

**Riktlinjer för hälso- och
sjukvårdsdokumentation inom
Stockholms stads särskilda boenden
enligt SoL och LSS, dagverksamheter
enligt SoL och daglig verksamhet enligt
LSS.**

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	3
<i>Hälso- och sjukvårdens värdegrund</i>	3
<i>Syfte med patientjournal</i>	3
PATIENTENS RÄTT	4
<i>Rätten att ta del av patientjournal</i>	4
<i>Rättelse och förstörande av patientjournal</i>	4
ANSVAR	4
<i>Verksamhetschef 29 § Hälso- och sjukvårdslagen</i>	4
<i>MAS och MAR</i>	5
<i>Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal</i>	5
<i>Studering</i>	5
JOURNALFÖRING	5
JOURNALENS INNEHÅLL	6
<i>Signering och rättelse</i>	7
SPRÅKET I JOURNALEN	7
TERMER OCH BEGREPP	7
<i>ICF</i>	7
<i>KVÅ</i>	8
VÄRDPROCESSEN	8
<i>Aktuellt hälsotillstånd</i>	9
<i>Kartlagt hälsotillstånd</i>	9
<i>Hälsoplan</i>	10
<i>Avsett hälsotillstånd</i>	10
<i>Ordinationer/åtgärder</i>	11
<i>Uppnått hälsotillstånd</i>	12
<i>Palliativ vård i livets slutskede</i>	12
<i>Epikris</i>	13
<i>Arkivering</i>	13
DOKUMENTATION VID PLANERADE OCH OPLANERADE DRIFTSTOPP	13
UPPRÄTTANDE AV JOURNAL INOM OLIKA VERKSAMHETSINRIKTNINGAR	14
<i>Vård- och omsorgsboende</i>	14
<i>Korttidsvård</i>	16
<i>Servicehus</i>	19
<i>Dagverksamhet</i>	22
<i>Socialpsykiatriskt boende</i>	22
<i>Bostad med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning</i>	26
<i>Daglig verksamhet</i>	30

INLEDNING

Enligt Hälso-och sjukvårdslagen är Stockholm stad huvudman för den hälso- sjukvård som bedrivs inom stadsdelsnämndernas särskilda boendeformer enligt SoL och LSS, dagverksamheter enligt SoL och daglig verksamhet enligt LSS.

I stadens särskilda boendeformer enligt LSS och Daglig verksamhet enligt LSS har landstinget utfört hälso-och sjukvårdsinsatserna. Från och med den 1 oktober 2015 är det kommunen som är vårdgivare och utför hälso- och sjukvårdsinsatserna.

Riktlinjerna avser hälso- och sjukvårdsdokumentation i Stockholms stad.

Bestämmelser om hur journalföringen ska göras regleras i lagstiftningen. I journalen ska den enskilde benämnas patient. Enligt patientdatalagen utgör en journal alla handlingar och anteckningar som upprättas i samband med undersökning, vård och behandling och som rör patientens hälsotillstånd.

Hälso- och sjukvårdens värdegrund

Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Vården ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Patientens självbestämmande och integritet ska respekteras.

Omhändertagande av den avlidne ska fullgöras med respekt och närstående ska visas hänsyn och omtanke.

Syfte med patientjournal

Syftet med patientjournalen är att säkerställa att patienten får en god och säker vård med god hygienisk standard.

Journalen ska vara utformad så att den både är ett arbetsredskap för hälso- och sjukvården samt att den är en informationskälla för patienten. Journalen ska vara skriven på ett sådant sätt att patienten ska kunna läsa den.

Journalen utgör som arbetsredskap en grund för uppföljning och utvärdering av insatta åtgärder. Den kan även vara ett underlag vid uppföljning och utveckling av verksamheten, tillsyn och rättsliga krav, uppgiftsskyldighet enligt lag samt källa för forskning.

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) 2 §
Patientlag (2014:821)
Patientdatalag (2008:355)
Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2008:14)
Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.
Riktlinjer för hälso- och sjukvård inom Stockholms stads särskilda boenden enligt SoL och LSS, dagverksamheter enligt SoL och dagliga verksamheter LSS .

PATIENTENS RÄTT

Rätten att ta del av patientjournal

Patienten har som huvudregel rätt att ta del av sin egen journal. För närstående gäller som huvudregel att patienten ska lämna sitt samtycke för att de närstående ska få ta del av journalen. Frågan om utlämnande ska prövas av den som är ansvarig för journalhandlingen.

Information om att sekretessprövning gjorts, att journal har lämnats ut och till vem journalen lämnats ut, ska dokumenteras i journalen.

Riktlinjer för hälso- och sjukvård inom Stockholms stads särskilda boenden, dagverksamheter och daglig verksamhet enligt SoL och LSS 2015.

Rättelse och förstörande av patientjournal

Om patienten anser att en uppgift i patientjournalen är oriktig eller missvisande ska det antecknas i journalen.

En patient eller någon annan som omnämns i en patientjournal kan ansöka hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om att journalen ska förstöras helt eller delvis.

Patientdatalag (2008:355) 4 - 8 kap.
Offentlighets- och sekretesslag (SFS 2009:400) 6 kap. 3 §

ANSVAR

Verksamhetschef 29 § Hälso- och sjukvårdslagen

Verksamhetschefen har ett lednings- och kvalitetsansvar och ska se till att det finns förutsättningar att genomföra den

lagstadgade journalföringsplikten, till exempelvis tid, kompetens och utrustning. Verksamhetschefen ansvarar vidare för att riktlinjer för dokumentation och journalföring är kända och följs av legitimerad personalen.

MAS och MAR

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att journaler finns och att de förs i den omfattning som föreskrivs i gällande lagstiftning och enligt riktlinjer för hälso- och sjukvårdsdokumentation.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att föra journal för de patienter som är i behov av insatser från hälso- och sjukvården.

Studerande

Studerande som deltar i den faktiska patientvården har rätt att ta del av och föra anteckningar i elektronisk patientjournal under handledares överinseende och ledning. Studentens fullständiga namn, befattning och namnet på högskolan ska framgå. Journalanteckningen ska godkännas och signeras av behörig handledare.

Patientdatalag (2008:355)

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

Patientsäkerhetsförordning (2010:1369) 7 kap. 3§

Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2008:14)

Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.

JOURNALFÖRING

Journalen ska så långt möjligt upprättas i samråd med patienten. Journalen ska spegla innehållet i de viktigaste delarna av vården, det vill säga vård- och omsorgsprocessens olika steg; initiera vård och omsorg, utreda, ta ställning, genomföra och följa upp.

Journalen ska föras på ett sådant sätt att en uppgift inte behöver dokumenteras på flera olika ställen. Uppgifterna ska vara korrekta, väl underbyggda och inte innehålla subjektiva värdeomdömen.

Socialstyrelsen, Nationell informationsstruktur, Processmodell för vård och omsorg version 2015:1

Journalens innehåll

Journalen ska innehålla:

- Uppgift om patientens identitet
- Kontakt- och närståendeuppgifter
- Väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, det vill säga uppgifter om aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
- Uppgift om undersökningsresultat, ställd diagnos och anledning till mer betydande åtgärder
- Väsentliga uppgifter om planerade och vidtagna åtgärder och ordinationer av, till exempel olika behandlingar
- Uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ
- Uppgifter om överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen
- Uppgifter om vårdhygienisk smitta
- Epikris och andra sammanfattningar av genomförd vård

I journalen ska det finnas *uppmärksamhetssignaler* som rör ”Varning”, ”Smitta” och ”Observandum”.

”Varning” – här ska endast läkarverifierade uppgifter om intolerans eller överkänslighet som innebär en allvarlig risk för patientens liv och hälsa dokumenteras. Allvarlighetsgraden skadlig och livshotande kan kopplas till varningsinformationen.

”Smitta” – här ska läkarverifierade uppgifter om smitta/smittsam sjukdom som blodsmitta, tarmsmitta, annan smitta eller smittsam sjukdom dokumenteras.

”Observandum” – här ska information om sådant som vård- och omsorgspersonal måste uppmärksammas på för att patienten ska få adekvat vård eller omsorg. Allvarlighetsgraden besvärande kan kopplas till ”Observandum”.

Journalen ska även innehålla;

- Uppgifter om lämnade samtycken
- Uppgifter om patientens egna önskemål vad avser vård och behandling
- De uppgifter som behövs för att tillgodose spårbarhet avseende de medicintekniska produkter som har förskrivits, lämnats ut eller tillförts patienten
- Utfärdade intyg och remisser och andra inkommande och utgående uppgifter
- Uppgifter om vårdplanering
- Anteckning om patienten anser att en uppgift i journalen är oriktig eller missvisande
- Uppgifter om en journalhandling eller en avskrift eller en kopia av handlingen har lämnats ut till någon, vem som fått handlingen, avskriften eller kopian och när denna har lämnats ut.

Signering och rättelse

Journalanteckningen ska signeras med namn och befattning av den person som ansvarar för uppgiften. Signeringen görs i anslutning till dokumentationen.

Uppgifter i patientjournalen får inte utplånas eller göras oläsliga. En rättelse ska alltid göras så att den ursprungliga texten fortfarande går att läsa. Vid rättelser av en felaktighet ska det anges när rättelsen har skett och vem som har gjort den.

Språket i journalen

Journalen ska vara skriven på svenska språket, vara tydligt utformad och så lätt som möjligt att förstå för patienten. Språket får inte vara skrivet på ett sådant sätt att det kan upplevas kränkande eller nedsättande för patienten.

Uppgifterna i journalen ska så långt som möjligt dokumenteras med nationellt fastställda begrepp, termer och klassifikationer för att i möjligaste mån eliminera risken för subjektiva tolkningar. Förkortningar och medicinska termer ska användas så lite som möjligt.

Termer och begrepp

ICF

Den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) ska användas i den

teambaserade journalen. Klassifikationen har en bestämd struktur med standardiserade och definierade begrepp för att beskriva patientens fungerande hälsa i förhållande till hälsokomponenter och hälsorelaterade komponenter i stället för utifrån sjukdomskonsekvenser.

Graden av ett hälsotillstånd mäts med bedömningsfaktorer med en gemensam skala för alla komponenter.

KVÅ

Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är ett enhetligt sätt att dokumentera planerade och utförda patientrelaterade åtgärder.

ICF - Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, Socialstyrelsen, 2003

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10546/2003-4-1.pdf>

KVÅ -

<http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/atgardskoderkva>

Nya VIPS- boken; Margareta Ehnfors, Anna Ehrenberg och Ingrid Thorell- Ekstrand, 2014

Patientcentrerad vård

Patientcentrerad vård innebär att dela makt och ansvar med patienten och att identifiera, respektera och ta hänsyn till patientens individuella värderingar, val, behov och livssituation. Patienten ska ges bästa möjliga förutsättningar att göra egna val vad gäller sin hälsa. Detta medför till exempel att det krävs en kontinuerlig dialog med patienten för att förstå henne eller honom. Det kan också medföra att involvera familj och närstående i vården enligt patientens önskemål.

Vårdprocessen

Med vårdprocessen avses problemlösande arbetsmetoder som har sin grund i principerna för vetenskapliga metoder som kräver tänkande, kunskaper och erfarenhet.

Syftet med processen är dels att skapa förutsättningar för vårdpersonalen att få information om patientens behov av omvårdnad och rehabilitering, dels att underlätta för patienten att ta större ansvar för sin egenvård.

De vårdprocesser som används inom den kommunala hälso- och sjukvården är sjuksköterskans omvårdnadsprocess och fysioterapeutens/sjukgymnastens och arbetsterapeutens rehabiliteringsprocess. Processernas olika steg är att initiera vård och omsorg, utreda, ta ställning, genomföra och följa upp.

I ett processarbete är det nödvändigt att gå fram och tillbaka, att kontinuerligt komplettera datainsamlingen. Det är också nödvändigt att hela tiden resonera och kritiskt granska planerade och genomförda åtgärder.

Aktuellt hälsotillstånd

För att hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna ge den vård- och omsorg som patienten har behov av är det nödvändigt att få en så fullständig bild av patienten som möjligt. Det innebär att inkludera både patienten och närstående när det är relevant. Vem är den här personen, vilket liv lever den här personen och vad är viktigt för den här personen?

Bedömningen måste också omfatta uppgifter om patientens aktuella hälsotillstånd. Detta görs genom insamling av data om kroppsfunction och kroppsstruktur, aktivitet och delaktighet samt omgivningsfaktorer som påverkar patientens hälsotillstånd.

Insamlingen av data ska ske på ett systematiskt sätt, till exempel genom samtal, observationer, olika undersökningar, information från journaler och legitimerad personals bedömning.

Kartlagt hälsotillstånd

Insamlade data ska analyseras för att se mönster, bakomliggande orsaker och samband. I analysen förs ett diagnostiskt eller hypotetiskt resonemang, en tankeprocess för att identifiera resurser, risker eller problem för att komma fram till ett kartlagt hälsotillstånd. Det kartlagda hälsotillståndet ska ligga till grund för ställningstagande om upprättande av hälsoplan eller inte.

I kartläggningen av patientens hälsotillstånd är det nödvändigt att gå fram och tillbaka, att kontinuerligt komplettera datainsamlingen. Det är också nödvändigt att hela tiden

resonera och kritiskt granska planerade och genomförda åtgärder.

Hälsoplan

En hälsoplan ska innehålla diagnos, avsett hälsotillstånd, planerade och utförda ordinationer/åtgärder, uppföljning och utvärdering.

Med hjälp av diagnosen kan legitimerad personal i tillsammans med patienten precisera patientens behov av omvårdnad och rehabilitering. Diagnosen baseras på insamlade och dokumenterade data som kan finnas under flera sökord i journalen. Man kan säga att insamlad data ska innehålla bevisen för den ställda diagnosen.

Fråga dig om problemet eller risken är något du kan åtgärda. Om svaret är ja, är det troligen en omvårdnads- eller funktionsdiagnos. Om svaret är nej, är det troligen en medicinsk diagnos.

Vid uppföljning följs utförda ordinationers/åtgärder upp för att se om de haft avsedd effekt eller inte. Vid utvärdering följs hälsoplanen upp för att se om det avsedda hälsotillståndet uppnåtts eller inte.

Avsett hälsotillstånd

Målet för vården av patienten är det förväntade resultatet, det vill säga det hälsotillstånd man avser uppnå. Målet måste vara realistiskt, möjligt att uppnå och önskvärt ur patientens perspektiv. Vården ska ske i samråd med patienten, som ska ges möjlighet att uttrycka sitt mål för avsett hälsotillstånd.

SMARTa mål är en metod, ett verktyg för att formulera mål.



S för specifikt. Det ska tydligt ange vad som ska uppnås. Använd aktiva ord som innebär en riktning, öka, minska, utveckla. Undvik allmänna ord som värna om, ta tillvara, tillgodose.

M för mätbart. Det ska vara möjligt att följa upp om resultatet har uppnåtts.

A för accepterat. Det ska uppfattas som relevant och vara accepterat av patienten.

R för realistiskt. Det ska vara möjligt att uppnå.

T för tidsbestämt. Det ska finnas uppgift om när det avsedda hälsotillståndet/målet ska vara uppnått. Tidpunkten bestäms av alla som är involverade.

Ordinationer/åtgärder

Ordinationer är beslutade av legitimerad personal och är avsedda att påverka patientens hälsotillstånd. Det betyder att en ordination är direkt riktad till patienten oavsett om åtgärden utförs av legitimerad personal eller av omsorgspersonal.

De utredande och behandlande åtgärder som sjuksköterska, fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut ordinerar, innebär att åtgärderna ordinerar av respektive profession *oberoende* av läkare eller specialistsjuksköterska.

De åtgärder som ordinerar av läkare eller specialistsjuksköterska kallas *beroendeordinationer*, vilket innebär att åtgärderna är *beroende* av annan ordinator än sjuksköterska, fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut.

Ordinationen ska innehålla en instruktion om viss behandling eller åtgärd. Ordinationen ska ange vad som ska göras och hur det ska göras, inte målet med åtgärden. Ordinationen ska vara tidsatt och effekten följas upp.

Utförda ordinationer ska signeras på signeringslista när de utförs av omsorgspersonal. I de fall legitimerad personal utför ordinationen signerar även de på samma signeringslista.

Vid uppföljning av ordinationens effekt ska legitimerad personal ta ställning till om åtgärden fortfarande är en hälso- och sjukvårdsåtgärd eller om den ska övergå till en instruktion för omsorgspersonal.

När ordinationen övergår till en instruktion avslutas den som hälso- och sjukvårdsinsats. Instruktionen är nu att betrakta som ett förhållningsätt till personen i dennes vardag och kräver inte signeringslista.

Uppnått hälsotillstånd

Möjligheten att bedöma *effekter av vården* hör i hög grad ihop med hur nyanserad bedömningen av patientens hälsotillstånd är initialt och hur preciserad diagnosen är.

För att bedöma om patientens hälsotillstånd har förändrats ska hälsoplanen fortlöpande utvärderas för att se om ordinationen/åtgärden haft avsedd effekt och om avsett hälsotillstånd uppnåtts. Ett nytt hälsotillstånd medför nya ställningstaganden och beslut.

Hälsoplaner och ordinationer/åtgärder som inte längre är aktuella ska avslutas.

Vid förändrat hälsotillstånd där nya risker- eller problem identifierats ska hälsoplaner revideras eller nya upprättas.

Palliativ vård i livets slutskede

Efter genomfört brytpunktssamtal övergår vården till palliativ vård i livets slutskede. All fortsatt dokumentation görs då i en plan ”Palliativ vård i livets slutskede”.

Epikris

Efter avslutad vårdtid ska alltid en epikris skrivas och journalen avslutas.

Arkivering

Arkivering av journal görs enligt MAS lokala regler i respektive stadsdel.

Dokumentation vid planerade och oplanerade driftstopp

För att säkra hälso- och sjukvården ska följande uppgifter finnas i pappersformat:

1. Person- och närståendeuppgifter, samtycke, personfaktorer, medicinska diagnoser och vårdkontakter
2. Kartlagt hälsotillstånd, eventuell hälsoplan, oberoende- och beroendeordinationer som inte är kopplade till en hälsoplan
3. Uppmärksamhetssignaler för varning, smitta och observandum

Sjuksköterska ansvarar för att uppgifterna är uppdaterade och aktuella. Sjuksköterska ska i samråd med arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast besluta vilken övrig dokumentation som kan behöva finnas i pappersform.

Dokumentationen ska göras på avsedd blankett ”Journalblad vid driftstopp”. Ett journalblad per patient ska användas och anteckningen ska signeras. Dokumentationen ska snarast, men senast inom 3 dygn efter avslutat driftstopp föras in i journalen av den person som är ansvarig för anteckningen.

Om den som gjort journalanteckningen inte kan föra in den i journalen inom 3 dygn ska tjänstgörande hälso- och sjukvårdspersonal dokumentera att det finns anteckning i pappersform under respektive sökord.

Journalanteckningar i pappersform som inte har förts in i journalen ska sparas och arkiveras i patientens journalmapp.

Upprättande av journal inom olika verksamhetsinriktningar

Kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar för personer med biståndsbeslut om särskilt boende, dagverksamhet och daglig verksamhet enligt SoL och LSS. I de fall personen har ett behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser ska en journal upprättas.

De verksamheter som avses är vård- och omsorgsboende, korttidsvård, servicehus, dagverksamhet, socialpsykiatriskt boende, bostad med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning och daglig verksamhet.

Vård- och omsorgsboende

För personer med biståndsbeslut om heldygnsomsorg enligt SoL och behov av hälso- och sjukvårdsinsatser ska journal upprättas i samband med inflyttning. Insamlande av data påbörjas inflyttningsdagen.

Inflyttningsdagen

Samma dag som personen kommer till enheten ska uppgifter om identitet, kontaktuppgifter till närstående och information från andra vårdgivare dokumenteras. Uppgifter om närstående vill bli kontaktade nattetid dokumenteras också.

Tillgängliga uppgifter om läkarverifierade medicinska diagnoser av vikt ska dokumenteras. Källa ska anges.

Inflyttningsdagen ska också uppgifter som rör *uppmärksamhetssignalerna* ”Varning”, ”Smitta” och ”Observandum” dokumenteras, om de finns tillgängliga.

Om det är möjligt ska patientens samtycke inhämtas första dagen. Samtycket avser att lämna information till närstående, hämta och lämna information till och från andra vårdgivare, registrering i nationella kvalitetsregister och att hämta information från nationell patientöversikt (NPÖ).

Uppgifter av vikt som ska dokumenteras för att säkra vården från första dagen är patientens förmåga att kommunicera, förflytta sig, att gå, att äta och dricka samt toalettvanor.

Uppgifter om personliga hjälpmedel som patienten använder i sitt dagliga liv ska också dokumenteras. Uppgifter om personen om sköter hela eller delar av sin läkemedelshantering ska också dokumenteras.

Om det är möjligt ska också patientens eller närstående beskrivning av patientens eventuella överkänslighetsreaktioner dokumenteras första dagen. Patientens reaktioner på eventuella allergener och copingstrategier, det vill säga hur patienten hanterar överkänslighetsreaktionerna ska dokumenteras.

Fortsatt insamling av data

Insamlingen av data fortsätter med att ta reda på/besluta om:

- Personfaktorer, till exempel civilstånd, intressen och vanor
- Ansvarig läkarorganisation
- Ansvar för hela eller delar av läkemedelshanteringen
- Egenvård

Information om planeringsansvarig personal ska också dokumenteras.

Mätvärden

Uppgifter om längd, vikt, BMI, puls och blodtryck ska dokumenteras inom 3 dagar.

Bedömningar

Nedanstående bedömningar ska erbjudas och dokumenteras senast inom 14 dagar. De bedömningsinstrument som finns i Vodok ska användas. Om uppenbara risker konstaterats vid inflyttningen ska bedömningarna göras snarast.

- Riskbedömning för fall, undernäring och trycksår
- Munbedömning
- Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens
- Bedömning av ADL

Fördjupad bedömning av förflyttnings- och gångförmåga ska göras inom 14 dagar.

Tackar patienten nej till bedömningen ska det dokumenteras.

Kartläggningen fortsätter härefter genom fortsatt insamling av data.

Korttidsvård

För personer med biståndsbeslut om korttidsvård (boendebedömning/växelvård/avlastning) och behov av hälso- och sjukvårdsinsatser ska journal upprättas när personen kommer till enheten. Insamlande av data påbörjas inflyttningsdagen.

Inflyttningsdagen

Samma dag som personen kommer till enheten ska uppgifter om identitet, kontaktuppgifter till närstående och information från andra vårdgivare dokumenteras. Uppgifter om närstående vill bli kontaktade nattetid dokumenteras också.

Tillgängliga uppgifter om läkarverifierade medicinska diagnoser av vikt ska dokumenteras. Källa ska anges.

Inflyttningsdagen ska också uppgifter som rör *uppmärksamhetssignalerna* ”Varning”, ”Smitta” och ”Observandum” dokumenteras, om de finns tillgängliga.

Om det är möjligt ska patientens samtycke inhämtas första dagen. Samtycket avser att lämna information till närstående, hämta och lämna information till och från andra vårdgivare och att hämta information från nationell patientöversikt (NPÖ).

Uppgifter av vikt som ska dokumenteras för att säkra vården från första dagen är patientens förmåga att kommunicera, förflytta sig, att gå, att äta och dricka samt toalettvanor. Uppgifter om personliga hjälpmedel som patienten använder i sitt dagliga liv ska också dokumenteras. Uppgifter om patienten sköter hela eller delar av sin läkemedelshantering ska också dokumenteras.

Patientens eller närstående beskrivning av patientens eventuella överkänslighetsreaktioner ska dokumenteras i journalen. Patientens reaktioner på eventuella allergener och copingstrategier, det vill säga hur patienten hanterar överkänslighetsreaktionerna ska också dokumenteras.

Fortsatt insamling av data

Boendebedömning

Insamlingen av data fortsätter med att ta reda på/besluta om:

- Uppgifter om ansvarig läkare och distriktssköterska vid husläkarmottagning/vårdcentral
- Personfaktorer, till exempel civilstånd, intressen och vanor
- Ansvar för hela eller delar av läkemedelshantering
- Egenvård

Information om planeringsansvarig personal ska också dokumenteras.

Mätvärden

Uppgifter om längd, vikt, BMI, puls och blodtryck ska dokumenteras inom 3 dagar.

Bedömningar

Nedanstående bedömningar ska erbjudas och dokumenteras inom 3- 14 dagar. De bedömningsinstrument som finns i Vodok ska användas. Om uppenbara risker konstaterats i samband med inflyttningen ska de göras snarast.

- Riskbedömning för fall, undernäring och trycksår
- Munbedömning
- Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens
- Bedömning av ADL

Fördjupad bedömning av förflyttnings- och gångförmåga ska också erbjudas och dokumenteras inom 14 dagar.

Tackar patienten nej till bedömningen ska det dokumenteras.

Kartläggningen fortsätter härefter genom fortsatt insamling av data.

Växelvård

Insamlingen av data fortsätter med att ta reda på/besluta om:

- Uppgifter om ansvarig läkare och distriktssköterska vid husläkarmottagning/vårdcentral
- Personfaktorer, till exempel civilstånd, intressen och vanor

- Ansvar för hela eller delar av läkemedelshantering
- Egenvård

Information om planeringsansvarig personal ska också dokumenteras.

Mätvärden

Uppgifter om längd, vikt, BMI, puls och blodtryck ska dokumenteras vid första växelvårdstillfället.

Bedömningar

Nedanstående bedömningar ska erbjudas och dokumenteras vid första växelvårdstillfället. De bedömningsinstrument som finns i Vodok ska användas.

- Riskbedömning för fall, undernäring och trycksår
- Munbedömning
- Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens
- Bedömning av ADL

Fördjupad bedömning av förflyttnings- och gångförmåga ska också göras vid första växelvårdstillfället.

Tackar patienten nej till bedömningen ska det dokumenteras.

Kartläggningen fortsätter härefter genom fortsatt insamling av data.

Avlastning

Insamlingen av data fortsätter med att ta reda på/besluta om:

- Uppgifter om ansvarig läkare och distriktssköterska vid husläkarmottagning/vårdcentral.
- Personfaktorer av vikt, till exempel civilstånd, intressen och vanor
- Ansvar för hela eller delar av läkemedelshantering
- Egenvård

Information om planeringsansvarig personal ska också dokumenteras.

Om uppenbarar risker konstaterats i samband med personen kommer till enheten görs en bedömning om vilka

riskbedömningar som ska erbjudas och vilka andra data av vikt som måste samlas in.

Tackar patienten nej till bedömningen ska det dokumenteras.

Servicehus

För personer med biståndsbeslut om servicehus och behov av hälso- och sjukvårdsinsatser ska journal upprättas i samband med inflyttning.

För medboende i servicehus, oavsett ålder och utan eget biståndsbeslut har verksamheten inte något kommunalt hälso- och sjukvårdsansvar.

I samband med inflyttning

I samband med inflyttningen eller senast inom en vecka ska uppgifter om identitet, kontaktuppgifter till närstående och information från andra vårdgivare dokumenteras. Uppgifter om närstående vill bli kontaktade nattetid dokumenteras också.

Tillgängliga uppgifter om läkarverifierade medicinska diagnoser av vikt ska dokumenteras. Källa ska anges.

Uppgifter om ansvarig husläkare/vårdcentral/läkarorganisation dokumenteras.

I samband med inflyttningen ska också uppgifter som rör *uppmärksamhetssignalerna* ”Varning”, ”Smitta” och ”Observandum” dokumenteras, om de finns tillgängliga.

I samband med inflyttningen ska samtycke inhämtas. Samtycket avser att lämna information till närstående, hämta och lämna information till och från andra vårdgivare, registrering i nationella kvalitetsregister och att hämta information från nationell patientöversikt (NPÖ).

Uppgifter av vikt som ska dokumenteras för att säkra vården från första dagen är patientens förmåga att kommunicera, förflytta sig, att gå, att äta och dricka samt toalettvanor.

Uppgifter om personliga hjälpmedel som patienten använder i sitt dagliga liv ska dokumenteras. Uppgifter om personen

sköter hela eller delar av sin läkemedelshantering ska också dokumenteras.

Patientens eller närstående beskrivning av patientens eventuella överkänslighetsreaktioner ska dokumenteras i journalen. Patientens reaktioner på eventuella allergener och copingstrategier, det vill säga hur patienten hanterar överkänslighetsreaktionerna ska också dokumenteras.

Bedömningar

Nedanstående bedömningar ska erbjudas inom 14 dagar. De bedömningsinstrument som finns i Vodok ska användas. Om uppenbara risker konstaterats i samband med inflyttningen ska bedömningarna erbjudas snarast.

- Riskbedömning för fall, undernäring och trycksår
- Munbedömning
- Bedömning av ADL
- Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens

Fördjupad bedömning av förflyttnings- och gångförmåga ska också erbjudas inom 14 dagar.

Alternativ 1

Tackar personen nej till bedömningen ska det dokumenteras.

Har personen *inget annat behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser* dokumenteras detta under kartlagt hälsotillstånd. Journalen avslutas med avslutsorsak ”Inget behov av HSL-insatser”.

Alternativ 2

Tackar personen ja till bedömningar ska de göras inom 14 dagar. Framkommer risker eller behov utifrån de gjorda bedömningarna ska personen informeras om dessa och erbjudas fortsatt utredning och åtgärder.

Tackar personen nej till fortsatt utredning och åtgärder ska det dokumenteras.

Har personen *inget annat behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser* dokumenteras detta under kartlagt

hälsotillstånd. Journalen avslutas med avslutsorsak ”Inget behov av HSL-insatser”.

Alternativ 3

Tackar personen ja till bedömningar och åtgärder fortsätter utredningen. Patienten har nu pågående kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. Journalen avslutas inte.

Fortsatt insamling av data

Från det datum patienten har pågående kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser ska fortsatt insamling av data göras genom att ta reda på/besluta om:

- Personfaktorer, till exempel civilstånd, intressen och vanor
- Ansvar för hela eller delar av läkemedelshantering
- Egenvård

Information om planeringsansvarig personal ska också dokumenteras.

Mätvärden

Uppgifter om längd, vikt, BMI, puls och blodtryck ska dokumenteras inom 3 dagar.

Kartläggningen fortsätter härefter genom fortsatt insamling av data.

Alternativ 4

Behov av enstaka kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser

För personer med behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser vid enstaka tillfällen eller under en viss period öppnas den avslutade journalen. Orsaken till de kommunala hälso- och sjukvårdsinsatserna dokumenteras under kartlagt hälsotillstånd.

När behovet av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser upphör dokumenteras detta under kartlagt hälsotillstånd. Journalen avslutas med avslutsorsak ”Inget behov av HSL-insatser”.

Om behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser uppkommer öppnas journalen.

Dagverksamhet

För personer med biståndsbeslut om dagverksamhet som inte har behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser behöver inte journal upprättas.

När behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser finns eller uppkommer vistelsen ska journal upprättas.

Journal ska innehålla uppgifter om identitet, kontaktuppgifter till närstående/hemtjänstutförare och aktuell distriktssköterska/vårdcentral, medicinska diagnoser, eventuella överkänslighetsreaktioner och personfaktorer av vikt för vistelsen på dagverksamheten.

Samtycke för att hämta och lämna information till och från andra vårdgivare ska dokumenteras.

Uppgifter om uppmärksamhetssignaler, det vill säga ”Varning”, ”Smitta” och ”Observandum ”ska dokumenteras om de finns tillgängliga.

När behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser upphör dokumenteras detta under kartlagt hälsotillstånd. Journalen avslutas med avslutsorsak ”Inget behov av HSL-insatser”.

Socialpsykiatriskt boende

För personer med biståndsbeslut om socialpsykiatriskt boende och behov av hälso-och sjukvårdsinsatser ska journal upprättas i samband med inflyttningen oavsett personens ålder.

I samband med inflyttning

I samband med inflyttningen eller senast inom en vecka ska uppgifter om identitet, kontaktuppgifter till närstående och information från andra vårdgivare dokumenteras. Uppgifter om närstående vill bli kontaktade nattetid dokumenteras också.

Tillgängliga uppgifter om läkarverifierade medicinska diagnoser av vikt ska dokumenteras. Källa ska anges.

I samband med inflyttningen ska också uppgifter om uppmärksamhetssignaler, det vill säga ”Varning”, ”Smitta” och ”Observandum” dokumenteras, om de finns tillgängliga.

I samband med inflyttningen ska samtycke inhämtas. Samtycket avser att lämna information till närstående, hämta och lämna information till och från andra vårdgivare och att hämta information från nationell patientöversikt (NPÖ).

Uppgifter av vikt som ska dokumenteras för att säkra vården från första dagen är patientens förmåga att kommunicera, förflytta sig, att gå, att äta och dricka samt toalettvanor. Uppgifter om personliga hjälpmedel som patienten använder i sitt dagliga liv ska dokumenteras. Uppgifter om personen om sköter hela eller delar av sin läkemedelshantering ska också dokumenteras.

Patientens eller närstående beskrivning av patientens eventuella överkänslighetsreaktioner ska dokumenteras i journalen. Patientens reaktioner på eventuella allergener och copingstrategier, det vill säga hur patienten hanterar överkänslighetsreaktionerna ska också dokumenteras.

Uppgifter om ansvarig husläkare/vårdcentral/specialistmottagning, till exempel psykosmottagning dokumenteras.

Personer yngre än 65 år

För personer yngre än 65 år erbjuds bedömningar med bedömningsinstrument i Vodok om risker konstaterats.

Alternativ 1

Tackar personen nej till bedömningarna ska det dokumenteras.

Har personen *inget annat behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser* dokumenteras detta under kartlagt hälsotillstånd. Journalen avslutas med avslutsorsak ”Inget behov av HSL-insatser”.

Alternativ 2

Tackar personen ja till bedömningarna ska de göras efter överenskommelse med patienten. Framkommer risker eller

behov utifrån de gjorda bedömningarna ska personen informeras om dessa och erbjudas fortsatt utredning och åtgärder.

Tackar personen nej till fortsatt utredning och åtgärder ska det dokumenteras.

Har personen *inget annat behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser* dokumenteras detta under kartlagt hälsotillstånd. Journalen avslutas med avslutsorsak ”Inget behov av HSL-insatser”.

Alternativ 3

Tackar personen ja till bedömningarna och åtgärder fortsätter utredningen. Patienten har nu pågående kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. Journalen avslutas inte.

Fortsatt insamling av data

Från och med det datum patienten har pågående kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser ska fortsatt insamling av data göras genom att ta reda på/besluta om:

- Personfaktorer, till exempel civilstånd, intressen och vanor
- Ansvar för hela eller delar av läkemedelshantering
- Egenvård

Information om planeringsansvarig personal ska också dokumenteras.

Mätvärden

Uppgifter om längd, vikt, BMI, puls och blodtryck ska dokumenteras inom 3 dagar.

Kartläggningen fortsätter härefter genom fortsatt insamling av data.

Alternativ 4

Behov av enstaka kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser

För personer med behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser vid enstaka tillfällen eller under en viss period öppnas den avslutade journalen. Orsaken till de kommunala hälso- och sjukvårdsinsatserna dokumenteras under kartlagt hälsotillstånd.

När behovet av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser upphör dokumenteras detta under kartlagt hälsotillstånd. Journalen avslutas med avslutsorsak ”Inget behov av HSL-insatser”.

Om behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser uppkommer öppnas journalen.

Personer 65 år eller äldre

För personer 65 år eller äldre ska riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring, bedömning av ADL och munbedömning erbjudas. Bedömningar ska göras med de bedömningsinstrument som finns i Vodok.

Alternativ 1

Tackar personen nej till bedömningarna ska det dokumenteras.

Har personen *inget annat behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser* dokumenteras detta under kartlagt hälsotillstånd. Journalen avslutas med avslutsorsak ”Inget behov av HSL-insatser”.

Alternativ 2

Tackar personen ja till bedömningarna ska de göras efter överenskommelse med patienten. Framkommer risker eller behov utifrån de gjorda bedömningarna ska personen informeras om dessa och erbjudas fortsatt utredning och åtgärder.

Tackar personen nej till fortsatt utredning och åtgärder ska det dokumenteras.

Har personen *inget annat behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser* dokumenteras detta under kartlagt hälsotillstånd. Journalen avslutas med avslutsorsak ”Inget behov av HSL-insatser”.

Alternativ 3

Tackar personen ja till bedömningarna och åtgärder fortsätter utredningen. Patienten har nu pågående kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. Journalen avslutas inte.

Fortsatt insamling av data

Från och med det datum patienten har pågående kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser ska fortsatt insamling av data göras genom att ta reda på/besluta om:

- Personfaktorer, till exempel civilstånd, intressen och vanor
- Ansvar för hela eller delar av läkemedelshantering
- Egenvård

Information om planeringsansvarig personal ska också dokumenteras.

Mätvärden

Uppgifter om längd, vikt, BMI, puls och blodtryck ska dokumenteras inom 3 dagar.

Kartläggningen fortsätter härefter genom fortsatt insamling av data.

Alternativ 4

Behov av enstaka kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser

För personer med behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser vid enstaka tillfällen eller under en viss period öppnas den avslutade journalen. Orsaken till de kommunala hälso- och sjukvårdsinsatserna dokumenteras under kartlagt hälsotillstånd.

När behovet av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser upphör dokumenteras detta under kartlagt hälsotillstånd. Journalen avslutas med avslutsorsak ”Inget behov av HSL-insatser”.

Om behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser uppkommer öppnas journalen.

Bostad med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning enligt LSS

För personer med funktionsnedsättning med biståndsbeslut om bostad med särskild service för vuxna och behov av hälso-och sjukvårdsinsatser ska journal upprättas i samband med inflyttningen oavsett personens ålder.

9 § 9 p. Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS

I samband med inflyttning

I samband med inflyttningen eller senast inom en vecka ska uppgifter om identitet, kontaktuppgifter till närstående och information från andra vårdgivare dokumenteras. Uppgifter om närstående vill bli kontaktade nattetid dokumenteras också.

I samband med inflyttningen ska också uppgifter om uppmärksamhetssignaler, det vill säga ”Varning”, ”Smitta” och ”Observandum ”dokumenteras, om de finns tillgängliga.

I samband med inflyttningen ska samtycke inhämtas. Samtycket avser att lämna information till närstående, hämta och lämna information till och från andra vårdgivare och att hämta information från nationell patientöversikt (NPÖ).

Uppgifter av vikt som ska dokumenteras för att säkra vården från första dagen är patientens förmåga att kommunicera, förflytta sig, att gå, att äta och dricka samt toalettvanor. Uppgifter om personliga hjälpmedel som patienten använder i sitt dagliga liv ska dokumenteras. Uppgifter om personen om sköter hela eller delar av sin läkemedelshantering ska också dokumenteras.

Patientens eller närstående beskrivning av patientens eventuella överkänslighetsreaktioner ska dokumenteras i journalen. Patientens reaktioner på eventuella allergener och copingstrategier, det vill säga hur patienten hanterar överkänslighetsreaktionerna ska också dokumenteras.

Uppgifter om ansvarig husläkare/vårdcentral/specialistmottagning, till exempel psykosmottagning dokumenteras.

Personer yngre än 65 år

För personer yngre än 65 år erbjuds bedömningar med bedömningsinstrument i Vodok om risker konstaterats.

Alternativ 1

Tackar personen nej till bedömningarna ska det dokumenteras.

Har personen *inget annat behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser* dokumenteras detta under kartlagt

hälsotillstånd. Journalen avslutas med avslutsorsak ”Inget behov av HSL-insatser”.

Alternativ 2

Tackar personen ja till bedömningarna ska de göras efter överenskommelse med patienten. Framkommer risker eller behov utifrån de gjorda bedömningarna ska personen informeras om dessa och erbjudas fortsatt utredning och åtgärder.

Tackar personen nej till fortsatt utredning och åtgärder ska det dokumenteras.

Har personen *inget annat behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser* dokumenteras detta under kartlagt hälsotillstånd. Journalen avslutas med avslutsorsak ”Inget behov av HSL-insatser”.

Alternativ 3

Tackar personen ja till bedömningarna och åtgärder fortsätter utredningen. Patienten har nu pågående kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. Journalen avslutas inte.

Fortsatt insamling av data

Från och med det datum patienten har pågående kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser ska fortsatt insamling av data göras genom att ta reda på/besluta om:

- Personfaktorer, till exempel civilstånd, intressen och vanor
- Ansvar för hela eller delar av läkemedelshantering
- Egenvård

Information om planeringsansvarig personal ska också dokumenteras.

Mätvärden

Uppgifter om längd, vikt, BMI, puls och blodtryck ska dokumenteras inom 3 dagar.

Kartläggningen fortsätter härefter genom fortsatt insamling av data.

Alternativ 4

Behov av enstaka kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser

För personer med behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser vid enstaka tillfällen eller under en viss period öppnas den avslutade journalen. Orsaken till de kommunala hälso- och sjukvårdsinsatserna dokumenteras under kartlagt hälsotillstånd.

När behovet av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser upphör dokumenteras detta under kartlagt hälsotillstånd. Journalen avslutas med avslutsorsak ”Inget behov av HSL-insatser”.

Om behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser uppkommer öppnas journalen.

Personer 65 år eller äldre

För personer 65 år eller äldre ska riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring, bedömning av ADL och munbedömning erbjudas. Bedömningar ska göras med de bedömningsinstrument som finns i Vodok.

Alternativ 1

Tackar personen nej till bedömningarna ska det dokumenteras.

Har personen *inget annat behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser* dokumenteras detta under kartlagt hälsotillstånd. Journalen avslutas med avslutsorsak ”Inget behov av HSL-insatser”.

Alternativ 2

Tackar personen ja till bedömningarna ska de göras efter överenskommelse med patienten. Framkommer risker eller behov utifrån de gjorda bedömningarna ska personen informeras om dessa och erbjudas fortsatt utredning och åtgärder.

Tackar personen nej till fortsatt utredning och åtgärder ska det dokumenteras.

Har personen *inget annat behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser* dokumenteras detta under kartlagt hälsotillstånd. Journalen avslutas med avslutsorsak ”Inget behov av HSL-insatser”.

Alternativ 3

Tackar personen ja till bedömningarna och åtgärder fortsätter utredningen. Patienten har nu pågående kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. Journalen avslutas inte.

Fortsatt insamling av data

Från och med det datum patienten har pågående kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser ska fortsatt insamling av data göras genom att ta reda på/besluta om:

- Personfaktorer, till exempel civilstånd, intressen och vanor
- Ansvar för hela eller delar av läkemedelshantering
- Egenvård

Information om planeringsansvarig personal ska också dokumenteras.

Mätvärden

Uppgifter om längd, vikt, BMI, puls och blodtryck ska dokumenteras inom 3 dagar.

Kartläggningen fortsätter herefter genom fortsatt insamling av data.

Alternativ 4

Behov av enstaka kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser
För personer med behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser vid enstaka tillfällen eller under en viss period öppnas den avslutade journalen. Orsaken till de kommunala hälso- och sjukvårdsinsatserna dokumenteras under kartlagt hälsotillstånd.

När behovet av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser upphör dokumenteras detta under kartlagt hälsotillstånd. Journalen avslutas med avslutsorsak ”Inget behov av HSL-insatser”.

Om behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser uppkommer öppnas journalen.

Daglig verksamhet enligt LSS

För personer med biståndsbeslut om daglig verksamhet som inte har behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser behöver inte journal upprättas.

9 § 10 p. Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS

När behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser finns eller uppkommer under vistelsen ska journal upprättas.

Journalen ska innehålla uppgifter om identitet, kontaktuppgifter till närstående/gruppbostad/servicebostad/hemtjänstutförare, kommunens sjuksköterska och primärvårdens distriktssköterska/vårdcentral, medicinska diagnoser, eventuella överkänslighetsreaktioner och personfaktorer av vikt för vistelsen i daglig verksamhet.

Samtycke för att hämta och lämna information till och från andra vårdgivare ska dokumenteras.

Uppgifter om uppmärksamhetssignaler, det vill säga ”Varning”, ”Smitta” och ”Observandum ”ska dokumenteras om de finns tillgängliga.

När behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser upphör dokumenteras detta under kartlagt hälsotillstånd. Journalen avslutas med avslutsorsak ”Inget behov av HSL-insatser”.