

# Dokumentationsstöd för planeringsunderlag 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, hemsjukvård, kirurgmottagningen (för cancer uppföljning), 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 inom 30 dagar?

**Om ja** - skriv i kommentarsrutan er bedömning av vilka risker ni observerat som kan göra att patienten blir återinlagd inom 30 dagar.

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

## Läkemedel

---

### Finns behov av uppföljning/insatser för att läkemedelsbehandlingen ska fungera?

**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, läkemedelskross för att kunna ges läkemedel i sond.

## Medicinska åtgärder

---

### Finns behov av Hälso- och sjukvårdsåtgärder (exempelvis: läkemedel, omläggningar, inkontinenshjälpmedel, kontroller, uppföljning 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, dropp i hemmet, omläggning av sår, sutur/agrafftagning, blodsockerkontroller, blåsöverfyllnadskontroll,

inkontinenshjälpmedel, viktkontroll, uppföljning blodtryck, skötsel sond, skötsel trach, skötsel urinkateter, skötsel/omläggning subcutan venport, PICC-line mm

## Bedömning egenvård

---

### Finns insatser/åtgärder som kan bedömas som egenvård? (Om ja, ange vad)

**Om ja** - skriv i kommentarsrutan er bedömning om patienten kan utföra hälso- och sjukvårdsinsatser/åtgärder på egen hand eller med hjälp av någon annan (i så fall krävs egenvårdsintyg).

Egenvård kan till exempel vara att patienten kan ta ordinerat läkemedel själv eller med hjälp av annan ex. innohep, sköta sondmat eller gör övningar som rekommenderats av en fysioterapeut. Se regionens anvisning för bedömning av egenvård och dokumentation av egenvårdsintyg finns på [insidan](#)

## 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 glömmer 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.

## Kommunikation

---

### Kan patienten själv påkalla hjälp? (Om ja, beskriv hur larma själv, ropa etc.)

**Om ja** – skriv i kommentarrutan er bedömning om patienten kan kalla på hjälp antingen genom att ropa eller larma, kan göra sig förstådd, talförmåga, språk.

## Palliativ vård

---

### Har patienten behov av palliativ vård? (obs! brytpunktssamtal)

**Om ja** – Läkaren ska ha haft brytpunktssamtal eller är inplanerat under vårdtiden. Skriv i kommentarrutan om remiss är skickad till palliativa resursteamet eller om patienten redan har en trygghetsplats på PAVA.

## Infektioner/Smitta

---

### 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 Undernäring

---

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

**Om ja** – skriv i kommentarrutan vilken bedömning av risker för undernäring som identifierats dvs. vad risken består i, exempelvis om patienten äter dåligt eller inte kan äta vanlig kost som gör att denne har svårt att försörja sig tillräckligt per os, svamp i munnen osv. Insatser/åtgärder som behövs efter utskrivning exempelvis näringsdryck, timbalkost, flytande kost, stöddropp, måltidsstöd, kost- och vätskeregistrering, viktkontroll.

## Riskbedömning Trycksår

---

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

**Om ja** - skriv i kommentarrutan vilken bedömning av risker för trycksår som identifierats dvs. vad risken består i, exempelvis om patienten äter dåligt, inte kan vända sig självständigt. Insatser/åtgärder som behövs efter utskrivning exempelvis vändschema, nutritionsuppföljning, tryckavlastande madrass, tryckavlastande förband.

## Riskbedömning Fall

---

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

**Om ja** - skriv i kommentarrutan vilken bedömning av risker för fall som identifierats dvs. vad risken består i, exempelvis yrsel, balanssvårigheter, bensvaghet, ortostatiskt blodtrycksfall, gångsvårigheter, riskmedvetenhet. Insatser/åtgärder som krävs efter utskrivning exempelvis fallprevention i hemmet, uppföljning blodtryck, uppföljning läkemedelsbehandling.

## Nutrition

---

**Finns behov av hjälpmedel/utrustning knuten till matintag (ex. sondaggregat)?**

**Om ja** – skriv i kommentarrutan vilka hjälpmedel och utrustning som behövs för matintag i hemmet exempelvis sondmatpump, sondmatsaggregat, droppräknare, droppaggregat, sprutor, pipmugg, tjocka bestick.

Specificera tydligt så hälsocentralen/hemsjukvården vet vad det är det ska beställas.

## Förflyttningsförmåga

---

**Kan patienten förflytta sig själv? (på vilket sätt)**

**Om nej** – skriv i kommentarrutan om patienten inte kan förflytta sig självständigt. Exempelvis hur patienten tar sig i och ur sängen, hur går/transporterar sig patienten med eller utan hjälpmedel i så fall vilket/vilka, behov av följeslagare/tillsyn, patienten behöver hjälp av en eller två personer eller är helt sängbunden.

## Hjälpmedel

---

### Finns behov av nya hjälpmedel innan utskrivning kan ske?

**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.

## 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 rehabilitering och uppföljning efter hemgång av arbetsterapeut och/eller fysioterapeut.

## Bostadens utformning

---

### Är bostaden utformad/tillgänglig utifrån aktuell situation/behov?

**Om nej** – 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.

## Sociala stöd- och omsorgsinsatser

---

### Finns behov av hjälp med personlig vård (hygien, 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, byte inkontinenshjälpmedel, munhälsa, toalettbesök, klä på och av sig, äta och dricka. Behövs stöd av en eller två personer, handräckning eller tillsyn. Var sker omvårdnaden? I badrum, i säng, sittande etc.

Skriv om patient/närstående uppger att de önskar ansöka om insatser från kommunen ex. hemtjänst (slutenvården ska endast beskriva behoven, inte vilka insatser som slutenvården anses behövas, så som hemtjänst och korttidsboende).

## Sociala serviceinsatser

---

### Finns behov av stöd och hjälp med städ, inköp, matdistribution, trygghetslarm, etc. efter utskrivning?

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

---

## Sociala förhållanden

---

**Är patienten ensamboende? (om Ja, ange ex. om nätverk finns in närheten)**

**Om ja** – skriv i kommentarrutan om patienten har närstående, nära bekanta, grannar som finns i närheten som stöd.

## Begränsningsåtgärder

---

**Har patienten några begränsningsåtgärder (ex. grensele, grindar upp och extra vak mm) under vårdtiden? (om ja, beskriv vilka)**

**Om ja** – skriv i kommentarrutan om patienten har begränsningsåtgärder under vårdtiden och varför. Exempelvis grindar uppe då patienten är rädd för att ramla ur sängen, grindar uppe då patienten inte förstår att benen inte bär, larmmatta då patienten är ostadig på benen och har fallrisk, grensele i rullstol för att inte ramla ur stolen pga. motoriskt oro/nedsatt bålstabilitet.