

Generisk Samordnad individuell plan (SIP):

Datum för planering

24-xx-xx

Tid för planering

10:00

Initiativorsak

Beskriv anledningen till att SIP görs, t ex inskrivning i mobilt vårdteam, samordning mellan olika vårdgivare, förändrat hälsotillstånd med flera sjukhusvistelser, flytt till SÄBO etc.

Min (individens) nuvarande situation

Beskriv social situation, t ex bor i hus eller lägenhet, vilket våningsplan och finns det hiss? Bor ensam eller med någon annan? Vem sköter sådant som städning, handling, matlagning, hemtjänst eller anhörig? Har individen hemsjukvård? Finns missbruk eller annat som påverkar hälsotillståndet? Ansvar för minderåriga barn? Finns andra viktiga närstående?

Exempelvis, Bor själv i lägenhet på andra våningen, hiss finns. Rökare. Son bor i Halmstad. Har hemsjukvård. Får hjälp av hemtjänst med att tvätta, städa, värma mat. Granne NN handlar.

Beskriv aktuell och tidigare sjukdom, t ex hjärtsjuk med tidigare infarkt x 3. Förmaksflimmer behandlas med Eliquis. Tidigare prostatacancer och koloncancer. Azheimers sjukdom sedan 2022. Viss misstanke om malignitet men NN har avstått vidare utredning.

Beskriv särskilt om vårdansvaret för viss sjukdom följs av specialistenhet, t ex bipolär sjukdom följs av specialistpsykiatrimottagning WeMind, Crohns sjukdom följs av Mag- och tarmmottagningen Ängelholm.

Skriv om individen har t ex pacemaker eller ICD.

Beskriv funktionsnivå, använd gärna Clinical Frailty Scale, eller beskriv på annat sätt individens förmåga till ADL, näringsintag, hur individen förflyttar sig, t ex CFS 6 Måttligt skör, går med rollator inomhus, behöver hjälp att förflytta sig utomhus. Får hjälp att duscha en gång i veckan. Hemtjänst sätter på stödstrumpor. Har tacklat av gradvis senaste månaderna med minskad aptit och ork. Viktnedgång och får 2 näringsdrycker/dag.

Huvudmål

Beskriv om det finns någon beslutad inriktning på vården, t ex palliativ vård tidigt/sent skede, finns önskemål från individen om att undvika sjukhusvård. Ex: vård i hemmet om så möjligt t ex vid infektion eller tilltagande hjärtsvikt, vård på sjukhus om nödvändigt. NN önskar att bedömning för akuta åkommor görs i hemmet. Vid behov av blodtransfusion kan ASIH kontaktas för punktinsats. Finns plan för annat boende? Ex individen har ansökt om plats på vårdboende.

Beskriv om det finns särskilt övergripande mål som individen har, t ex önskar träna sig till mer självständighet i förflyttning inomhus, vill klara av att ta sig ut på balkongen självständigt.

Deltagare i planeringen

Den enskilde närvarande

Ja/Nej

Enhet/relation	Namn	Kontaktinformation
Närstående	Hustru Lisa Larsson	mobilnr
Vårdcentralen xx	Dr Anna Andersson	telefonnummer
Hemsjukvårdsområde xx	Ssk Pelle Persson	telefonnummer
Urologmottagningen	Kontaktsjuksköterska NN	telefonnummer
Vuxenpsykiatrimott Najaden	kontaktperson NN	telefonnummer

Riskbedömning och åtgärder

Anteckning om patientens vårdnivå finns i journal

Senast uppdaterad

Ja/Nej

24-xx-xx

Riskbedömning/riskhantering

Exempel på tillstånd

- 1) Försämring i hjärtsvikt
- 2) Fallrisk
- 3) Oro, ångest
- 4) Minnessvikt, kan glömma mediciner
- 5) Näringsbrist
- 6) Anemi
- 7) Förvirring
- 8) Försämring i KOL med excacerbation eller pneumoni
- 9) Försämring i depression

Åtgärdsplan/krisplan

Exempel på åtgärd för tillstånd beskrivna under riskbedömning

- 1) HJÄRTSVIKT: Regelbundna viktkontroller (specificera gärna om varje vecka/varje dag). Vid viktökning mer än x kg över x dagar, kan extra vätskedrivande ges enligt ordination i Pascal. Detta ska rapporteras till läkare nästkommande vardag för ställningstagande till dosjustering av stående läkemedel.
- 2) FALLRISK: Regelbundna kontroller av puls och blodtryck, påminn om att använda rollator inomhus. Om fall med frakturmisstanke kan sjukhusvård bli aktuellt. På grund av blodförtunnande behandling med Eliquis ska bedömning göras av sjuksköterska vid fall med misstanke om huvudskada. Läkare

kontakts vid misstanke om intrakraniell blödning. *Specificera om vårdriktlinje för sköra äldre gäller eller inte!*

3) ORO/ÅNGEST: Om ökad oro, följ ordination i pascal för Oxascand. Erbjud kuratorskontakt. Om ensamboende, se över hur ofta tillsyn sker.

4) MINNESSVIKT: Stäm regelbundet av att patient tar sina dospåsar som ordinerat, vid behov övertas medicinsansvar av ssk i kommun.

5) NÄRINGSBRIST: Regelbundna viktkontroller samt stöttning vid måltider. Om minskande vikt eller aptit, erbjud näringsdryck som komplement.

6) ANEMI: Regelbunden kontroll av Hb en gång per månad. Blodtransfusionsgräns <80.

7) FÖRVIRRING: Kontrollera vitala parametrar enligt och kontakta läkare med rapportering enligt VISAM. Finns misstanke om förstoppning? Infektion?

8) KOL: Ge extra inhalationer enligt ordination pascal. Jourtid kan kortisonpiller initieras av dsk. Kontakt med läkare nästkommande vardag.

9) DEPRESSION: Erbjud kontakt med kurator. Tag kontakt med behandlande läkare för bedömning.

Exempeltext vid palliativ vård i övergång från tidigt till sent skede:

Vid svår försämring i allmäntillstånd skall sjukhusinläggning i den mån det går undvikas, fokus på god vård i hemmet. Beslut om övergång till strikt palliation och initierande av palliativ behandling kan i detta fall göras jourtid av dsk. Patient och närstående instämmer i detta. Palliativa mediciner insatta i läkemedelslista.

Tidiga tecken på återinsjuknande

Exempel på tidiga tecken på försämring av tillstånd beskrivna under riskbedömning

1) HJÄRTSVIKT: Viktuppgång, tilltagande bensvullnad och andfåddhet.

2) FALLRISK: Yrsel, ostadighet.

3) ORO/ÅNGEST: Rastlöshet, oro.

5) NÄRINGSBRIST: Viktnedgång, aptitlöshet

6) ANEMI: Tröttare, orkeslös, andfådd

7) FÖRVIRRING: Vänder på dygnet, orolig, täta toalettbesök

8) KOL: Andfåddhet, pipig andning, hosta, ev feber.

9) DEPRESSION: Minskad aptit, mer sänslig, ter sig nedstämd.

Medicinska/psykiatriska stödbehov

Ange det stödbehov som kan uppstå vid försämring eller risk som uppstått, inklusive vilken enhet eller profession som ska kontaktas. Mobilt närsjukvårdsteam tar över det medicinska ansvaret från VC, gör läkemedelsavstämning och upprepar SIP. Mobilt närsjukvårdsteam gör akuta och planerade hembesök och håller i koordinering av vården kring patienten.

Vid psykisk sjukdom, beskriv vilken hjälp patienten behöver, t ex att motiveras till att acceptera vård som erbjuds, vilken vårdenhet som ska kontaktas för att stötta vid försämrat mående.

Delmål

Exempel på delmål med tillhörande aktivitet, beskriv även individens ansvar. Beskriv vilka resurser eller hinder som finns för att uppnå huvudmål. Under aktivitet beskrivs även hur den ska följas upp.

A) Minska fallrisk

Aktivitet: Arbetsterapeut ser över snubbelrisk som trösklar, mattor, möblering, samt behov av hjälpmedel.

Fysioterapeut ser över hur förflyttningar sker t ex i och ur säng, till och från toalett mm.

Individens ansvar: Använda rollator, medverka till ändrad möblering etc

B) Självständig i förflyttningar inomhus

Aktivitet: Fysioterapeut bedömer möjlighet till rehabilitering och instruerar patient och omvårdnadspersonal.

Individens ansvar: Utföra träning enligt ordination, meddela om något inte fungerar.

Uppföljning SIP

Datum för när SIP ska utvärderas och ev revideras.