saker som han/hon tidigare har klarat.

Ofrivillig vikt förlust/låg vikt: Viktnedgång som ej beror på bantning. Jämför med tidigare vikt.

Åtsvårigheter: Försämrad aptit, tugg- och sväljsvårigheter och/eller funktionshinder som påverkar intag av mat och dryck.

Problembeskrivning

Beskriv *aktuella problem* med kryssalternativ och/eller egna ord.

Bakgrund: Vad har hänt? Vad tror du kan vara orsaken till problemet?

Rekommendation: Vilka åtgärder önskar du?

Faxrutiner

Faxa samverkansrapporten och följ upp bekräftelse på mottaget fax.

Sker bekräftelse via telefon ska du själv datera och signera att faxet nått mottagaren.

Utebliven bekräftelse innebär att du måste faxa samverkansrapporten igen!

Enligt upprättade faxrutiner i samråd med Socialstyrelsen 2011 ska följande dokumenteras:

Inhämtat samtycke, att samverkansrapport har faxats eller har mottagits, datum, avsändare och mottagare.

Samverkansrapporten ska även journalföras.

Motivationsfaktorer för god nutrition till äldre

Ett bra näringstillstånd ökar möjligheten

att leva ett självständigt liv och kunna bo hemma längre

att behålla muskelmassan och därmed minska risken för fall och fallskador

att stärka motståndskraften mot infektioner och sjukdom

att tillfriskna snabbare vid sjukdom

att orka med aktiviteter och höja livskvalitén

att behålla aptiten samt njuta av god mat och dryck och därmed minska risken för undernäring