



[Text som är understruken ska finnas med i SIP i de fall det är aktuellt.]

## Deltagare

Enhet / relation	Namn	Kontaktinformation
Preciserad personalgrupp, Kommun	Förnamn Efternamn, initialer, profession, datum	Aktuellt telefonnummer som ska synas på SIP
Namnge avdelning, Ort	Förnamn Efternamn, initialer, profession, datum	Aktuellt telefonnummer som ska synas på SIP
Namnge öppenvård, Ort	Förnamn Efternamn, initialer, profession, datum	Aktuellt telefonnummer som ska synas på SIP
<u>Närstående</u>	Förnamn Efternamn, initialer, profession, datum	Aktuellt telefonnummer som ska synas på SIP
Relation (övriga deltagare)	Förnamn Efternamn	

Min (individens) nuvarande situation	Huvudmål
<p>Beskrivs med patientens egna ord, alternativt formulera i jag-form. Formuleras med fördel av den som har bäst kännedom om patienten och som pat själv utsett/känner sig bekväm med. Försök få med resurser, eventuella strategier och vad som skapar livskvalitet/mervärde.</p> <p>Om svårigheter att formulera nuvarande situation r/t kognitiv svikt eller annan orsak: utgå från situation formulerad av till exempel närstående/förvaltare/god man.</p> <p><u>HÄLSOHISTORIA</u>: Ange de diagnoser som framkommer under mötet.</p>	<p>Patientens egenformulerade huvudmål (centralt problem/fokusområde). Viktigt att det är patientens egna ord. Kan formuleras i jag-form.</p> <p>Om svårigheter att formulera huvudmål r/t kognitiv svikt eller annan orsak: utgå från huvudmål formulerat av till exempel närstående/förvaltare/god man.</p>

Om hälsohistoria anges bör rubriken för detta anges i VERSALER.



## **Riskbedömning och åtgärder:**

*Dessa fält bör användas för information för snabba beslut av vårdnivå samt medicinska/sociala åtgärder.*

Den som dokumenterar i SIP ska skriva datum för när SIP eller uppföljning ägde rum och sina initialer för att det ska bli lättare att se vem som skrivit vad och när. Försök hitta de största huvudproblemen utifrån patients situation. T ex TRYCKSÅR: (beskriv t ex förhöjd risk för trycksår pga immobilisering eller dylikt). Detta skrivs i "riskbedömning/riskhantering". Sedan skrivs det i "åtgärdsplan/krisplan" TRYCKSÅR: (beskriv t ex lägesändringsschema, tryckavlastande madrass eller dylikt). Tänk på att skriva i samma ordning och att ha huvudproblemen i versaler för att det ska bli enklare att följa.



<b>Riskbedömning/riskhantering</b>	<b>Åtgärdsplan/krisplan</b>
<p>RISK/BEHOV/PROBLEM/DIAGNOS Vägledning: Vad är bedömt?</p> <p>För att särskilja risker kan <u>Allmän riskbedömning</u> användas för generella risker som finns i patientens vardag, medan <u>Sjukdomsspecifik riskbedömning</u> följs av risker som uppstår i samband med försämring.</p> <p>Exempel:</p> <p>FALLRISK (beskrivning) /initialer, datum.</p> <p>TRYCKSÅR (beskrivning) /initialer, datum.</p> <p>ANVÄNDER EJ LARM (beskrivning) /initialer, datum.</p> <p>FÖRSÄMRING HJÄRTSSVIKT (beskrivning) /initialer, datum.</p>	<p>ÅTGÄRDER vid försämring Vägledning: Vad gör vi, patienten själv eller närstående, för att hantera situationen om den risken uppstår?</p> <p><u>VÅRDNIVÅ</u>: Information om vårdnivå, livsuppehållande åtgärder och ev behandlingsbegränsningar anges här.</p> <p>Exempel:</p> <p>FALLRISK (åtgärd) / initialer, datum.</p> <p>TRYCKSÅR (åtgärd) / initialer, datum.</p> <p>ANVÄNDER EJ LARM (åtgärd) / initialer, datum.</p> <p>FÖRSÄMRING HJÄRTSSVIKT (åtgärd) / initialer, datum.</p> <p>VÅRDNIVÅ (åtgärd/ej åtgärd) / initialer, datum.</p>
<b>Tidiga tecken på återinsjuknande</b>	<b>Medicinska/psykiatriska stödbehov</b>
<p>SYMPTOM. Vägledning: Hur identifierar vi att det som angetts som risk är på väg att ske?</p> <p>Ange huvudproblemet (i VERSALER), följt av symtom på försämring relaterat till angiven risk. Använd samma ordningsföljd av huvudproblemen som under "Riskbedömning". Se exempel ovan.</p> <p>Om beteendeförändring anges skall det preciseras vad som avses.</p>	<p>Vägledning: Stödbehov i samband med försämring/risk som uppstått.</p> <p>Ange stödbehov samt enhet/profession alternativt närstående och åtgärd som ska vidtas för att erbjuda stöttning. Se exempel ovan.</p>



## Delmål:

För att tydliggöra hur patientens huvudmål ska uppnås skapas delmål och aktiviteter. Delmål ska formuleras utifrån patientens behov, tillsammans med patienten, under sittande möte. Samtliga huvudmän behöver ha kännedom om vilka delmål som är aktuella innan mötet avslutas.

<b>Delmål</b>	<b>Ansvarig</b>
Ange ett delmål utifrån patientens behov. Tänk personcentrerat i formuleringen och säkerställ att det går att knyta an till patientens huvudmål.  Helst ska delmålet utgöras av patientens egen formulering eller ord.	Om det går att ange en huvudansvarig för delmålet bör detta göras.
<b>Beskrivning</b>	<b>Mitt (individens) ansvar och delaktighet</b>
Gör en nulägesbeskrivning utifrån delmålet. Beskriv även resurser och problem kopplade till delmålet.	Ange sådant som patienten har efterfrågat, själv vill, eller förväntas göra, för att uppnå delmålet. Kan även handla om sådant som patienten uttrycker i relation till delmålet.  Det här fältet används framförallt när det patienten gör inte kommer vara en avgörande faktor till att uppfylla respektive delmål. Det innebär att det är vårdgivare som förväntas vara aktiva för att uppnå patientens delmål.