



2020-06-18, reviderad 200618

Anger profession och fras tillhörande journal/plan	Titel på fras P=problem, M=mål, Å=åtgärd, U=uppföljning	X- skall bytas ut till annan text/värde
SSK- journal	Avliden-epikris	Avliden XXX varit boende på XXX, vårdtid XXX-XXX
SSK- journal	Dödsfall-konstaterande	Dödsfall noterat av XXXXX, kl XXX den XXX, dr XXX har informerats om dödsfall. Anhörig har informerats
SSK- journal	Inskrivningsorsak- hemsjukvård	Inskriven i hemsjukvård för hjälp med XXX, övriga frågor hänvisas till vårdcentral
SSK- journal	Inskrivningsorsak- korttidsboende	Inkommer för korttidsboende på XXXXX, i avvaktan på XXXXX, inkommer från XXXXX.
SSK- journal	Inskrivningsorsak- särskilt boende	Inkommer för permanent boende på XXXX, inkommer från XXXXX.
SSK- journal	Inskrivningsorsak- växelvård	Inkommer för växelvårdsboende på XXXXX, Xv av X
SSK- journal	Läkemedelshantering	Sköter läkemedels hantering självständigt



FRASER I TRESERVA FÖR AT/SG/FT/SSK

Rehab- journal	Pågående vård	Vårdbegäran inkommer från avd/VC XXXX till XXXX på grund av XXXX
Rehab- journal	Inskrivningsorsak- hemrehab	Bedömning av behov av XXXrehab insats i hemmet på grund av XXXX Patienten bedöms vara i behov av en träningsperiod med XXXX. (i hemmiljö) Planerar att introducera träningsprogram för egen träning, att komma igång med egen träning/fortsatt mobilisering
AT/FT- journal/plan	Avslutad patientkontakt	Patienten har varit aktuell för rehabiliteringsinsats. Behovet har nu upphört. Hjälpmedel återlämnas.
AT/FT -planer	Förskrivning hjälpmedel (Å)	Förskriver och provar ut XXX. Genomför funktionskontroll. Instruerar patient och personal/anhörig om handhavandet. Lämnar bruksanvisning, information om lån av hjälpmedel samt kontaktuppgifter.



FRASER I TRESERVA FÖR AT/SG/FT/SSK

AT/FT -planer	Förskrivning lyftsele (Å)	Förskriver och provar ut lyftsele, modell XX, storlek XX. Instruerar personal om placering och handhavande av lyftselen. Lämnar ”Guide för placering av lyftsele” (se Documenta.), bruksanvisning, ”Instruktion angående säkerhet och underhåll” samt checklistan ”Kontroll av lyftsele till personlyft”.
AT/FT-planer	Hjälpmedelsförteckning (M)	Aktuell förteckning över individuellt förskrivna hjälpmedel för att klara aktiviteter i dagliga livet.
AT/FT- planer	Hjälpmedelsförteckning (P)	Behov av individuellt förskrivna hjälpmedel.
AT/FT-planer	Hjälpmedelsförteckning (Å1)	XXXX Individuellt förskrivna hjälpmedel ska användas enligt bruksanvisning och instruktion.
AT/FT- planer	Hjälpmedelsförteckning (Å2)	Uppföljning av individuellt förskrivna hjälpmedel enligt rutin.
AT/FT planer	Rollator (M)	Förflytta sig på ett säkert sätt.
AT/FT planer	Rollator (P)	Fallrisk. Osäker förflyttning inomhus.
AT planer	Badbräda (M)	Duscha på ett säkert sätt.



FRASER I TRESERVA FÖR AT/SG/FT/SSK

AT planer	Badbräda (P)	Osäker förflyttning i/ur badkaret. Fallrisk.
AT planer	Behandlande AD-dyna/madrass (M)	God avlastning i sittande/liggande för möjlighet till sårhäkning.
AT planer	Behandlande AD-dyna/madrass (P)	Trycksår XXX. Svårt med egen lägesändring.
AT planer	Hygienstol på hjul (M)	Underlätta förflyttning till och från toalett och duschplats.
AT planer	Hygienstol på hjul (P)	Svårigheter att förflytta sig till toalett och duschplats på ett säkert sätt.
AT planer	Duschstol (M)	Minska fallrisk i dusch.
AT planer	Duschstol (P)	Fallrisk. Svårigheter att stå vid dusch.
AT planer	Elrullstolsuppföljning (U)	Telefonkontakt/hembesök med patient för årlig uppföljning av elrullstol enligt rutin. Behovet kvarstår. Patienten informeras om att ta kontakt om behovet förändras eller upphör.
AT planer	Elryggstöd (M)	Underlätta förflyttning i/ur säng samt lägesändring.
AT planer	Elryggstöd (P)	Klarar inte självständig förflyttning i/ur säng. Klarar inte att ligga plant i sängen.
AT planer	Fristående toalettförhöjning (M)	Underlätta toalettbesök nattetid under rehabiliteringstiden



FRASER I TRESERVA FÖR AT/SG/FT/SSK

AT planer	Fristående toalettförhöjning (P)	Fallrisk pga. svårigheter att klara förflyttning till toalett nattetid. Restriktioner i samband med höftoperation.
AT planer	Förebyggande AD-dyna/madrass (M)	God tryckavlastning i sittande/liggande för minskad risk för uppkomst av trycksår.
AT planer	Förebyggande AD-dyna/madrass (P)	Rodnad och tryckmärken på XXX. Risk för att utveckla trycksår.
AT planer	Komfortrullstol (M)	Att få ett stabilt sittande i rullstol.
AT planer	Komfortrullstol (P)	Kan inte hålla upp överkroppen vid sittande i rullstol. Behov av att variera sittställning.
AT planer	Lyftsele (M)	Säker överflyttning.
AT planer	Lyftsele (P)	Klarar inte stående överflyttning.
AT planer	Manuell rullstol (M)	Möjliggöra förflyttning
AT planer	Manuell rullstol (P)	Klarar inte att förflytta sig med rollator/gångstöd.



FRASER I TRESERVA FÖR AT/SG/FT/SSK

AT planer	Resultat	Patient är informerad om hjälpmedlets funktion och underhåll. Bedöms själv kunna ta ansvar för förskrivet hjälpmedel och dess användning. Ytterligare uppföljning från arbetsterapeut bedöms ej nödvändigt. Vid förändrat behov har patienten informerats om att ta ny kontakt med arbetsterapeut. Kontaktuppgifter har lämnats.
AT planer	Toalettförhöjning (M)	Klara uppresning från toalett
AT planer	Toalettförhöjning (P)	Svårigheter vid uppresning från toalett.
AT planer	Transportrullstol (M)	Möjliggöra förflyttning utomhus med hjälp av annan person.
AT planer	Transportrullstol (P)	Klarar inte självständig förflyttning utomhus.
Enstaka åtgärd/enstaka	Bostadsanpassning	Lämnar blankett för ansökan om bostadsanpassningsbidrag. Skriver intyg gällande XXX (se Dokumenta). Postar intyget hem till patienten som själv tar ansvar för sin ansökan till Bygglövskontoret.



FRASER I TRESERVA FÖR AT/SG/FT/SSK

AT Daglig verksamhet	Ny verksamhet	Brukaren påbörjar sin dagliga verksamhet på XXXX åååå-mm-dd, med syfte att...
AT Daglig Verks.	Sammanfattning av gruppaktivitet	Brukaren har deltagit i aktivitetsgrupp XXXX under tiden åååå-mm-dd---åååå-mm-dd. Har deltagit vid XX tillfällen av XX.



FRASER I TRESERVA FÖR AT/SG/FT/SSK

SSK- planer	Blodförtunnande behandling (P)	Är XXXXX behandlad relaterad till XXXXX.
SSK- planer	Blodförtunnande behandling (M)	Säkerhetsställa behandling och provtagning enligt ordination från AK-mottagningen.
SSK- planer	Blodförtunnande- provtagning (Å)	Provtagning och behandling enligt ordination.
SSK- planer	Central infart (Å)	Har XXXX. Omläggning XXX Vid problem med CVK/Picc-line (central infart) kontaktas XXXX För fortsatt handläggning se aktuell vårdplan från regionen
SSK- planer	Diabetes -Insulinbeh (P)	Insulinbehandlad relaterat till diabetes typ x, klarar inte av att sköta sin behandling självständigt
SSK- planer	Diabetes (M)	Stabilt blodsocker genom att säkerhetsställa insulingivning och blodsocker kontroller enligt ordination.



FRASER I TRESERVA FÖR AT/SG/FT/SSK

SSK- planer	Duodopa (P)	Nedsatt rörelseförmåga pga parkinsons sjukdom. Klarar inte att sköta duodopa-pump med läkemedel självständigt
SSK- planer	Duodopa (M)	Uppnå bättre rörelse förmåga genom att säkerställa behandling.
SSK- planer	Duodopa (Å)	Byte av duodopa kassett sker enligt ordination. Efter avslutad dos spola båda slangarna med XX ml vatten. Vid läkemedelsgivning i sonden administreras detta i port där duodopapumpen inte kopplas. Spola med XX ml rumstempererat vatten innan och efter sondmatning, läkemedel som ges i sonden krossas och löses i vatten. Spola efter med extra vatten efter läkemedelsgivning. Vid problem med sond kontaktas XXX För fortsatt handläggning vid problem se läkemedelslista och aktuell vårdplan från regionen Egenvård XXXX (beskriv eventuell egenvård)
SSK- planer	Injektion (U)	Fått XXXX injektion enligt ordination



FRASER I TRESERVA FÖR AT/SG/FT/SSK

SSK- planer	Inkontinens (P)	Är XXXXX inkontinent, behov av inkontinens hjälpmedel
SSK- planer	Inkontinens (M)	Läckage, hel hud
SSK- planer	Inkontinensvård (Å)	Patienten behöver hjälp/handräckning byte av inkontinens skydd. Behov av regelbundna toalettbesök
SSK- planer	Inkontinensutredning-behandling (Å)	Utprovning/förskrivning Patienten bedöms vara i behov av inkontinenshjälpmedel, förskriver XXXXX
SSK- planer	Katetervård (P)	Kronisk kateterbärare relaterat till XXXXX.
SSK- planer	Katetervård (M)	Fungerande kateterskötsel för att minimera infektionsrisk samt undvika täta byten av kateter.
SSK- planer	Kateterbyte (Å)	Byte av kateter storlek. XX, kuffad med XX ml sterilt vatten.



FRASER I TRESERVA FÖR AT/SG/FT/SSK

SSK- planer	Kateter borttagande-avsluta behandling (Å)	Avslutar kateter behandling, kateter dras kl XXX
SSK- planer	Kateterspolning (Å)	Spolning av kateter x ggr/v.
SSK- planer	Läkemedelshantering (P)	Klarar inte att sköta sina läkemedel själv.
SSK- planer	Läkemedelshantering (M)	Säker läkemedelshantering och överlämnande av läkemedel.
SSK- planer	Läkemedel -apodos (Å)	Utlämnande av apodos samt kontroll av apodos vid läkemedels ändring, iordningställande av dosett vid behov
SSK- planer	Läkemedel -dosettindelning (Å)	Dosett delas XXXXX enligt ordination, iordningställande av dosett sker xx ggr/vecka/månad.
SSK- planer	Läkemedel -dosettindelning (Å)	Dosett delas av sjuksköterska XXXXX enligt ordination.
SSK- planer	Läkemedel -kontroll växelvård (Å)	Kontroll av läkemedel vid ankomst till växelvård.



FRASER I TRESERVA FÖR AT/SG/FT/SSK

SSK- planer	Läkemedel -överlämnande (Å)	Omvårdnadspersonal ska vara behjälpliga med överlämnade av läkemedel enligt ordination.
SSK- planer	Palliativ vård (P)	Palliativ vård i livets slutskede.
SSK- planer	Palliativ vård (M)	En värdig död med god symtomlindring och största möjliga välbefinnande.
SSK- planer	Palliativ vård-omvårdnad (Å)	Munvård, lägesändring,
SSK- planer	Palliativ vård-injektioner (Å)	Ger xxxx injektion enligt ordination relaterat till
SSK- planer	Sondmat (P)	Är i behov av sondmatning pga sväljningssvårigheter relaterat till XXXX, har en XXXXX
SSK- planer	Sondmat (M)	Säkerställa kostintag och läkemedelsintag enligt ordination från XXXXX



FRASER I TRESERVA FÖR AT/SG/FT/SSK

SSK- planer	Sondmat peg (Å)	<p>Får sondmat XXXXX, XX ggr/d.</p> <p>Sondmat ges via pump med en hastighet av XXX m/tim</p> <p>Innan sondmatning startas kontrollera sondens läge. Om patienten ligger i säng under pågående matning måste huvudändan höjas till minst 30 grader.</p> <p>Spola med XX ml rumstempererat vatten innan och efter sondmatning, läkemedel som ges i sonden krossas och löses i vatten. Spola efter med extra vatten efter läkemedelsgivning.</p> <p>Egenvård XXXX (beskriv eventuell egenvård)</p> <p>Hud runt sonden rengörs xxx med vatten. Gastrotub kuffas om med X ml vatten var XXX vecka</p>
-------------	-----------------	---



FRASER I TRESERVA FÖR AT/SG/FT/SSK

SSK- planer	Sondmat -näs sond (Å)	<p>Får sondmat XXX, XX ggr/d.</p> <p>Sondmaten ges via pump med en hastighet av xxxx ml/tim</p> <p>Innan sondmatning påbörjas kontrollera sondens läge via markering och kurrtest. Om patienten ligger i sängen under pågående matning måste huvudändan höjas till minst 30 grader.</p> <p>Spola med XX ml rumstempererat vatten innan och efter sondmatning, läkemedel som ges i sonden krossas och löses i vatten. Spola efter med extra vatten efter läkemedelsgivning.</p> <p>Egenvård XXXX (beskriv eventuell egenvård)</p> <p>Har näs sond nr XX som byts var xxx mån, på sjukhuset. Ny sond skickas med patienten när den åker in för att byta sond.</p> <p>Vid problem med sond kontaktas XXX För fortsatt handläggning vid problem se aktuell vårdplan från regionen</p>
SSK- planer	Byte av peg (Å)	<p>Har gastrotub nr XXX , byts var XXX mån, efter byte meddela vårdcentral för ny beställning av gastrotub (gäller inte hemsjukvård).</p> <p>Gastrotub kuffas med Xml.</p> <p>Vid problem med byte kontaktas XXX För fortsatt handläggning vid problem se aktuell vårdplan från regionen</p> <p>Om bytet sker på sjukhus tas gastrotub med</p>



FRASER I TRESERVA FÖR AT/SG/FT/SSK

SSK- planer	Smärta (P) eller en åtgärd i palliativ vpl	Besvär med smärta relaterat till XXXX
SSK- planer	Smärta (M)	Symtomlindring
SSK- planer	Smärta (Å)	Säkerställa kontinuerlig smärtlindring i palliativ vård
SSK- planer	Smärtpump(Å)	Sätta subcutan nål för kontinuerlig smärtlindring via pump. Daglig inspektion av insticks ställe, byte av nål x ggr/v. Byte av spruta och slang till pump x ggr/v, läkemedel bereds enligt ordination.
SSK- planer	Svikt kontroll (Å)	Kontroll av blodtryck XXXX, puls, saturation, andningsfrekvens. Kontroll av bensvullnad. Symtom skattning av andningsbesvär.
SSK- planer	TPN (P)	Otillräckligt näringsintag pga XXXX
SSK- planer	TPN (M)	Säkerställa näringsintag enligt ordination från XXX
SSK- planer	TPN (Å)	Iordningställa TPN XXXX enligt ordination, XX ggr/v. TPN ges via pump med en hastighet av XXX ml/tim Spola med XX ml NaCl innan och efter TPN administrering Egenvård XXXX (beskriv eventuell egenvård)



FRASER I TRESERVA FÖR AT/SG/FT/SSK