



Dokumentationsstöd för meddelandet *Planering* i IT-tjänsten SAMSA
Ansvarig samverkansgruppering: Vårdsamverkansgrupp SAMSA
Fastställd genom LGS styrgrupp 2026-02-20

Dokumentationsstöd för meddelandet *Planering* i IT-tjänsten SAMSA

- Ge patientbroschyren "**Patientfolder in- och utskrivning**" inför samtalet om behov och insatser.
- Den som har informationen dokumenterar – om det inte står vem som ska göra det.
- Planera tillsammans, men kom ihåg: ingen verksamhet får föreslå/besluta om insatser för en annan verksamhet/part.

Inskrivningsdatum

åååå-mm-dd

Inskrivningsorsak/kontaktorsak

Ange ansvarig läkares inskrivningsorsak. Ev. vård enligt LPT.

Ansvarig läkare

Ange namn

Behov av vård och omsorg efter denna vårdkontakt enligt patienten själv

Beskriv med patientens egna ord vilket stöd, hjälp eller insatser hen anser sig behöva efter utskrivning från sjukhuset. Fråga öppet och dokumentera så nära patientens formulering som möjligt.

Hur fungerade din vardag innan inskrivning?

- Kan den enskilde redogöra för detta? Om inte – varför?
- Hjälp med hygien, dusch och på-/avklädning
- Förflyttningar (med eller utan hjälpmedel)
- Bostadsbeskrivning, framkomlighet/tillgänglighet
- Toalettbesök (hur ofta?) behöver du hjälp till/från toalett
- Iordningställande av mat, städ, inköp
- Läkemedelshantering
- Kontakt med närstående/socialt nätverk

→ *Fortsättning nästa sida*

→ *Fortsättning Behov av vård och omsorg efter denna vårdkontakt enligt patienten själv*

Hur upplever du att det har fungerat på avdelningen

- Hjälpt med hygien, dusch och på-/avklädning
- Förflyttningar (med eller utan hjälpmedel) Motiverad till rörelse/aktivitet
- Toalettbesök (hur ofta?) behöver du hjälp till/från toalett. Hjälpt med ev byte av inkontinensskydd
- Hur fungerar natten och sömnen? Larmar hen?
- Oro, rädsla eller otrygghet inför utskrivning
- Fungerar ditt boende?

Önskas stöd för:

- Drogfrihet/nykterhet/beroendeproblematik/våld i nära relation/ekonomisk hjälp
- Psykiskt mående

Vad upplever du att du behöver hjälp/stöd med efter utskrivning?

Önskar du en Samordnad individuell plan (SIP)?

(har den enskilde fått information och förstått innebörden)

Exempelvis; Du har behov av insatser från två olika parter, alltså kommun och region. Önskar du hjälp att samordna dessa insatser efter utskrivning i ex ett möte för en långsiktig och hållbar planering för din fortsatta vård och omsorg?

Behov av vård och omsorg efter denna vårdkontakt enligt närstående

Vad anser närstående att det finns behov av för hjälp. Har närstående samma eller annan uppfattning än patienten? Stödjer närstående i det dagliga livet och med vad?

Ställ samma frågor som till patienten, exempelvis:

- Hur fungerar vardagen? Kognition
- Behov av hjälp med hygien, på-/avklädning, förflyttning
- Bostadsbeskrivning, framkomlighet/tillgänglighet
- Behov av hjälpmedel
- Matlagning, städ, inköp
- Läkemedelshantering

Uttrycker närstående behov av SIP?

(har den närstående fått information och förstått innebörden)

Behov av vård och omsorg efter denna vårdkontakt enligt vårdpersonalen

Beskriv vilka insatser patienten behöver efter denna vårdkontakt. Utgå vad patienten kan klara själv i sin hälso-och sjukvård samt omsorg.

- Vad klarar patienten själv eller med stöd av personal/närstående/egenvård.
- Vad fungerade tidigare hemma och varför fungerar det inte nu.
- Kan patienten utan större svårigheter ta sig till vårdcentralen/rehab mottagning (regional primärvård) (t.ex. via sjukresa).
- Typ av insats, frekvens, tid på dygnet och beräknad tidsperiod.
- Skörhetsgrad (ex. enl. CFS)
- Informera om överläkarsamtycke vid tvångsvård och varför

Fyll även i "**Aktivitet och funktion**" nedan, med kommentarer.

HÄLSO- och SJUKVÅRDSINSATSER:

- Egenvård ?(klarar Hälso- och sjukvårdsinsats själv, klarar själv med praktisk hjälp eller hjälp av legitimerad personal (= ej egenvård))
- Sårömläggning (typ av sår, diagnos (venöst/trycksår osv) cirkulationsmätning utförd? förväntad läkningstid? nytillkommet?)
- Trycksårprofilax (madrass sittdyna, nutrition, lägesändring?)
- In/utfart, kateter,(kvar hur länge), nutrition , intravenös/via sond?
- Läkemedelshantering (på vilket sätt ex. apoteksärenden? Minneshjälpmedel? Handräckning? Uppstart apodos? Läkemedelsövertag?)
- Injektioner (hjälp att träna själv/hjälp av anhörig? Handräckning/praktisk hjälp= egenvård)
- Behov av specialistvård? pågående cytostatikabehandling, öppen psykiatrisk vård/Öppen psykiatrisk tvångsvård?
- Brytpunktssamtal har skett, remiss/inskriven skickad i/till ASIH/Palliativt resuseteam

→ Fortsättning nästa sida

→ *Fortsättning Behov av vård och omsorg efter denna vårdkontakt enligt vårdpersonalen*

OMSORGSINSATSER:

- Hjälp med hygien, dusch, munhygien och på-/avklädning
- Förflyttning (självständig eller med stöd) Har annat gånghjälpmedel prövats, ex gåbord till rollator? Motiverad till aktivitet/träning?
- Fallhistorik?
- Toalettbesök (hur ofta? nattetid?)Hjälp med ev. byte av inkontinensskydd?
- Hur fungerar natten och sömnen? Larmar patienten?

- Oro, rädsla eller trygghet inför utskrivning
- Fyll i om egenvård kan bli aktuell efter utskrivning, bifoga ev beslut och instruktion samt kontaktuppgifter till uppföljande enhet.

- Behov av kontakt med kommunen för:
 - Ekonomiskt bistånd
 - Bostadslöshet
 - Beroendeproblematik (ex. alkohol, droger, spel)
 - Våld i nära relation

Planerade hälso-, sjukvårds- och omvårdnadsåtgärder vid denna vårdkontakt

Vad planerar sjukhuset under vårdtiden. Exempel på planerade insatser och ställningstagande:

- Läkemedelsjustering
- Planerade operationer
- Undersökningar
- Återbesök till vårdcentral/specialistmottagning för uppföljning
- Kontrollröntgen polikliniskt
- Ställningstagande till vårdnivå (palliativ vård)
- Abstinensbehandling
- Suicidprevention

Utförda hälso-, sjukvårds- och omvårdnadsåtgärder vid denna vårdkontakt

Dokumentera vad som har gjorts under vårdtiden. Exempel på utförda hälso- och sjukvård och omvårdnadsåtgärder:

- Kateter (status: borttagen [datum].)
- Riskbedömningar fall/trycksår/smärta/nutrition
- Operation(er) [typ av ingrepp] genomförd [datum].
- Sårrevision -utförd
- Urinodling- resultat [positiv/negativ].
- Läkemedelsjustering [vilka läkemedel och varför].
- Provtagning och provsvar(viktiga avvikelser).
- Skickade remisser
- Konsultation (infektion, psykiatri)
- Bilddiagnostik (röntgen/CT/MR)- resultat?
- Brytpunktssamtal har skett [datum]
- Behov av trygghetsordinationer
- Ställningstagande till O-HLR
- Utförda skattningar (smärta, oro, ångest)

Planerade och utförda rehabiliterings/habiliteringsåtgärder vid denna vårdkontakt

Beskriv träning som genomförts och hur den fungerat, exempelvis:

Finns behov av arbetsterapeut och /eller fysioterapeut: ja/nej.

Vid nej: skriv "Ej aktuellt med rehab åtgärd/bedömning" och varför.

Vid ja: lägg till hens val av rehab mottagning.

- Fallrisk/kvarstående fallrisk.
- Nedsatt ork och medverkan.
- Beskrivning av gångförmågan med eller utan hjälpmedel samt förändringar. Trappträning? Har annat gånghjälpmedel prövats, ex från gåbord till rullator. Hur förflyttas patienten?
- Behov av specifik träning?
- Motiverad till träning?
- Påbörjat ADL-träning med påklädningshjälpmedel.
- Andningsträning
- Kognitionsträning
- Vilka hjälpmedel skickas med vid utskrivning/beställts/är utprovade?

Fyll även i "**Aktivitet och funktion**" med kommentarer.

Bedömt behov av rehabiliterings-/habiliteringsåtgärder, bostadsanpassning och hjälpmedel efter denna vårdkontakt

Beskriv vilka insatser patienten behöver efter denna vårdkontakt. Utgå vad patienten kan klara själv i sin aktivitet och träning. Finns behov av arbetsterapeut och /eller fysioterapeut: ja/nej. Vid nej: skriv "Ej aktuellt med rehab åtgärd/bedömning och varför.

- Vad klarar patienten själv eller med stöd av personal/närstående/egenvård.
- Vad fungerade tidigare hemma och varför fungerar det inte nu.
- Kan patienten utan större svårigheter ta sig till rehab mottagning (regional primärvård) (t.ex. via sjukresa).
- Kvarstående rehab behov t.ex. fortsatt förflyttnings-, balans- och gång/trappträning samt ADL träning
- Typ av insats, frekvens, tid på dygnet och beräknad tidsperiod.
- Skörhetsgrad (ex enl. CFS)
- Specifik träning
- Uppföljning av förskrivna hjälpmedel.
- Behov av bostadsanpassning

Fyll även i "**Aktivitet och funktion**" med kommentarer.

Hälsotillstånd

Tidigare sjukdomar/hälsohistoria samt diagnoser t.ex. diabetes, hjärtsvikt, depression, oro/ångest, beroendeproblematik, minnesproblematik.

Beskriv kort social situation: t.ex. ensamboende i lägenhet, tre trappor upp, ingen hiss, bostadslös?

Aktivitet och funktion

Det är viktigt att förtydliga svaren genom att fylla på med information i kommentarsfälten. T.ex. går hen med hjälp av två personer, sover inte, behov av påminnelser/påstötning/aktiv hjälp, pratar osammanhängande, dålig balans/fallrisk, hjälpmedel: gåbord, lyft, hörapparat, nedsatt syn.

Figur 3. Generisk skala för bedömningsfaktorn



Exempel på lämpliga uttryck för bedömningar

0-4 %	5-24 %	25-49 %	50-95 %	96-100 %
Inget, frånvarande försumbart	Lätt, litet, lågt	Måttligt, medel, ganska stort	Svår, grav, hög, stor, extremt	Totalt, fullständigt
Ej specificerat	Ej tillämbart	problem, svårighet, begränsning	problem, svårighet, begränsning	problem, svårighet, begränsning

Bedömning gjordes:

Bedömd nedsättning	Har inte bedömts	Ingen nedsättning 0-4%	Lätt nedsättning 5-24%	Måttlig nedsättning 25-49%	Svår nedsättning 50-95%	Total nedsättning 96-100%	Kommentar
Lärande och att tillämpa kunskap:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Kommunikation:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Förflyttning							
Att ändra kroppsställning:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Att bibehålla en kroppsställning:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Att gå:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Personlig vård							
Att tvätta sig:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Att sköta toalettbesök:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Att sköta tandhygien:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Att klä sig:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Att äta:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Att dricka:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Hemliv							
Att skaffa varor och tjänster:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Att bereda måltider:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Hushållsarbete:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Kroppsfunktioner							
Orienteringsfunktioner:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Sömnfunktioner:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Minnesfunktioner:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Synfunktioner:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Hörsel-funktioner:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Verksamheternas plan för att tillgodose patientens behov och önskemål efter denna vårdkontakt

Samordnad individuell plan (SIP) skall genomföras

Ja/ej bedömt/nej

Bedömning gjordes (datum)

åååå-mm-dd

Kommentar angående beslut om Samordnad individuell plan (SIP)

Dokumentera om SIP ska genomföras efter utskrivning/eller hur planen ser ut för kommande SIP möte. Dokumentera även behov av uppföljning av SIP. Förslag på tid för möte hanteras per telefon eller via administrativt meddelande. Dokumentera om patienten avböjer en erbjuden SIP och varför i så fall.

Eventuellt om patienten ska ha öppen psykiatrisk/rättspsykiatrisk tvångsvård och istället planeras med hjälp av *samordnad vårdplan*.

Kommentar senast uppdaterad (datum)

åååå-mm-dd

Inför permission

Kommer patienten gå på någon slags permission, t.ex. LPT-permission i avvaktan på dom om ÖPT, längre permission, nattpermission. Var befinner sig patienten på permissionen? Behöver patienten ha någon stöttning/insatser under permissionen och vem tar ansvar för ev. insatser? Meddela eventuellt datum för dom om ÖPT (öppenpsykiatrisk tvångsvård).

Egenvård

Dokumentera om beslut om egenvård är taget och gällande vad. Till exempel hjälp med ögondroppar, fragmin, ortos, handräckning av läkemedel. Är egenvårdsbeslut ifyllt och överförd till kommun/öppenvård? Bifoga beslut, instruktion samt kontaktuppgifter till uppföljande enhet.

Närståendeinsats

Till exempepl barn/vårdnadshavare/partner hjälper till vid insulingivning, förflyttningshjälp, medicinhantering

Läkemedelshantering

Uppdatering av läkemedel är gjord. T.ex. dosettdelning, APO-dos, injektionsbehandling var fjortonde dag.

Antal dagar som läkemedel skickas med för

Skickar med läkemedel för x antal dagar.

Öppenvården ansvarar för

Planerad allmän hälso- och sjukvårdsinsats efter denna vårdkontakt

Regional primärvård fyller i sitt ansvar för insatser till ex hembesök, sårömläggning, kateterskötsel, provtagning, återbesök, SIP-möte, uppföljning av läkemedel. Annan viktig kommunikation/information inför utskrivning.

Planerad specialiserad hälso- och sjukvårdsinsats efter denna vårdkontakt

Specialiserad vård fyller i sitt ansvar om återbesök/planerade tider, kontrollröntgen om x veckor, cytostatikabehandling, strålbehandling, behandlingsplanering, byte av öppenvårdsmottagning etc. Annan viktig kommunikation/information inför utskrivning.

Planerad rehabiliteringsinsats efter denna vårdkontakt

Fysioterapeut/arbetsterapeut från regional primärvård/rehab mottagning fyller i här. Annan viktig kommunikation/information inför utskrivning.

Förskrivning av hjälpmedel

Hjälpmedel förskrivna av fysioterapeut och arbetsterapeut i primärvård/rehab mottagning.

Kommunen ansvarar för

Patienten har insatser från kommunal primärvård sedan innan denna vårdkontakt

Ja/Nej

Patienten kommer få insatser från kommunal primärvård efter denna vårdkontakt

Ja/Nej

Bedömningen gjordes (fylls i av systemet)

Ange om patienten är/blir inskriven ja/nej.

Planerad omsorgsinsats efter denna vårdkontakt

Beskriv planerade insatser alternativt om det inte blir några insatser. Ange när planerade insatser kan påbörjas. Vid bifall om korttidsbeslut ange vilken korttidsplats patienten beviljats samt eventuell inriktning. Övrig viktig kommunikation/information inför utskrivning

Planerad hälso- och sjukvårdsinsats efter denna vårdkontakt

Beskriv planerade insatser och ange när de kan påbörjas. Ex skötsel av injektioner, drän, kateter, sårömläggning, intravenös nutrition, läkemedelsövertag. Övrig viktig kommunikation/information inför utskrivning

Planerad rehabiliteringsinsats efter denna vårdkontakt

Patienten skrivs in i kommunal rehab ja/nej. Beskriv planerade insatser och ange när de kan påbörjas. Övrig viktig kommunikation/information inför utskrivning

Förskrivning av hjälpmedel

Fysioterapeut/arbetsterapeut från kommunen fyller i här.

Slutenvården ansvarar för

Förskrivning av hjälpmedel och andra insatser:

Inledning: Beskriv förskrivna hjälpmedel, exempelvis.

- Sårvårdsprodukter/omläggningsmaterial,
- Sonder, sondvälling,
- Toalettförhöjning,
- Förflyttningshjälpmedel
- Vårdarsäng
- Andningshjälpmedel.
- Annan viktig kommunikation/information inför utskrivning.

Habiliteringen ansvarar för

Habiliteringsinsats efter denna vårdkontakt

Beskriv planerade insatser t.ex. via habiliteringsteam. Annan viktig kommunikation/information inför utskrivning.