

Fraser i Treserva för AT/FT/SG/SSK

Skapad: 240209
Reviderad: 240503

SSK (- journal)	Titel på fras	Frastext
SSK	Avliden - epikris	X- skall bytas ut till annan text/värde Avliden XXX varit boende på XXX, vårdtid XXX XXX
SSK	Dödsfall - notering	Dödsfall noterat av XXXXX, kl XXX den XXX. Inga hörbara hjärtjud vid auskultation Ingen palpabel puls Ingen spontan andning Maximalt vida och ljusstela pupiller Dr XXX har informerats om dödsfall. Anhörig har informerats
SSK	Inskrivningsorsak - hemsjukvård	Inskrivning i hemsjukvård för hjälp med XXX.
SSK	Inskrivningsorsak - korttidsboende	Inkommer för korttidsboende på XXXXX, i avvaktan på XXXXX, inkommer från XXXXX.
SSK	Inskrivningsorsak - särskilt boende	Inkommer för permanent boende på XXXX, inkommer från XXXXX.
SSK	Inskrivningsorsak - växelvård	Inkommer för växelvårdsboende på XXXXX, Xv av X.
SSK	Läkemedelshantering	Sköter läkemedels hantering självständigt
SSK	Vård i livetslutskede	Brytpunktsbedömning utförd (datum) av läkare XXXX. Patient/anhörig har deltagit i beslut/informerats om ställningstagande. Sjuksköterska får notera dödsfallet. Ställningstagande till obduktion XXX, patienten har pacemaker/inplantat XXX
SSK	Vårdplan region Östergötland	Vårdplan upprättad i närvaro av XXXXXX i samråd med patient/anhörig ställningstagande till vårdbegränsningar såsom 0 HLR, 0 IVA eller 0 respiratorvård.
SSK - planer	Titel på fras P=problem, M=mål, Å=åtgärd, U=uppföljning	Frastext X- skall bytas ut till annan text/värde
SSK - planer	Benödem (P)	Benödem
SSK - planer	Benödem (M)	Förbättra cirkulation. Förebygga trombos, bensår och motverka benödem.
SSK - planer	Blodförtunnande behandling (P)	År 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	BPSD Plan (P)	Patienten har XX (vilken typ av demenssjukdom) med beteendemässiga och psykiska symtom.
SSK - planer	BPSD Plan (M)	Lindra symtom och bibehålla eller öka livskvalitet.
SSK - planer	Central infart (Å)	Har XXXX. Omläggning XXX. Vid problem med CVK/Picc-line (central infart) kontaktas XXXX.
SSK - planer	Diabetes -Insulinbeh (P)	För fortsatt handläggning se aktuell vårdplan från regionen.
SSK - planer	Diabetes (M)	Insulinbehandlad relaterat till diabetes typ X. Klarar inte att sköta sin behandling självständigt, behöver hjälp med XXXX
SSK - planer	Diabetes - ssk (Å)	Stabilit blodsocker genom att säkerhetsställa insulingivning och blodsocker kontroller enligt ordination. Sjuksköterska ansvarar för utvärdering av symtom och behandling i samverkan med läkare och diabetessjuksköterska på XXXX
SSK - planer	Diabetes - omv pers (Å)	Omvårdnadspersonal ansvarar för att kontrollera blodglukos före varje administrering av insulin samt vid behov. Vid blodglukos under X mmol/l eller över XX mmol/l ska sjuksköterska kontaktas. Omvårdnadspersonal ansvarar också för att ta blodglukoskurva utefter ordination av diabetessjuksköterska
SSK-planer	Diabetes-blsk kurva (Å) (mall för sammanställning)	Nattvärde kl 02-03 Före frukost 2 tim efter frukost Före lunch 2 tim efter lunch Före kvällsmat 2 tim efter kvällsmat Innan sänggående
SSK - planer	Duodopa (P)	Nedsatt rörelseförmåga pga parkinsons sjukdom. Klarar inte att sköta duodopa-pump med läkemedel självständigt
SSK - planer	Duodopa (M)	Uppnä bättre rörelseförmåga 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 rumtempererat 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 för insatsen)
SSK - planer	Injektion (U)	Fått XXXX injektion enligt ordination
SSK - planer	Hjärtsvikt (P)	Patienten är diagnostiserad med hjärtsvikt.
SSK - planer	Hjärtsvikt (M)	God utvärdering av symtom och behandling.

SSK - planer	Hjärtsvikt (Å)	Sjuksköterska ansvarar för utvärdering av symtom och behandling. Hjärtsviktsskontroll utförs XXX ggr/xxx om inget annat ordineras av läkare. Kontroll av blodtryck XXXX, puls, saturation, andningsfrekvens.		
SSK - planer	Hjärtsvikt/beödem (Å)	Sjuksköterska ansvarar för att kompressionslinda båda benen två gånger per vecka med Tubifast, Polster och Cobanlinda.		
		Omvårdnadspersonal ansvarar för att dagligen ta på kompressionsstrumpor klass XX på morgonen samt att ta av dem till kvällen. Om benödemen ökar ska sjuksköterska kontaktas.		
		alternativt		
SSK - planer	Hjärtsvikt/benödem (Å)	Omvårdnadspersonal ansvarar för att dagligen inspektera att kompressionslindorna inte hasat ner och stasar, samt att vara observanta på eventuell smärta eller obehag som kan uppstå p.g.a. behandlingen.		
SSK - planer	Injektion (U)	Fått XXXX injektion enligt ordination		
SSK - planer	Inkontinens (P)	Är XXXXX inkontinent, behov av inkontinens hjälpmedel		
SSK - planer	Inkontinens (M)	Optimalt inkontinenshjälpmedel för uppsamling av läckage och ge förutsättningar att upprätthålla hel hud. Ökat välbehag		
		Behov av regelbundna toalettbesök		
SSK - planer	Inkontinensvård (Å)	Patienten behöver hjälp/handräckning vid byte av inkontinensskydd. Individuellt utprovade och förskrivna inkontinenshjälpmedel finns hemma hos patienten. Omvårdnadspersonal/patient/anhörig ansvarar för att beställa inkontinenshjälpmedel och meddela sjuksköterska om inkontinensskyddet inte fyller sitt syfte gällande exempelvis absorptionsförmåga eller storlek.		
		Utproving/förskrivning Patienten bedöms vara i behov av inkontinenshjälpmedel, förskriver XXXXX		
SSK - planer	Inkontinensutredning-behandling (Å)	Sjuksköterska ansvarar för att förskriva inkontinenshjälpmedel. Förskrivning av individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel efter läckage- urin och dryckesmätning. Förskriver inkontinensskydd XXXX dagtid och XXXX till natten r/t blandinkontinens.		
SSK - planer	Katetervård (P)	Uppföljning av förskriva inkontinenshjälpmedel sker xxxxxxx, vid förändrat behov uppdateras åtgärd		
SSK - planer	Katetervård (M)	Behov av urinkateter relaterat till XXXXX.		
SSK - planer	Kateterbyte (Å)	Fungerande kateterskötsel för att minimera infektionsrisk samt undvika täta byten av kateter.		
SSK - planer	Kateter borttagande-avsluta behandling (Å)	Byte av kateter var XXX vecka. Har XXX kateter storlek nr. Kuffad med XX ml sterilt vatten.		
SSK - planer	Kateterspolning (Å)	Avslutar kateterbehandling, kateter dras kl XXX		
SSK - planer	Kateterspolning (Å)	Sjuksköterska/omvårdnadspersonal ansvarar för spolning av kateter vid behov. Delegerad omvårdnadspersonal spolat kateter vid behov, vid misstanke om stopp, grumlig eller blodblandad urin. Kontakt tas med sjuksköterska efteråt vid behov		
SSK - planer	Katetervård (Å)	Omvårdnadspersonal ansvarar för att tömma kateterns uppsamlingspåse vid behov samt att byta den en gång per vecka.		
SSK - planer	Läkemedelshantering (P)	Bedömt behov av läkemedelsövertag, klarar inte att sköta/ansvara för sina läkemedel själv.		
SSK - planer	Läkemedelshantering (M)	Vid övertaget läkemedelsansvar säkerställa läkemedelshantering och överlämnande av läkemedel.		
SSK - planer	Läkemedel -apodos (Å)	Sjuksköterska ansvarar för kontroll av Apodos vid läkemedelsändring, samt delning av dosett enligt ordination/vid behov. Sjuksköterska ansvarar även för att tillhandahålla aktuell läkemedels- och signeringslista. Kontroll av narkotiska läkemedel och uttagslistor sker av sjuksköterska XXXX/mån/vecka		
		Läkemedel förvaras XXXX Uthämtning/leverans av läkemedel sker via XXXXXX		
SSK - planer	Läkemedel -dosettindelning (Å)	Dosett delas av sjuksköterska enligt ordination, iordningställande av dosett sker xx ggr/vecka/månad. Sjuksköterska ansvarar även för att tillhandahålla aktuell läkemedels- och signeringslista. Kontroll av narkotiska läkemedel och uttagslistor sker av sjuksköterska XXXX/mån/vecka		
SSK - planer	Läkemedel -dosettindelning (U)	Läkemedel förvaras XXXX Uthämtning/leverans av läkemedel sker via XXXXXX		
SSK - planer	Läkemedel -kontroll växelvärd (Å)	Delar dosett för perioden () - () enligt ordination.		
SSK - planer	Läkemedel -överlämnande (Å)	Kontroll av läkemedel vid ankomst till växelvärd.		
SSK - planer	Palliativ vård (P)	Omvårdnadspersonal är behjälplig med överlämnande av läkemedel enligt ordination.		
SSK - planer	Palliativ vård (M)	Patienten befinner sig i livets slutskede med kort förväntad överlevnadstid.		
SSK - planer	Palliativ vård (M)	En värdig död med god symtomlindring och största möjliga välbefinnande.		
		God symtomlindring och största möjliga välbefinnande. Sjuksköterska får sätta urinvägskateter vid behov. (ssk åtgärd)		
SSK - planer	Palliativ vård-omvårdnad (Å)	Omvårdnadspersonal ansvarar för att utföra god och värdig omvårdnad i livets slut. Lägesändra xxx, Utföra munvård xxxx Vid tecken på symtom som smärta, oro, andningsbesvär eller illamående ska sjuksköterska kontaktas.		
SSK - planer	Palliativ vård-injektioner (Å)	Sjuksköterska ansvarar för uppföljning av symtom och administrering av palliativa injektioner vid behov.		
SSK - planer	Psykisk ohälsa (P)	Patienten är nedstämd. Har uttryckt suicidtankar. Sjuksköterska ansvarar för uppföljning av symtom och behandling (vid behov).		
SSK - planer	Psykisk ohälsa (M)	Psykiskt välmående.		

		Omvårdnadspersonal ansvarar för daglig uppföljning av patientens mående och att kontakta sjuksköterska vid behov. Omvårdnadspersonal ansvarar för att stödja patienten vid förekomst av oro genom omvårdnadsmissiga handlingar, samt för att administrera lugnande läkemedel enligt vid behovs ordination.		
SSK - planer	Psykisk ohälsa (Å)	Vid förändringar i patientens beteende ska sjuksköterska kontaktas.		
SSK - planer	Uppföljning av psykisk ohälsa (Å)	Sjuksköterska ansvarar för uppföljning av symtom och behandling.		
SSK - planer	Uppföljning av psykisk ohälsa (Å)	Sjuksköterska ansvarar för uppföljning av symtom och behandling.		
SSK - planer	Risk för undernäring (P)	Utifrån senior alert bedömning identifierad risk för minskat energiintag på grund av XXXXX (ålder, läkemedel och sjukdom)		
SSK - planer	Risk för undernäring (M)	Optimalt näringsintag för att undvika undernäring		
SSK - planer	Uppföljning av risk för undernäring (Å)	Uppföljning av insatta åtgärder sker xxxxxxx, vid förändrat behov uppdateras åtgärd MNA skalan används vid uppföljning		
SSK - planer	Risk för undernäring (Å)	För att nattfasta inte ska övergå 11 tim, ges nattmål i form av XXXX kl XXXX.		
SSK - planer	Risk trycksår (P)	Utifrån senior alert bedömning identifierad risk för trycksår på grund av XXXXX (ålder, läkemedel och sjukdom)		
SSK - planer	Risk trycksår (M)	Förhindra/minska risk för uppkomst av trycksår		
SSK - planer	Risk trycksår (Å)	Daglig inspektion av hudkostym av omvårdnadspersonal. Vid tecken på rodnad eller sår tas kontakt med sjuksköterska för bedömning.		
SSK - planer	Uppföljning av risk trycksår (Å)	Uppföljning av insatta åtgärder sker xxxxxxx, vid förändrat behov uppdateras åtgärd Nortonskalan används vid uppföljning		
SSK - planer	Risk för fall (P)	Utifrån senior alert bedömning identifierad risk för fall på grund av XXXXX (ålder, läkemedel och sjukdom)		
SSK - planer	Risk för fall (M)	Förhindra/ minska risk för uppkomst av fall		
SSK - planer	Uppföljning av risk för fall (Å)	Uppföljning av insatta åtgärder sker xxxxxxx, vid förändrat behov uppdateras åtgärd. DFRI används vid uppföljning		
SSK - planer	Risk för fall (Å)	Fallpreventiva åtgärder såsom höftskyddsbyxa, skor, miljö, larm		
SSK - planer	Risk för försämrad munhälsa (P)	Utifrån senior alert bedömning identifierad risk för försämrad munhälsa på grund av XXXXX (ålder, läkemedel och sjukdom)		
SSK - planer	Risk för försämrad munhälsa (M)	God munhälsa		
SSK - planer	Risk för försämrad munhälsa (Å)	Hjälp med munvård alternativt att borsta tänder		
SSK - planer	Uppföljning av risk för försämrad munhälsa (Å)	Uppföljning av insatta åtgärder sker xxxxxxx, vid förändrat behov uppdateras åtgärd. ROAG används för uppföljning		
SSK - planer	Risk för inkontinens/ bläsdysfunktion (P)	Utifrån senior alert bedömning identifierad risk för fall på grund av XXXXX (ålder, läkemedel och sjukdom)		
SSK - planer	Risk för inkontinens/ bläsdysfunktion (M)	Utforma en optimal behandling.		
SSK - planer	Risk för inkontinens /bläsdysfunktion (Å)	Omvårdnadspersonal är patienten behjälplig utifrån individuellt anpassat schema avseende Toalett-schema Bäckenbottenträning Råd tarmtömning Blåstråningsinstruktioner		
SSK - planer	Uppföljning av risk för inkontinens/bläsdysfunktion (Å)	Uppföljning av insatta åtgärder sker xxxxxxx, vid förändrat behov uppdateras åtgärd Uppföljning sker enligt Nikola		
SSK - planer	Sondmat (P)	I behov av sondmatning pga sväljningssvårigheter relaterat till XXXX, har en XXXXX		
SSK - planer	Sondmat (M)	Säkerställa kostintag och läkemedelsintag enligt ordination från XXXXX		
SSK - planer	Sondmat peg (Å)	Får sondmat XXXXX, XX ggr/d. Sondmat ges via pump med en hastighet av XXX m/tim Innan sondmatning inspektera sondens utseende. 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, läkemedel som ges i sonden krossas och löses i vatten. Spola efter med extra vatten efter läkemedelsgivning. Egenvård XXXX (beskriv eventuell egenvård för insatsen) Hud runt sonden rengörs med vatten. Gastrotrib kuffas om med X ml vatten var XXX vecka.		
SSK - planer	Sondmat -nässond (Å)	Får sondmat XXX, XX ggr/d. Sondmaten ges via pump med en hastighet av xxxx ml/tim 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. 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. Egenvård XXXX (beskriv eventuell egenvård för insatsen) Har nässond nr XX som bytes var xxx mån, på sjukhuset. Ny sond skickas med patienten när den åker in för att byta sond. Vid problem med sond kontaktas XXX För fortsatt handläggning vid problem se aktuell vårdplan från regionen		
SSK - planer	Byte av peg (Å)	Har gastrotrib nr XXX , bytes var XXX mån, efter byte meddela vårdcentral för ny beställning av gastrotrib (gäller inte hemsjukvård). Gastrotrib kuffas med Xml. Vid problem med byte kontaktas XXX För fortsatt handläggning vid problem se aktuell vårdplan från regionen		
SSK - planer	Smärta (P) eller en åtgärd i palliativ vpl	Om bytet sker på sjukhus tas gastrotrib med		
SSK - planer	Smärta (M)	Besvär med smärta relaterat till XXXX		
SSK - planer	Smärta (M)	Symtomlindring		

SSK - planer	Smärta (A)	Säkerställa kontinuerlig smärtlindring		
SSK - planer	Smärtpump (A)	Satt subcutan nål för kontinuerlig smärtlindring via pump. Daglig inspektion av insticksställe, byte av nål x ggr/v.		
SSK - planer	TPN (P)	Byte av spruta och slang till pump x ggr/v, läkemedel bereds enligt ordination.		
SSK - planer	TPN (M)	Otillräckligt näringsintag pga XXXX		
SSK - planer	TPN (M)	Säkerställa näringsintag enligt ordination från XXX		
SSK - planer	TPN (A)	lordningställa och administrera TPN XXXX enligt ordination, XX ggr/v.		
SSK - planer	Viktkontroll (A)	TPN ges via pump med en hastighet av XXX ml/min Spola med XX ml NaCl innan och efter TPN administrering Egenvård XXXX (beskriv eventuell egenvård insatsen)		
SSK - planer		Viktkontroll XXX ggr/v/mån. Kontroll sker på morgonen, målvikt är XXXX. Vid viktförändring på mer än X kg sedan senaste vikt kontakta ssk.		
AT FT Journal	Titel på fras	Frastrukt		
		X- skall bytas ut till annan text/värde		
AT FT journal	Avslutad patientkontakt - rehab	Patienten har erhållit insatser av XXX (kommunens rehabilitering/Attendo rehab...) i form av hjälpmedelsförskrivning/träning/bostadsanpassning AÅMMDD-ÅÅMMDD. Kontakt upphör på grund av XXX. Uppföljning på enheten bedöms obehövlig. Överrapportering har gjorts till ny aktuell vårdgivare. Avslutar vårdåtagande.		
AT FT journal	Inskrivningsorsak - rehab	Patienten är aktuell för XXX (kommunens rehabilitering/Attendo rehab...) pga hjälpmedelsförskrivning/träning/anpassningar i bostaden.		
AT FT journal	Remiss minnesutredning mottagen	Remiss gällande minnesutredning inkommer från X vårdcentral. Patienten kommer att kallas.		
AT FT journal	Socialt/Livsstil	Identitetskontroll utförd		
AT Daglig verksamhet	Ny verksamhet	Brukaren påbörjar sin dagliga verksamhet på XXXX åååå-mm-dd, med syfte att...		
AT Daglig verksamhet	Sammanfattning av gruppaktivitet	Brukaren har deltagit i aktivitetsgrupp XXXX under tiden åååå-mm-dd--åååå-mm-dd. Har deltagit vid XX tillfällen av XX.		
AT FT planer	Titel på fras	Frastrukt		
	P=problem, M=mål, Å=åtgärd, U=uppföljning	X- skall bytas ut till annan text/värde		
AT FT planer	(M) Hjälpmedelsförteckning	Aktuell förteckning över individuellt förskrivna hjälpmedel för att klara aktiviteter i dagliga livet.		
AT FT planer	(M) Rollator	Förflytta sig på ett säkert sätt.		
AT FT planer	(P) Hjälpmedelsförteckning	Klarar inte dagliga aktiviteter utan individuellt förskrivna hjälpmedel.		
AT FT planer	(P) Rollator	Fallrisk. Osäker förflyttning inomhus.		
AT FT planer	(A) Förskrivning hjälpmedel	Förskriver och provar ut XXX. Genomför funktionskontroll. Instruerar patient och personal/anhörig om handhavandet. Lämnar bruksanvisning, information om lån av hjälpmedel samt kontaktuppgifter.		
AT FT planer	(Å1) Hjälpmedelsförteckning	XXXX		
AT FT planer	(Å2) Hjälpmedelsförteckning	Individuellt förskrivna hjälpmedel ska användas och kontrolleras enligt bruksanvisning och instruktion.		
AT FT journal	Resultat	Uppföljning av individuellt förskrivna hjälpmedel enligt rutin.		
		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	Titel på fras	Frastrukt		
	P=problem, M=mål, Å=åtgärd, U=uppföljning	X- skall bytas ut till annan text/värde		
AT planer	(M) Badbräda	Kunna duscha på ett säkert sätt.		
AT planer	(M) Behandlande dyna/madrass	God avlastning i sittande/liggande för möjlighet till sårhäkning.		
AT planer	(M) Duschstol	Minska fallrisk i dusch. Kunna duscha på ett säkert sätt.		
AT planer	(M) Elryggstöd	Underlätta förflyttning i/ur säng samt lägesändring.		
AT planer	(M) Fristående toalettförhöjning	Underlätta toalett besök nattetid/under rehabiliteringstiden.		
AT planer	(M) Förebyggande dyna/madrass	God tryckavlastning i sittande/liggande för minskad risk för uppkomst av trycksår.		
AT planer	(M) Hygienstol med hjul	Underlätta förflyttning till och från toalett och duschplats.		
AT planer	(M) Komfortullstol	Att få ett stabilt sittande i rullstol.		
AT planer	(M) Lyftsele	Säker överflyttning.		
AT planer	(M) Manuell rullstol	Möjliggöra förflyttning		
AT planer	(M) Toalettförhöjning	Klara upprensning från toalett		
AT planer	(M)Transportrullstol	Möjliggöra förflyttning utomhus med hjälp av annan person.		
AT planer	(P) Badbräda	Osäker förflyttning i/ur badkaret. Fallrisk.		
AT planer	(P) Behandlande dyna/madrass	Trycksår XXX. Svårt med egen lägesändring.		
AT planer	(P) Duschstol	Svårigheter att stå vid dusch.		
AT planer	(P) Elryggstöd	Klarar inte självständig förflyttning i/ur säng. Klarar inte att ligga plant i sängen.		

AT planer	(P) Fristående toalettförhöjning	Svårt med uppresning/nedsittning. Fallrisk pga. svårigheter att klara förflyttning till toalett nattetid. Restriktioner i samband med höftoperation.		
AT planer	(P) Förebyggande dyna/madrass	Rodnad och tryckmärken på XXX. Risk för att utveckla trycksår.		
AT planer	(P) Hygienstol på hjul	Svårigheter att förflytta sig till toalett och duschplats på ett säkert sätt.		
AT planer	(P) Komfortrullstol	Nedsatt bälstabilitet. Svårighet att variera sittställning.		
AT planer	(P) Lyftsele	Klarar inte stående överflyttning.		
AT planer	(P) Manuell rullstol	Nedsatt/begränsad gångförmåga.		
AT planer	(P) Toalettförhöjning	Svårigheter vid uppresning från toalett.		
AT planer	(P) Transportrullstol	Klarar inte självständig förflyttning utomhus.		
AT planer	(U) Eirullstolsuppföljning	Telefonkontakt/hembesök med patient för årlig uppföljning av eirullstol enligt rutin. Behovet kvarstår/behovet har förändrats. Patienten informeras om att ta kontakt med arbetsterapeut om behovet förändras eller upphör.		
AT planer	(Å) Förskrivning 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 Documenta.), bruksanvisning, "Instruktion angående säkerhet och underhåll" samt checklistan "Kontroll av lyftsele till personlyft".		
AT Enstaka åtgärd	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.		