**Planeringsunderlag som gäller från 2021-11-10**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **Besvaras av** | **Rubrik**  | **Fråga**  | **Förslag** **Färgspår** |
| Primärvård  | Hälso-och sjukvård  | Patienten har pågående hälso-och sjukvårdsinsatser via vårdcentralen, om ja beskriv vilka och hur ofta.  | Blå |
| Primärvård  | Läkemedel | Har patienten APO-dos? – | Blå |
| Primärvård | Rehabilitering och hjälpmedel | Patienten har rehabiliterande insatser och eller hjälpmedel via vårdcentralen, om ja beskriv vilka. | Blå |
| Primärvård  | Kognitiv bedömning  | Har patienten en kognitiv funktionsnedsättning? Pågår minnesutredning? Finns diagnos? Om ja beskriv.  | Blå |
| Primärvård | Övrigt | Finns det någon annan information om patienten att delge? Om ja beskriv | Blå  |
|  |  |  |  |
| Psyk öppenvård | Hälso-och sjukvård | Patienten har kontakt med psykiatrisk öppenvård, om ja vilken typ av kontakt. | Blå |
| Psyk öppenvård  | Läkemedel | Har patienten APO-dos? | Blå |
| Psyk öppenvård | Kognitiv bedömning  | Har patienten en kognitiv funktionsnedsättning? Pågår minnesutredning? Finns diagnos? Om ja beskriv.  | Blå |
| Psyk öppenvård | Övrigt | Finns det någon annan information om patienten att delge? Om ja beskriv  | Blå  |
|  |  |  |  |
| Ord boende, särskilt boende,HemsjukvårdHSL enhetbiståndhandl | Information till övriga parter | Är patienten inskriven i kommunal hemsjukvård? Om ja beskriv aktuella insatser.  | Blå |
| Ord boende, särskilt boende,HemsjukvårdHSL enhetbiståndhandl | Information till övriga parter | Finns det någon information om patienten att delge? Om ja beskriv. | Blå |
|  |  |  |  |
| Somatisk vård avd. | Inskrivningsorsak | Ange inskrivningsorsak. Skriv orsak i kommentarsfältet.  | Blå |
| Somatisk vård avd.  | Kognitiv bedömning/sinnesfunktioner  | Saknar patienten insikt i aktuella begränsningar? Har patienten kognitiv nedsättning, oro/ångest, psykisk ohälsa, suicidbeteende, är utåtagerande? Grav syn eller hörselnedsättning? Om ja, beskriv | Blå |
| Somatisk vård avd.  | Sociala omsorgsinsatser | Har patienten behov av personlig hjälp vid förflyttning i nuläget? Om ja beskriv behovet. | Grön |
| Somatisk vård avd.  | Sociala omsorgsinsatser | Har patienten behov av praktisk hjälp vid måltider i nuläget? Om ja, beskriv behovet. | Grön |
| Somatisk vård avd. | Sociala omsorgsinsatser | Har patienten behov av praktisk hjälp med på och avklädning i nuläget? Om ja beskriv behovet. | Grön |
| Somatisk vård avd. | Sociala omsorgsinsatser | Har patienten behov av praktisk hjälp med daglig hygien i nuläget? Om ja beskriv behovet. | Grön |
| Somatisk vård avd. | Sociala omsorgsinsatser | Har patienten behov av praktisk hjälp med toalettbesök i nuläget? Om ja beskriv behovet.  | Grön |
| Somatisk vård avd. | Sociala omsorgsinsatser | Har patienten behov av guidning, påstötning, motiverande stöd eller extra tillsyn i nuläget? Om ja beskriv behovet.  | Grön |
| Somatisk vård avd | Sociala omsorgsinsatser | Har patienten behov av och önskar hjälp med inköp av mat eller trygghetslarm i direkt anslutning till hemgång? Om ja beskriv behovet. | Grön |
| Somatisk vård avd.  | Sociala omsorgsinsatser | Har patienten/närstående uttryckt önskemål om nyinsatta/utökade sociala omsorgsinsatser (t. ex hemtjänst, boendestöd, hjälp med beroendeproblematik)? Om ja beskriv behovet och vem som uttryckt önskemål. | Grön |
| Somatisk vård avd | Sociala omsorgsinsatser | Har patienten/närstående uttryckt önskemål om korttidsplats. Om ja, ange vem och i vilket syfte? | Gul |
| Somatisk vård avd.  | Hälso-och sjukvård  | Har patienten **nytillkommet/utökat behov** av hälso- och sjukvårdsinsatser? Om ja beskriv behovet. (ex omläggning, stomi, KAD-skötsel, uppföljning/hjälp med läkemedel)  | Gul |
| Somatisk vård avd. | Hälso-och sjukvård | Finns behov av avancerade hälso-och sjukvårdsinsatser? Insatser som kräver utbildning t.ex. tracheostomi, påsdialys, stora omläggningar, pumpar, syrgas, avancerade ortoser, ventilatorer. Om ja beskriv behovet.  | Röd |
| Somatisk vård avd. | Hälso-och sjukvård | Har patienten Palliativ vård i livets slut, komplexa vårdbehov, flera läkare involverade. Om ja beskriv behovet.  | Röd |
| Somatisk vård avd | Rehabilitering | Har patienten behov av rehabilitering efter utskrivningen? Om ja beskriv behovet.  | Gul  |
| Somatisk vård avd | Hjälpmedel | Har patienten behov av nya hjälpmedel, som ej kan provas ut på sjukhuset? (ex. mobil lyft, vårdarsäng, hygienstol, gåbord). Beskriv behovet av vilket/vilka hjälpmedel som avses. | Gul |
| Somatisk vård avd | Hjälpmedel | Har patienten nyligen utprovade ortoser, korsetter, slyngor eller andningshjälpmedel (t.ex. nackortos, hostmaskin, Cpap/bi-pap) som hen behöver stöd med? Beskriv vilket/vilka hjälpmedel. | Gul |
| Somatisk vård avd. | Riskbedömning | Finns beroende- och/eller social problematik som påverkar behovet av fortsatta insatser? Om ja beskriv.  | Grön  |
| Somatisk vård avd | Övrigt | Finns det någon övrig information om patienten ni vill delge? Om ja beskriv. | Blå |
| Somatisk vård  | Övrigt  | Har patienten misstänkt eller konstaterad covid-19 infektion?  | Blå |
|  |  |  |  |
| Psykiatrisk vård avd. | Inskrivningsorsak | Är patienten inneliggande enligt Lag om rättspsykiatrisk vård (LRV)? om ja, behövs inga svar på frågorna nedan.  | Blå |
| Psykiatrisk vård avd. | Inskrivningsorsak | Ange inskrivningsorsak. Skriv orsak i kommentarsfältet. | Blå |
| Psykiatrisk vård avd. | Kognitiv bedömning/Sinnesfunktioner  | Saknar patienten insikt i aktuella begränsningar? Har patienten kognitiv nedsättning eller oro? Grav syn eller hörselnedsättning? Om ja, beskriv. | Blå |
| Psykiatrisk vård avd. | Sociala omsorgsinsatser | Har patienten behov av personlig hjälp vid förflyttning? Om ja beskriv behovet. | Grön |
| Psykiatrisk vård avd. | Sociala omsorgsinsatser | Har patienten behov av praktisk hjälp vid måltider i nuläget? Om ja beskriv behovet. | Grön |
| Psykiatrisk vård avd. | Sociala omsorgsinsatser | Har patienten behov av praktisk hjälp med på och avklädning i nuläget? Om ja beskriv behovet. | Grön |
| Psykiatrisk vård avd. | Sociala omsorgsinsatser | Har patienten behov av praktisk hjälp med daglig hygien i nuläget? Om ja beskriv behovet. | Grön |
| Psykiatrisk vård avd. | Sociala omsorgsinsatser | Har patienten behov av praktisk hjälp med toalettbesök i nuläget? Om ja beskriv behovet.  | Grön |
| Psykiatrisk vård avd. | Sociala omsorgsinsatser  | Har patienten behov av guidning, påstötning, motiverande stöd eller extra tillsyn? Om ja beskriv behovet.  | Grön |
| Psykiatrisk vård avd. | Sociala omsorgsinsatser | Har patienten behov av och önskar hjälp med inköp av mat eller trygghetslarm i direkt anslutning till hemgång? Om ja beskriv behovet. | Grön |
| Psykiatrisk vård avd. | Sociala omsorgsinsatser | Har patienten/närstående uttryckt önskemål om nyinsatta/utökade sociala omsorgsinsatser? Om ja beskriv behovet och vem som uttryckt önskemål. | Grön |
| Psykiatrisk vård avd. | Sociala omsorgsinsatser | Har patienten/närstående uttryckt önskemål om korttidsplats. Om ja, ange vem och i vilket syfte? | Gul |
| Psykiatrisk vård avd. | Hälso-och sjukvård  | Har patienten nytillkommet/utökat behov av hälso- och sjukvårdsinsatser? Om ja beskriv behovet. (t. ex omläggning, stomi, KAD-skötsel, uppföljning/hjälp med läkemedel)  | Gul |
| Psykiatrisk vård avd. | Hälso-och sjukvård | Finns behov av avancerade hälso-och sjukvårdsinsatser? Insatser som kräver utbildning tex. Tracheostomi, påsdialys, stora omläggningar, pumpar, syrgas, avancerade ortoser, ventilatorer. Om ja beskriv behovet. | Röd |
| Psykiatrisk vård avd. | Hälso-och sjukvård | Har patienten palliativ vård i livets slut, komplexa vårdbehov, flera läkare involverade. Om ja beskriv behovet. | Röd |
| Psykiatrisk vård avd. | Rehabilitering | Har patienten behov av rehabilitering efter utskrivning? Om ja beskriv behovet.  | Gul |
| Psykiatrisk vård avd. | Hjälpmedel | Har patienten behov av nya hjälpmedel, som ej kan provas ut på sjukhuset? (ex. mobil lyft, vårdarsäng, hygienstol, gåbord). Beskriv behovet av vilket/vilka hjälpmedel som avses. | Gul |
| Psykiatrisk vård avd. | Hjälpmedel | Har patienten nyligen utprovade ortoser, korsetter, slyngor eller andningshjälpmedel (ex. nackortos, hostmaskin, Cpap/bi-pap) som hen behöver stöd med? Beskriv vilket/vilka hjälpmedel. | Gul |
| Psykiatrisk vård avd. | Riskbedömning | Finns nytillkomna risker och insatta åtgärder gällande t.ex. psykisk ohälsa, utåtagerande, självskadebeteende eller suicidbeteende som behöver följas upp? Om ja beskriv. | Röd |
| Psykiatrisk vård avd. | Riskbedömning | Finns social problematik som påverkar behovet av fortsatta insatser? Om ja beskriv.  | Grön |
| Psykiatrisk vård avd. | Beroendeproblematik | Finns det beroendeproblematik som påverkar behovet av fortsatta insatser? Om ja beskriv. | Grön |
| Psykiatrisk vård avd. | Övrigt | Finns det någon övrig information om patienten ni vill delge? Om ja beskriv. | Blå |
| Psykiatrisk vård avd. | Övrigt | Finns behov av SIP på sjukhus av annan orsak? T.ex. behov av särskild bedömning, utbildning eller planering pga. psykiatrisk problematik. Färdigbehandlade svårare psykiatriska tillstånd med kvarvarande symtom och kognitiva funktionshinder. Om ja beskriv. | Röd |
| Psykiatrisk vård avd. | Övrigt | Har patienten psykisk sjukdom med samtidig somatisk ohälsa. Förändrad boendesituation, kräver särskild planering t.ex. saknar bostad. Om ja beskriv. | Röd |
| Psykiatrisk vård avd. | Övrigt | Är det olämpligt med Video-möte utifrån patientens aktuella status och behov? Om ja beskriv. | Blå |
| Psykiatrisk vård avd  | Övrigt  | Har patienten misstänkt eller konstaterad covid-19 infektion?  | Blå |