

Hälsöärendet - Frastexter översikt

AT	FT	SSK	LOG	Fraskategori	Frasbenämning	Frastext
X	X	X	X	Bedömning/mål	Beslutsoförmögen	Patienten har svårt att ta ställning. Individuell bedömning enligt MAS/MARs riktlinje kring samtycke har beaktats. Tar beslut till delvis acceptans av målet med insatserna.
X	X	X		Bedömning/mål	BPSD - beskrivning	Behov av insatser utifrån NPI-skattning (BPSD)
X	X	X		Bedömning/mål	BPSD - mål	Symtomlindring och förbättrad livskvalitet
		X		Bedömning/mål	Mål - stöd i läkemedelshantering	Behov av stöd vid läkemedelshantering
X	X			Bedömning/mål	Planerad op.	Behov av hjälpmedel för att underlätta dagliga aktiviteter och förflyttning under rehabiliteringstiden.
		X		Bedömning/mål	Vård i livets slutskede - mål	God och säker vård i livets slutskede
X	X		X	Hjälpmedel	Hjm.förteck. - ÖM	Aktuell förteckning över individuellt förskrivna hjälpmedel för att klara aktiviteter i dagliga livet.
X	X		X	Hjälpmedel	Hjm.förteck. - UF	Klarar inte dagliga aktiviteter utan individuellt förskrivna hjälpmedel.
X	X		X	Hjälpmedel	Hjm.förteck. - Å1	XXXX Individuellt förskrivna hjälpmedel ska användas och kontrolleras enligt

Datum
2025-10-24

Dnr VÄN 2024-1504
Rev 6
Användarstöd

						bruksanvisning och instruktion.
X	X		X	Hjälpmedel	Hjm.förteck. - Å2	Uppföljning av individuellt förskrivna hjälpmedel enligt rutin.
X	X		X	Hjälpmedel	Hjm.förteck. - Anpassning	Enklare anpassningar och justeringar som görs på redan förskrivna hjälpmedel.
X	X		X	Hjälpmedel	Hjm.förskrivning	Förskriver, monterar och provar ut XXX. Genomför funktionskontroll. Instruerar patient och personal/anhörig om handhavandet. Lämnar bruksanvisning, information om lån av hjälpmedel samt kontaktuppgifter.
X	X		X	Hjälpmedel	Avslut av förskrivning	Patient är informerad om hjälpmedlets funktion och underhåll. Bedöms själv kunna ta ansvar för förskrivet hjälpmedel och dess användning. Ytterligare uppföljning från arbetsterapeut/fysioterapeut bedöms ej nödvändigt. Vid förändrat behov har patienten informerats om att ta ny kontakt med arbetsterapeut/fysioterapeut. Kontaktuppgifter har lämnats
X	X		X	Hjälpmedel	Elrullstolsuppföljning	Telefonkontakt/hembesök med patient för årlig uppföljning av elrullstol enligt rutin. Behovet kvarstår/behovet har förändrats. Patienten informeras om att ta kontakt med arbetsterapeut om behovet förändras eller upphör. Ny uppföljning planerad till nästa år.
X	X		X	Hjälpmedel	Lyftsele	Förskriver och provar ut lyftsele, modell XX, storlek XX. Instruerar personal om placering och handhavande av lyftselen. Lämnar "Guide för placering av lyftsele" (se Dokumentsammanställning), bruksanvisning, "Instruktion angående säkerhet och underhåll" samt checklistan "Kontroll av lyftsele till personlyft".
X				Kognitionscentrum	Bokat besök	Hembesök för minnesutredning bokat XXX.

Datum
2025-10-24

Dnr VÄN 2024-1504
Rev 6
Användarstöd

X		X		Kognitionscentrum	Kontakt information	Kontakt ska tas med patient/anhöriga gällande information om stöd och hjälp från Kognitionscentrum.
X				Kognitionscentrum	Minnesutredning påbörjad	Har genomfört hembesök för aktivitetsutredning samt kognitiv testning.
X				Kognitionscentrum	Minnesutredning svar	Remissvar gällande minnesutredning skickas till remittent. Inga fler åtgärder planeras.
X				Kognitionscentrum	Vårdbegäran inkommer	Vårdbegäran gällande minnesutredning inkommer från XXX vårdcentral. Patienten kommer att kallas.
X		X		Kognitionscentrum	Vårdbegäran uppföljning	Inkommen vårdbegäran från XXX vårdcentral. Patienten ansluts för råd och stöd samt uppföljning av kognitiv sjukdom enligt rutin.
X	X	X		KVÅ fördelad insats - Leg	BPSD - NPI	NPI-skattning (BPSD) i samband med uppföljning av kognitiv sjukdom
		X		KVÅ fördelad insats - Leg	Byte av nässond	Har nässond nr XX som bytes var xxx mån, på sjukhuset. Ny nässond skickas med patienten när den åker till sjukhus för byte av nässond. Vid problem med nässond kontaktas XXX För fortsatt handläggning vid problem se aktuell vårdplan från regionen
		X		KVÅ fördelad insats - Leg	Byte av peg	Har gastrotub nr XXX , bytes var XXX mån, efter byte meddela vårdcentral för ny beställning av gastrotub (gäller inte hemsjukvård). Gastrotub kuffas med Xml. Vid problem med byte kontaktas XXX För fortsatt handläggning vid problem se aktuell vårdplan från regionen

						Om bytet sker på sjukhus tas gastrotub med.
X	X			KVÅ fördelad insats Leg	Intyg BAB	Lämnar blankett för ansökan om bostadsanpassningsbidrag. Skriver intyg gällande XXX (se Dokumentsammanställning). Postar intyget hem till patienten som själv tar ansvar för sin ansökan till Bygglövskontoret.
		X		KVÅ fördelad insats Leg	Klinisk undersökning av förväntat dödsfall	Dödsfall noterat av: Kontroll av hjärtljud vid auskultation: Kontroll av palpabel puls: Kontroll av spontan andning: Kontroll av pupiller: Läkare XXX har informerats om dödsfall. Anhörig har informerats:
		X		KVÅ fördelad insats Leg	Medverkan i brytpunktssamtal	Brytpunksbedömning utförd XXXXXX (datum) av läkare XXXX. Deltagande: Patient/anhöriga har informerats om beslut och ställningstagande.
X	X	X	X	KVÅ fördelad insats Leg	Senior Alert	Skattning enligt Senior Alert var 6:e månad.
		X		KVÅ fördelad insats -Leg	Sondmat -nässond	ANLEDNING TILL ÅTGÄRD: Pga sväljningssvårigheter i behov av sondmatning VAD: Säkerställa ordinerat intag av sondmat NÄR: xxx /ggr dygn HUR: Sondmat ges i nässond via pump med en hastighet av XXX m/tim. Innan sondmatning gör kurrtest och inspektera sondens läge Om patienten ligger i säng under pågående matning måste huvudändan höjas till minst 30 grader. Spola med XX ml rumstempererat vatten innan och efter sondmatning VEM: Sjuksköterska. Egenvård XXXX (beskriv här eventuell egenvård för

						insatsen) UPPFÖLJNING:
X	X	X		KVÅ fördelad insats Leg	TES	Åtgärd fördelad för tids- och insatsregistrering.
		X		KVÅ fördelad insats - Leg	TPN	ANLEDNING TILL ÅTGÄRD: Pga nedsatt näringsintag i behov av intravenös näringstillförsel VAD: Säkerställa ordinerat intag av närinstillförsel NÄR:XXX/ggr dygn eller XXX/vecka HUR: Näringsdropp ges i XXXX via pump med en hastighet av XXX m/tim. Innan påkoppling av näringstillförsel sondmatning inspektera instrickställe Spola med XX ml NaCl innan och efter avslut av näringstillförsel VEM: Sjuksköterska. Egenvård XXXX (beskriv här eventuell egenvård för insatsen) UPPFÖLJNING:
		X		KVÅ fördelad insats Leg	Vaccination	Samtycke: Vaccin: Batchnr: Lokalisation: Administrationssätt: Ordinatór:
		X		KVÅ fördelad insats Leg	Åtgärdsbeskr. - ssk läkemedelshantering	Sjuksköterskan ansvarar för följande delar av läkemedelshantering xxxxxxxx och säkerställer ordinationsändringar Patienten behåller ansvar för xxxxxxxx Iordningställande (av vem, när): Administrering/överlämnande (av vem): Förvaring (hur det förvaras):

						Kontrollräkning narkotiska läkemedel (av vem, när):
		X		KVÅ fördelad insats Omv	Allmän observation	Dokumentera hälso- och sjukvårdsrelaterad observation som inte beskrivs i annan fördelad åtgärd.
		X		KVÅ fördelad insats Omv	Diabetes-blsk kurva	ANLEDNING TILL ÅTGÄRD: Diabetsbehandling VAD: Blodoscker kontroller för att utvärdera pågående diabetesbehandling NÄR: Nattvärde kl 02-03 Före frukost 2 tim efter frukost Före lunch 2 tim efter lunch Före kvällsmat 2 tim efter kvällsmat Innan sänggående HUR: Stick i fingret kontroll via blodsockermätare/glucosensor VEM: Delegerad omsorgspersonal UPPFÖLJNING: Sjuksköterska följer upp XXXX
		X		KVÅ fördelad insats - Omv	Sondmat peg - omv	ANLEDNING TILL ÅTGÄRD: Pga sväljningssvårigheter i behov av sondmatning VAD: Säkerställa ordinerat intag av sondmat NÄR: xxx /ggr dygn HUR: Sondmat ges i gastrotub via pump med en hastighet av XXX m/tim. Innan sondmatning inspektera sondens utseende och läge samt hud runt sonden. Kontakta ssk Om patienten ligger i säng under pågående matning måste huvudändan höjas till minst 30 grader. Spola med XX ml rumstempererat vatten innan och efter sondmatning VEM: Omvårdnads personal med delegering. Egenvård XXXX (beskriv här

						eventuell egenvård för insatsen) UPPFÖLJNING:
X	X	X	X	KVÅ fördelad insats Omv	Åtgärdsbeskrivning	ANLEDNING TILL ÅTGÄRD: VAD: NÄR: HUR: VEM: UPPFÖLJNING:
		X		KVÅ fördelad insats Omv	Åtgärdsbeskr. - vård i livets slutskede	ANLEDNING TILL ÅTGÄRD: Vård i livets slutskede VAD: Utföra en god och värdig omvårdnad i livets slut. NÄR: Vid varje omvårdnads tillfälle HUR: Lägesändra XXX i samband med detta inspektion av huden. Utföra munvård XXXX, följ munvårds instruktion från sjuksköterska. Vid tecken på symtom som smärta, oro, andningsbesvär, inte kunnat kissa eller illamående ska sjuksköterska kontaktas VEM: Omsorgspersonal UPPFÖLJNING: Sjuksköterska följer upp XXXX
X	X	X	X	Relaterade faktorer	Epikris	Anledning till vårdrelation: Anledning till avslut: Vårdtid: Sammanfattning av vårdtid: Pågående processer vid överrapportering:
X	X	X	X	Relaterade faktorer	Personfaktorer	Identitetskontroll: Livsstil/levnadsvanor:

Datum
2025-10-24

Dnr VÄN 2024-1504
Rev 6
Användarstöd

						Social bakgrund: Utbildning/yrke: Andra hälsofaktorer/beteendemönster/egenskaper:
		X		Relaterade faktorer	Pågående vård - växelvård	Inkommer för växelvårdsperiod xxxxxx-xxxxxx
		X		Relaterade faktorer	Vårdplan Region Östergötland	Läkarledd vårdplanering har genomförts xxxxxx (datum) . Vårdplan finns upprättad i Cosmic av xxxx (läkare).
		X		Ursprunglig frågeställning	Vård i livets slutskede	Vårdinriktning övergår till vård i livets slutskede.
X	X	X		Ursprunglig frågeställning	BPSD	Uppföljning av kognitiv sjukdom utifrån symtombild genom skattning med BPSD-registret.
X	X	X		Ursprunglig frågeställning	BPSD - NPI	Identifierade symtom utifrån NPI-skattning (BPSD).
X	X		X	Ursprunglig frågeställning	Nybedömning	Problem identifierat i samband med nybedömning. Se process Rehab Nybedömning ÅR-MÅN-DAG.