

Dokumentationsstöd för planeringsunderlag Psykiatrisk slutenvård Lifecare SP

Patientbehov

Önskar patienten samordnad individuell planering?

Om ja – skriv i kommentarsrutan om patienten har behov av samordning inom regionen, inom kommunen eller mellan region och kommun. Dokumentera vilka regelbundna kontakter patienten/närstående uppger att patienten har med kommunen och/eller inom regionen (vilka mottagningar/ specialiteter)

Exempel – hemtjänst/boendestöd, hemsjukvård, närpsykiatri, njurmottagningen (njursvikt), dialysmottagningen, hjärtmottagningen (hjärtsvikt).

Om nej – Kom ihåg att även registrera detta via *Översikt* - ”Patient nekar SIP”.

Återinläggning

Finns hög risk för återinläggning? (Vilka risker har ni identifierat?)

Om ja - skriv i kommentarsrutan er bedömning av vilka risker ni observerat som kan göra att patienten blir återinlagd.

Exempel - svår sjukdom, smärta, sköter inte sina läkemedel, tackar nej till insatser i hemmet, sviktar socialt hemma.

Läkemedel

Krävs det åtgärder för att läkemedelsbehandlingen ska fungera efter utskrivningen? (dosettdelning, inlåsta läkemedel, hämta delade läkemedel, injektioner, provtagning, koncentration)

Om ja - skriv i kommentarsrutan er bedömning av vilka insatser som krävs för att patienten själv ska kunna sköta sin läkemedelsbehandling, exempelvis egenvård med stöd av annan (bistånd, anhörig), dosett, insulin, dosdispensiering.

Läkemedel

Kan patienten ansvara för sin läkemedelsbehandling själv? (Ja, Inga insatser krävs. Ja, men har behov av stöd (Krävs bedömning av egenvård?). Nej, patienten kan inte ansvara själv (Hälso- och sjukvårdens ansvar)

Medicinska åtgärder

Finns behov av Hälso- och sjukvårdsåtgärder (exempelvis: omläggningar, inkontinenshjälpmedel, uppföljning, behandling/utredning, samtal etc.) efter utskrivning?

Om ja - skriv i kommentarsrutan er bedömning av vilka medicinska behov och insatser/åtgärder som krävs från hälso- och sjukvården efter patienten är utskriven från slutenvården.

Exempelvis - hjälp med att få rätt läkemedel med rätt dos och på rätt tid, omläggning av sår, blodsockerkontroller, blåsoverfyllnadskontroll, inkontinenshjälpmedel, viktkontroll, uppföljning blodtryck.

Rehabilitering

Finns behov av rehabilitering eller uppföljning av påbörjade åtgärder av arbetsterapeut och/eller fysioterapeut?

Om ja – skriv i kommentarrutan om det finns mål och behov av rehabilitering och uppföljning efter hemgång av arbetsterapeut och/eller fysioterapeut.

Bostad

Saknar patienten bostad? (Vid svar nej, ange i kommentarfält boendeform SÄBO, lgh, hus eller annat)

Bostad

Finns behov av större bostadsanpassningar av bostaden inför utskrivning?

Om Ja – skriv i kommentarrutan om patienten och/eller närstående uppger att det finns hinder i hemmet för att patienten ska kunna komma hem. Exempelvis trösklar som hinder i bostaden, patient som har svårt med förflyttning som ex. har sovrum på övervåningen, badrum, tvättstuga i källaren/övervåning som gör att det blir svårt att komma hem, trappor utomhus som gör det svårt att komma in i bostaden.

Hjälpmedel

Finns behov av hjälpmedel i hemmet innan utskrivning kan ske? (ange i kommentarfältet vad det kan röra sig om)

Om ja – skriv i kommentarrutan om det finns behov av nya hjälpmedel som behöver vara på plats för att patienten ska kunna komma hem. Exempelvis vårdsäng, lyft, rullator, duschstol, ReTurn, stöd- och vändhandtag.

Sociala stöd- och omsorgsinsatser

Finns behov av hjälp med personlig vård (hygien, toalett/inkontinens, på- och avklädning etc.) efter utskrivning?

Om ja – skriv i kommentarrutan skriv in vilka behov patienten har av personlig omsorg för att kunna sköta sin hygien, byta inkontinenshjälpmedel, munhälsa, toalettbesök, klä på och av sig, äta och dricka.

Behövs stöd av en eller två personer, handräckning eller tillsyn. Var sker omsorgen? I badrum, i säng, sittande etc.

Skriv om patient/närstående uppgger att de önskar ansöka om insatser från kommunen ex. hemtjänst (slutenvården ska endast beskriva behoven, inte vilka insatser som slutenvården anser behövs).

Sociala serviceinsatser

Finns behov av stöd och hjälp med städ, tvätt, inköp, matdistribution, ekonomi/försörjning etc. efter utskrivning?

Om ja – skriv i kommentarrutan om patienten har behov att få hjälp med att göra inköp, få färdiga måltider (matdistribution), städa och tvätta, behov av trygghetslarm.

Kognitiv bedömning

Finns kognitiv svikt? (Om ja, beskriv hur det kommer till uttryck i vardagen)

Om ja - skriv i kommentarrutan er bedömning om patienten har kognitiv svikt och hur den i så fall yttrar sig i vardagen. Exempelvis - problem med korttidsminnet glömmar information, kommer inte ihåg att ta sina läkemedel, hittar inte på avdelningen, behöver hjälp och stöd för att utföra aktiviteter ex. duscha, behöver bli påmind om av- och påklädning.

Infektioner

Finns vårdrelaterad infektion eller annan smittorisk som påverkar omhändertagandet i nästa steg?

Om ja - skriv i kommentarrutan hur ev. smitta påverkar omhändertagandet efter hemgång, krävs det basala hygienrutiner? Krävs det särskild skyddsutrustning eller omhändertagande. **OBS! Ni ska inte skriva vilken typ av smitta det gäller.**

Riskbedömning

Finns det risk och/eller insatser/åtgärder gällande fall, undernäring, trycksår eller munhälsa som behöver följas upp? (om Ja, beskriv vad)

Om ja - skriv i kommentarrutan vilket område det finns risk inom och om det finns insatser/åtgärder som behöver följas upp.

Riskbedömning

Har patienten suicidrisk/självskadebeteende som bör beaktas vid utskrivningen?

Om ja - Beskriv i kommentarsfältet vad som bör beaktas vid utskrivning.

Bruk-/missbruk

Finns ett missbruk? (drog-, alkohol-, spelrelaterat etc.)

Om ja - Beskriv i kommentarsfältet vad som bör beaktas vid utskrivning.

Daglig aktivitet

Finns förmåga till eget initiativ och förmåga att fullfölja en aktivitet?

Om nej - Beskriv i kommentarsfältet hur det yttrar sig i vardagen.

Legal företrädare

Finns behov av legal företrädare (god man eller förvaltare)?

Om ja – Beskriv i kommentarsfältet om anmälan/ansökan är gjord till överförmyndarnämnden.