

2024-02-05 Version 10.0

Dokumentägare: Medicinskt ansvarig sjuksköterska –

Dokumentansvariga: Dokumentationsansvariga Hälso-
sjukvården

DOKUMENTATIONSPROCESS
OCH
LOKALA RUTINER FÖR
DOKUMENTATION
HÄLSO OCH SJUKVÅRD I
LIFECARE



Innehåll

Dokumentationsprocessen	5
Socialstyrelsens Nationella informationsstruktur (NI).....	5
Dokumentationsprocessen i Lifecare i relation till Nationella informationsstrukturen	6
Dokumentationsprocessen i Lifecare	8
Organisation.....	9
Kontaktorsakskategori och kontaktorsakstyp.....	10
SBAR	10
Ställningstagande	11
Ställningstagande och benämning av vårdprocess	11
Prioritering av vårdbegäran	12
Utreda/bedöma	12
Utredningsplan	13
Återkoppling av åtgärd	14
Registrering/dokumentation av planerade utredande åtgärder	14
Bedöma behov av åtgärder	15
Behandlingsplan.....	16
Problem, risk och resurser	16
Åtgärda.....	17
Behandlingsplan (omvårdnadsplan/rehabiliteringsplan)	17
Taggar	18
Följa upp.....	20
Ställningstagande.....	20
Förtydliga ställningstagandet.....	20
ICF-dokumentation	21
HSL DOKUMENTATION LOKALA RUTINER	22



Innehåll och utformning.....	22
Dubbedokumentation.....	22
Benämning och begrepp.....	22
Väsentliga uppgifter.....	22
Tidsgräns för signering av dokumentation	23
Inskrivning i kommunal hälso-sjukvård.....	23
Personuppgifter	23
ICF dokumentation	24
Annan dokumentation	24
Inkommande dokument från andra vårdgivare.....	26
Uppmärksamhetssignaler	26
Rond.....	26
Kontakt med läkare, jourläkare	26
Medicinsk vårdplanering.....	26
Medverkan i brytpunktsamtal	26
Situationsanpassad information/handlingar	27
Intyg - Frastexter.....	27
Remiss (Kommande åtgärd: är att läggas in som ”standardfraser ” under intyg)	27
Samtycke.....	27
Flytta återöppna och avsluta journal	27
Patient inskickad och blir inlagd på sjukhus	28
Hälso-sjukvård genom Tjänsteköp och icke kommuninvånare	28
Riskanalys av planerade och behandlande åtgärd.....	28
Skyddsåtgärder inom Hälso och sjukvård	28
Egenvårdsbedömning	29
Bedömningsverktyg – uppdaterat	30
KVÅ-koder	30
HSL uppdrag.....	30
Vård och omsorgspersonalens dokumentation.....	32
SSK assistenter / Rehabassistenter	32

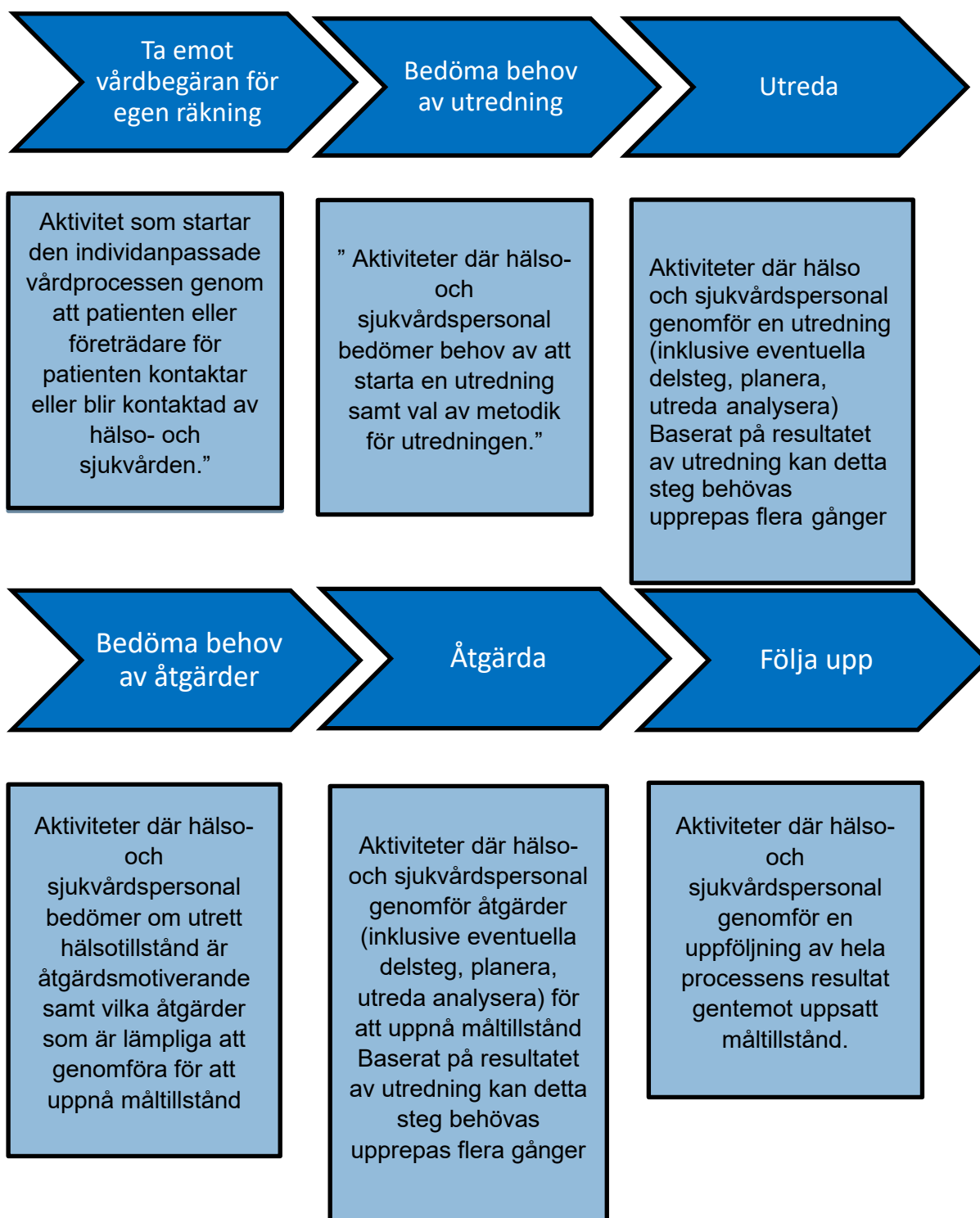


Delegering	33
Digital signering	33
Ej registrerade åtgärder	33
Signeringslistor på papper som skall finnas i hälsopärm	33
Signeringslista gäller tillsvidare hos externa utförare.....	33
Avsluta journal	34
Att göra (lista)	34
Meddelandefunktion	34
Avvikelse	35
Sammanfattning av dokumentationsprocessen i LifeCare	36



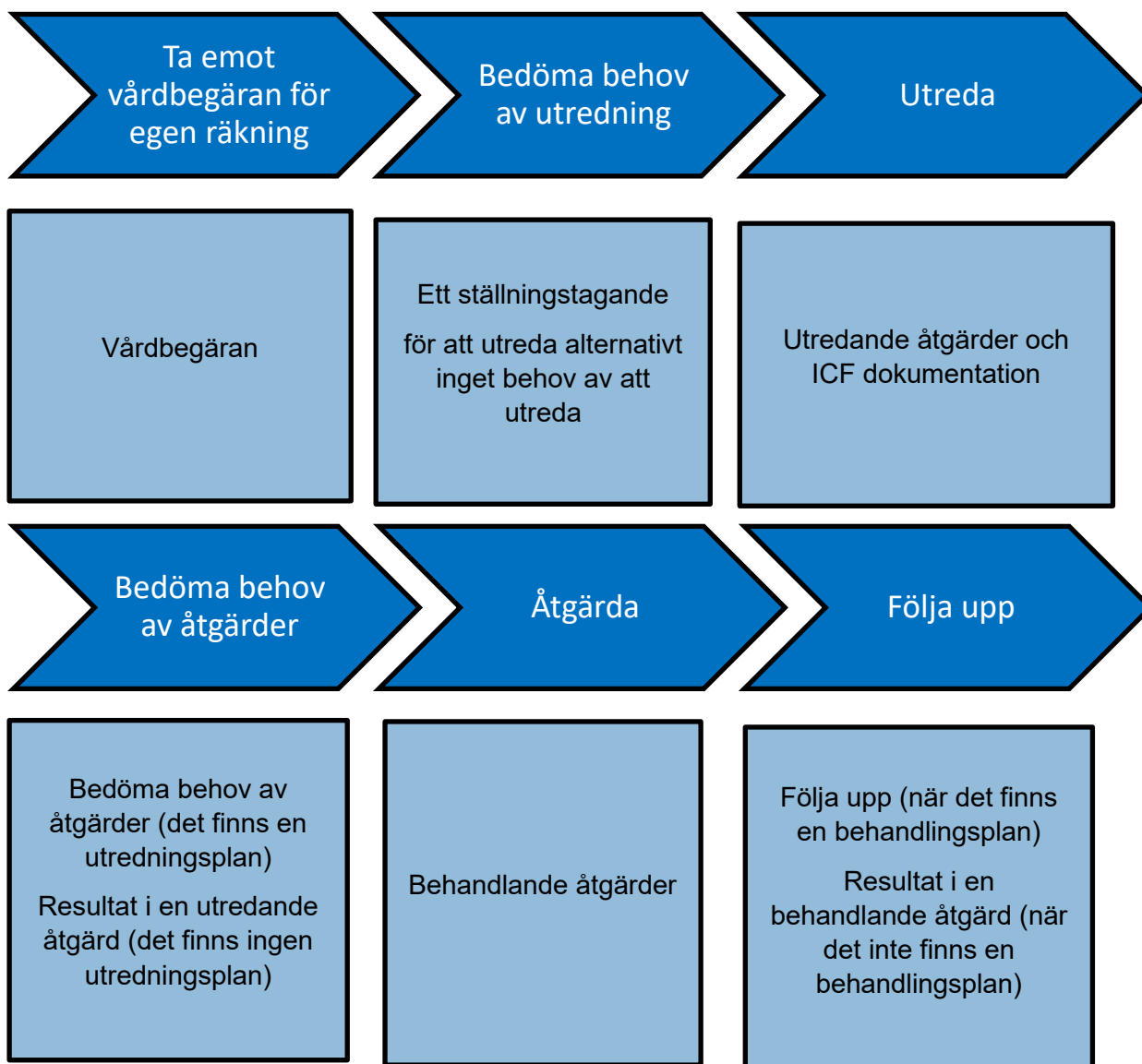
Dokumentationsprocessen

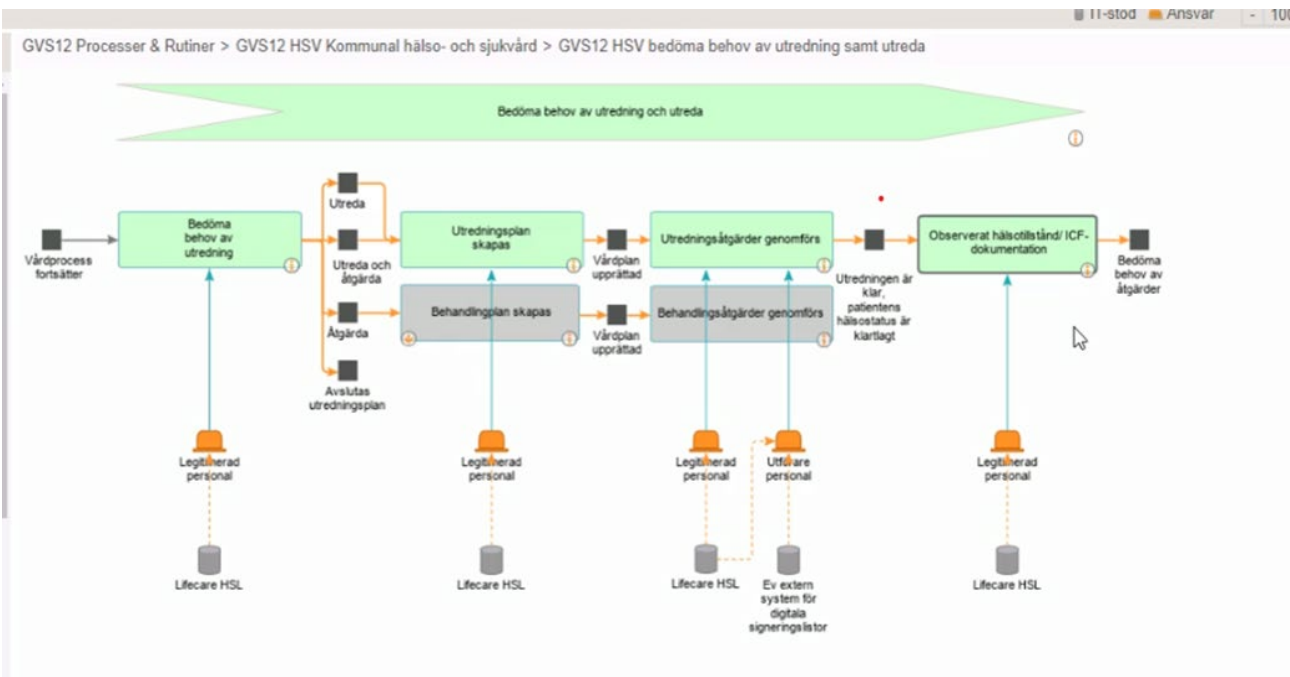
Socialstyrelsens Nationella informationsstruktur (NI).





Dokumentationsprocessen i Lifecare i relation till Nationella informationsstrukturen







Dokumentationsprocessen i Lifecare

Ta emot vårdbegäran
för egen räkning

En vårdbegäran kan komma från patienten själv, närstående, Vård och omsorgspersonal eller annan hälso-och sjukvårdspersonal inom eller utanför den egna verksamheten. En vårdbegäran kan vara omfattande (till exempel patient med flera olika funktions- och aktivitets nedsättningar och/eller inskrivning i hemsjukvård) eller smal (till exempel ett enstaka symtom eller åtgärd så som gångsvårigheter utomhus eller provtagning).

Dokumentation av ett "nytt" hälsoproblem börjar med en Vårdbegäran. Är hälsoproblemet redan dokumenterat i journalen behövs ingen ny Vårdbegäran skrivas. Frågeställningar och/eller information som är relaterade till pågående åtgärder behöver inte heller dokumenteras i Vårdbegäran utan kan skrivas till den åtgärd den relaterar till tex som en ny utredande åtgärd eller som ett resultat i en behandlande åtgärd.

Observera!

Vårdbegäran skrivs vid icke akuta behov av kontakt med legitimerad hälso-sjukvårdspersonal. När ett icke akut behov uppmärksammas av vård och omvårdnadspersonal ska vårdbegäran dokumenteras av samma omvårdnadspersonal som uppmärksammat behovet

Vid akuta behov kontaktas alltid sjuksköterska! Vid akutbehov skriver vård och omsorgspersonal vårdbegäran när möjlighet ges. Dokumentation ska ske skyndsamt eftersom legitimerades möjlighet till vidare dokumentation är beroende av denna anteckning. I undantagsfall kan legitimerad personal komma överens "samråd" med vård och omsorgspersonal om att det är den legitimerade som dokumenterar vårdbegäran. Det ska framkomma från dokumentationen att vårdbegäran inkommit från Vård och omsorgspersonalen.



Organisation

Välj den enhet som passar bäst utifrån patienten.

Från vem	Specificera vem
Närstående	Finns i listan över närstående eller lägg till ny
Kontakt	Namn och funktion/roll, hämtas från kontaktlista
Personen själv	
Aktuell vårdgivare	Tibro kommunal hälso-sjukvård-personal som inte är en "kontakt" till patienten det vill säga inte är patientansvarig kollega eller vård och omsorgspersonal (se samråd) Namn och titel Samråd - Dokumenteras om omvårdnadspersonal kommit överens med legitimerad personal att legitimerad personal dokumenterar vårdbegäran på omvårdnadspersonals information. Sker i undantagsfall.
Omsorgspersonal	"Baspersonal" inom vård och omsorg, hemvård eller boendepersonal - Namn och titel.
Enhetschef	Namn och verksamhet
LSS personal	"Baspersonal" inom funktionshinderverksamheten, T ex personliga assistenter, personal på daglig verksamhet eller på gruppboende Namn och titel.
Annan	Namn, verksamhet, titel/funktion eller roll (används sällan)
Annan vårdgivare	I samband med utskrivning från sjukhus eller inskrivning från öppenvård. Ange aktuell enhet Närhälsans vårdcentral, Hälsocentralen eller Närhälsans rehabmottagning Om informationsöverföringen från annan vårdgivare sker personligt från en viss läkare, sjuksköterska och/eller fysioterapeut ska även dennes namn dokumenteras. Till exempel vid kontakt från öppenvårdsmottagning.



Kontorsakskategori och kontaktorsakstyp

På vårdbegäran som legitimerad hälso-och sjukvårdspersonal registrerar är kontaktorsakskategorierna utifrån ICF.

Välj den kontaktorsakskategori och kontaktorsakstyp som bäst passar bäst in på problemet, utgå från patientens perspektiv – inom vilket livsområde har patienten en nedsättning? Det vanligaste inom hemsjukvården är kontaktorsaker inom aktivitetsområdet. T ex för en patient som har svårt att hantera sina läkemedel väljs "Aktiviteter och delaktighet" och "Personlig vård", ytterligare exempel är om patient har ett sår väljer man "Kroppsfunktioner och strukturer".

Vid utskrivning från sjukhus behöver ofta Vårdbegäran vara omfattande, då är det lämpligt att välja en kontaktorsak utifrån kroppsfunktion, tex om patienten vårdats för stroke väljs "Kroppsfunktion och strukturer" och "Strukturer i nervsystemet" eller om en patient vårdats för en fraktur väljs "Kroppsfunktion och strukturer" och "Neuromuskuloskeletal och rörelserelaterade funktioner".

SBAR

I SBAR-strukturen dokumenteras det som framförs av den som inkommer med vårdbegäran, tex från omvårdnadspersonal. Det är inte din bedömning som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Exempel 1: inskrivning i hemsjukvård från öppenvården.

Exempel 2 patienten tar själv kontakt.

Situation

Kort beskrivning av aktuellt problem.

Exempel 1: *Svårt att hantera läkemedel*

Exempel 2: *Ostadig vid gång utomhus*

Bakgrund

Kort beskrivning av bakomliggande faktorer till aktuellt problem.

Exempel 1: *Tilltagande minnesproblematik, demensutredning är inte gjord. Inga pågående infektioner*

Exempel 2: *Går med käpp sedan flera år men har de senaste månaderna upplevt sig mer ostadig.*



Aktuellt tillstånd

Kort beskrivning av nuläget

Exempel 1: *Förefaller orienterad vid samtal men har vid upprepade tillfällen inte tagit sina mediciner.*

Exempel 2: *Beskriver andningspåverkan och yrsel vid gång längre sträckor. Går dagligen utomhus.*

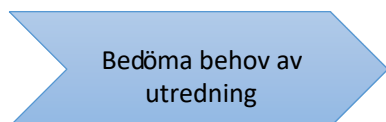
Rekommendationer

Kort beskrivning av vad den som inkom med vårdbegäran har för önskemål och förväntningar på åtgärder.

Exempel 1: *Kontakt ssk*

Exempel 2: *Kontakt med fysioterapeut*

Ställningstagande



Utifrån varje vårdbegäran behöver ett ställningstagande göras för hur och när ärendet ska omhändertas.

Ställningstagande och benämning av vårdprocess

Ställningstagande	Stöd i att välja
Inled vårdprocess	Välj alltid vårdprocess omvårdnad, aktivitet och funktion.
Koppla till pågående vårdprocess	Finns det en pågående vårdprocess ska alltid vårdbegäran kopplas till den.
Avvisa	

Tänk på att det bara ska finnas en vårdprocess i journalen. Om det finns en vårdprocess så är den förvald i systemet, du ska inte starta en ny.



Prioritering av vårdbegäran

Prioriteringen görs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i samband med dokumentation. Syftar till hur snabbt ett ärende omhändertas.

Prioritering	Stöd i att välja
Omgående	Användas vid akuta ärenden när legitimerad personal behöver vidta åtgärder omgående, <30 minuter.
Skyndsamt	Användas vid akuta ärenden när legitimerad personal behöver vidta åtgärder skyndsamt mellan 30 minuter och 4 timmar.
Närmaste dygnet	Inom 24 timmar.
Vardag närmaste tiden	Inom 7 dagar.
Avvakta	Insatser som kan vänta > 7 dagar. Invänta utveckling och/eller mer information.

Ansvar Vårdbegäran

AT/SG handlägger de som är inom deras professionsansvar och SSK handlägger sina. Den som omhändertar en vårdbegäran ansvarar alltid för bedömningen om verkställighet utifrån sin profession. Vid gemensamma ansvarsområden som t.ex. fall och trycksår är det hen som först läser som ansvarar för att handlägga, ta ställning/verkställa och kontakta muntligt alternativt skicka meddelande beroende på prioritering till berörd AT/SG och vice versa.

Motivera prioriteringen

Kort förklaring till varför du gör den prioriteringen.

Exempel 1: *Har anhöriga hos sig under kvällen, de tar kontakt vid behov. Uppföljning imorgon.*

Exempel 2: *Har en inomhusrollator som även kan användas utomhus. Räcker med bedömning inom 7 dagar.*

Utreda/bedöma





Utredningsplan

Starta utredningsplaner vid omfattande utredningar/bedömningar som **innebär fler än ett** besök. Utredningar som bara sker vid ett tillfälle dokumenteras under utredande åtgärder, utan att starta en utredningsplan (gör inget aktivt val i rullisten).

Utredningsplaner kan även upprättas i efterhand om behov finns. Gör via *Hälsoplan*.

Hälsoplan är ett paraplybegrepp för utredning och behandlingsplaner.

Utredningsplanerna/Hälsoplan (*bedömning till vad du behöver utreda*) utgår från hälsoområde men vissa är sammanslagna för att få mer övergripande utredningsplaner som kan inrymma flera olika perspektiv. Välj den som passar bäst för problemet som ska utredas. Utredande planer ska vara korta, ett riktmärke är att avsluta inom 2 veckor.

Startar du en utredningsplan har du möjlighet att skriva en hypotes, den är inte obligatorisk. *Hypotes är vad legitimerad tror att är orsak till problemet.*

Utredande åtgärder dokumenteras på olika ställen beroende på om den utredande åtgärden planeras (dokumenteras i förväg) eller om den redan har utförts (dokumenteras i efterhand).

Planerad utredande åtgärd

För att dokumentera planerade utredande åtgärder klickar du antingen på *Utredande åtgärder* i "Processmenyn" eller på *Åtgärder* i "Patientmenyn" och välj aktuell vårdprocess och "utredande åtgärd" som *Typ av åtgärd*. Det är två olika vägar att nå samma plats.

KVÅ

Välj den KVÅ-kod som stämmer bäst överens med den utredande åtgärd du planerar. Det finns specifika KVÅ- åtgärder kopplade till utredande åtgärder och specifika KVÅ- åtgärder kopplade till behandlade åtgärder. Se KVÅ – Koder utredande

Beskriv hur den utredande åtgärden ska utföras, tex vilka bedömningsinstrument, metoder som ska användas. *Det är viktigt att det framgår om åtgärden ska delegeras till annan personal tex blodtryckskontroll.*

Exempel 1: *MMSE tid bokas enligt ordination från läkare. SMA utförs av SSK*

Exempel 2: *Observation av förflyttning utomhus.*



Fyll i det som är aktuellt när det gäller: startdatum, när, tidsåtgång, återkommande, om avvikande planering är tillåtet och vem som åtgärden ska utföras av. Fyll i klockslag för att inte få "långa bokningar" tvärs över "Att göra listan".

Koppla åtgärden till en befintlig utredande plan som stämmer överens med KVÅ-koden, om detta finns. Om inte det finns en plan kommer åtgärden att "ligga löst" i systemet.

Återkoppling av åtgärd

Anges när annan personal ska utföra åtgärden. Dokumentera när de ska återkoppla. Ange alltid återkoppling när du vill att personal ska skriva ett resultat.

Exempel 1: *kontakta sjuksköterska om vätskeintaget understiger 1000 ml.*

Exempel 2: *Dokumentera om patient har besvär med att ta ut rörelsen under resultat.*

Taggar

Åtgärden ska markeras med "tagg" för möjlighet till att sortera

- SSK assistent
- Rehabassistent
- Läkarmedverkan
- Teamkonferens
- Apotek
- Dela veckodosett
- Lämna ut Apodos /dosett
- Lämna ut dosett

Registrering/dokumentation av planerade utredande åtgärder

Gå in i Att göra eller via Ej registrerade åtgärder på hemskrämen eller på patientspecifik sida, för att registrera att en planerad åtgärd har blivit utförd eller ej och för att kunna dokumentera ett resultat.

Utförd oplanerad åtgärd (utredande) - endast när det inte går att planera

Dokumenteras under Att göra (i patientmenyn), klicka på Utför oplanerad åtgärd och välj vårdprocess och "utredande åtgärd" som Typ av åtgärd.

KVÅ - Välj den KVÅ-kod som stämmer bäst överens med den utredande åtgärd du utfört.



Vid FALL kan nedanstående KVÅ utifrån de utredande åtgärder som utförs

PA001 Bedömning av huden

PG001 Bedömning av ledrörlighet

PM007 Bedömning av att gå

PB009 Bedömning av smärta

QD008 Övervakning av vitala tecken – övervakning av andning, cirkulation och medvetandegrad med eller utan instrument oavsett metod. Innefattar blodtrycksmätning.

Hur: Beskriv hur den utredande åtgärden har utförts, tex vilka bedömningsinstrument, metoder som har användas.

Exempel 1: Använder SMA bedömningsverktyg, Tid för MMS

Exempel 2: *Observation av förflyttning utomhus.*

”När” och ”Vem”: Fyll i det som är aktuellt när det gäller: när, tidsåtgång och utfört av.

Koppla åtgärden till en befintlig utredande plan som stämmer överens med KVÅ-koden, om detta finns. Om inte det finns en plan kommer åtgärden att ”ligga löst” i systemet.

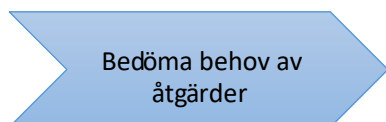
Resultat: Skriv resultatet av din utredande åtgärd.

Exempel 1: *MMSE 25 av 30 poäng. Desorienterad främst till tid.*

Exempel 2: *Går 50 m utan stöd, är ostadig och blir andningspåverkad. Klarar att gå 150 m med stöd av rollator.*

I det fall resultatet innebär ett förändrat hälsotillstånd kan en hänvisning göras till ICF dokumentation. Hänvisning kan också göras till ett inskannat bedömningsinstrument. (Detta först aktuellt när säker scan är installerad)

Bedöma behov av åtgärder





Bedöma behov av åtgärder används för att göra ett ställningstagande utifrån en utredningsplan. Ange om planen ska avslutas eller om det finns åtgärder att gå vidare med.

Ställningstagande

Ställningstagande	Stöd i att välja
Åtgärda	Om du vill starta en ny behandlingsplan och samtidigt avsluta utredningsplanen (Behandlingsplan ska startas om du planerar fler än 1-2 besök eller förväntar dig att det blir fler insatser inom de närmsta veckorna)
Utreda och åtgärda	Om du vill fortsätta med utredningsplanen (eller byta namn på den) och starta en ny behandlingsplan (Behandlingsplan ska startas om du planerar fler än 1-2 besök eller förväntar dig att det blir fler insatser inom de närmsta veckorna)
Utreda	Om du vill fortsätta utreda men inte starta en behandlingsplan
Avsluta utredningsplan	Om du vill avsluta utredningsplanen och inte starta en behandlingsplan

Förtydliga ställningstagande

Ange varför du gör ställningstagandet. (Inte obligatoriskt)

Exempel 1: Avsluta utredningsplan: *SSK lämnar över utredning/resultat till PAL*

Exempel 2: Avsluta utredningsplan: *planerar följande åtgärder...*

Ange vilka som närvarande. Dina val här utgår från ditt ställningstagande:

Utredningsplan

Välj lämplig utredningsplan om du vill fortsätta med utredning

Hypotes

Är inte obligatoriskt.

Behandlingsplan

Välj lämplig behandlingsplan om du vill fortsätta med behandling

Problem, risk och resurser

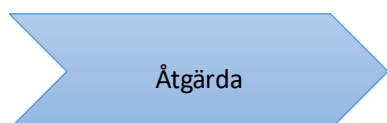
Dokumentera relevanta problem, risker och resurser som är relevanta för åtgärden.



Exempel 1: *Patienten tar bort omläggningen flera gånger/dag (=problem) vilket försämrar sårhäkning (=risk). Patienten har gott nutritionsstatus (=resurs). Har fått utökad tillsyn för att minska risk (=resurs).*

Exempel 2: *Patienten är motiverad till behandlingen (=resurs) men har svårt få kontinuitet i träningen pga återkommande migränanfall (=problem).*

Åtgärda



Behandlingsplan (omvårdnadsplan/rehabiliteringsplan)

Behandlingsplanerna utgår från vilket problemområde patient har. Välj den som passar bäst för problemet som ska behandlas. Behandlingsplaner kan vara pågående över längre tid till skillnad från utredningsplaner som pågår 1–2 veckor (vissa utredningsplaner finns kvar så som vid hjärtsvikt – kontroll av vikt) Starta behandlingsplaner vid omfattande behandlingar som innebär flera besök.

Planerad behandlande åtgärd

För att dokumentera planerade behandlande åtgärder klickar du antingen på *Behandlande åtgärder* i "Processmenyn" eller på *Åtgärder* i "Patientmenyn" och välj vårdprocess och "behandlande åtgärd" som *Typ av åtgärd*. Det är två olika vägar att nå samma plats. *Var uppmärksam på om det finns en vårdprocess redan i journalen starta ingen ny.*

Välj den KVÅ-kod som stämmer bäst överens med den behandlande åtgärd du planerar se KVÅ- koder – behandlande.

Hur: Beskriv hur den behandlande åtgärden ska utföras, tex metoder och material som ska används

Exempel 1: *Dosettindelning en gång/vecka.*

Exempel 2: *Förskrivning av utomhusrollator*

När och Vem:

Fyll i det som är aktuellt när det gäller: startdatum, när, tidsåtgång, återkommande och utförs av. **Fyll i klockslag för att inte få "långa bokningar" tvärs över "Att göra listan".**



Tidsfönster används när åtgärden inte behöver utföras vid en exakt tid, tidsfönster är bra att fylla i för att kunna flytta åtgärden. Om du fyller i Nej i systemet kan du inte flytta åtgärden vid tex akuta förändringar. Då behöver en ny åtgärd skapas.

Systemet efterfrågar fler detaljer vid återkommande åtgärder också tex delegering eller om åtgärden ska utföras av annan personal (HSL uppdrag).

Mål

Dokumentera mål för den specifika åtgärden och ange uppföljningsdatum.

Exempel 1: *Patienten ska få rätt läkemedel i rätt dos.*

Exempel 2: *Kunna gå självständigt till och från postlådan utan fallrisk.*

Koppla till plan

Koppla åtgärden till en befintlig behandlingsplan som stämmer överens med KVÅ-koden, om detta finns. Om inte det finns en plan kommer åtgärden att "ligga löst" i systemet.

Återkoppling

Dokumentera när någon ska återkoppla information. Kan vara legitimerad personal som ska återkoppla till läkare eller omvårdnadspersonal som ska återkoppla vid specifika situationer. *Återkopplingen sker inte automatiskt i systemet utan hänvisar till kommunikation mellan berörda.*

Exempel 1: *Återkoppla till läkare om recepten behöver förnyas.*

Exempel 2: *Återkoppla till fysioterapeut om patienten behöver vila upprepade tillfällen under träning.*

Taggar

- SSK assistent
- Rehabassistent
- Läkarmedverkan
- Teamkonferens
- Apotek
- Dela veckodosett
- Lämna ut apodos /dosett
- Lämna ut dosett



Registrering av planerade/utförda behandlande åtgärder (**Blå i Att göra listan**)

Du kan registrera en utförd åtgärd på två sätt i systemet. Antingen i *Att göra* eller via *Ej registrerade åtgärder* på hemskärmen eller på patientspecifik sida-

Utföra oplanerad behandlande åtgärd (**Grön i Att göra listan**)

Dokumenteras under *Att göra* (i Patientmenyn), klicka på *Utför oplanerad åtgärd* och välj aktuell vårdprocess och "behandlande åtgärd" som *Typ av åtgärd*.

Välj den KVÅ-kod som stämmer bäst överens med den behandlande åtgärd du utfört.

Hur: Beskriv hur den behandlande åtgärden har utförts, tex metoder och material som har används

Exempel 1: *Dosettindelning.*

Exempel 2: *Förskrivning av Carl-Oskar rollator. Justerar efter patientens behov. Lämnar tillverkarens brukarmanual, lånevillkor, och muntlig information om handhavande, skötsel och uppföljning. Informerar även om eventuella risker och vart patienten kan vända sig om problem uppstår med hjälpmedlet.*

När och Vem: Fyll i det som är aktuellt när det gäller: tidsåtgång, händelsedatum, tid och utförs av.

Koppla till plan

Koppla åtgärden till en behandlingsplan som stämmer överens med KVÅ-koden, om detta finns. Om inte det finns en plan kommer åtgärden att "ligga löst" i systemet.

Resultat

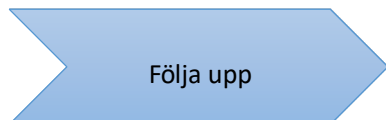
Skriv resultatet av din behandlande åtgärd. Leder resultatet till en ny planering och/eller ny åtgärd ska detta dokumenteras som en ny utredande eller behandlande åtgärd (beroende på vad resultatet visade)

Exempel 1: *Dosetten är för liten, läkemedlen får inte plats.*

Exempel 2: *Klarar att gå självständigt 150 m med rollator utan fallrisk. Klarar att hantera bromsar. Behov av hjälp att bära rollatorn ner och upp för yttertrappa.*



Följa upp



Under "Följa upp" följs behandlingsplaner upp. Detta ska ske regelbundet och om flera professioner har dokumenterat i planen ska regelbundna avstämningar göras. Om mål har satts upp för behandlingsplanen kommer uppföljning av dessa automatiskt. Det kommer en notifiering på patientöversikt 7 dagar före satt uppföljningsdatum. Finns inget mål finns kommer endast ställningstagande upp.

Skriva ut journalkopia av Utredningsplan /behandlingsplan är möjligt genom att gå via skrivs ut från senast dokumenterat

Måluppfyllelse

Ange om målet är uppfyllt; *Ja, Delvis eller Nej*

Förtydliga måluppfyllelse

Dokumentera i vilken utsträckning och på vilket sätt målet är uppfyllt.

Ställningstagande

Ställningstagande	Stöd i att välja
Åtgärda	Om du vill fortsätta med pågående behandlingsplan
Utreda och åtgärda	Om du vill starta ny utredande plan inom aktuellt område och samtidigt fortsätta med pågående behandlingsplan.
Utreda	Om du vill starta ny utredande plan inom aktuellt område men avsluta behandlingsplan
Avsluta behandlingsplan	Om du vill avsluta behandlingsplanen

Förtydliga ställningstagandet

Dokumentera varför du gjort ditt ställningstagande.

Exempel 1: *Behov av fortsatta åtgärder för att nå målet.*



Exempel 2: *Målet är uppnått men har behov av en ny utredande plan inom aktuellt området.* (är det ett nytt område ska det dokumenteras som vårdbegäran).

Övriga steg under Följa upp är beroende av ditt ställningstagande och följer samma struktur som rubrikerna bedöma behov av utredning och bedöma behov av åtgärd.

ICF-dokumentation

ICF-dokumentation: Ska vara status, dvs förändring i tillstånd. t.ex. sårstatus. Utifrån ett status kan man skapa relevanta åtgärder om det behövs.

ICF ger en bild över patienten funktioner utifrån fyra områden.

- Kroppsfunktioner och strukturer,
- Aktiviteter och Delaktighet
- Omgivningsfaktorer
- Personfaktorer.

Bedömningen utgår från de utredande och/eller behandlande åtgärder som gjorts. Lägg till bedömning under aktuellt ICF-område ange datum och tid för när bedömningen gjordes och fyll i din bedömning av funktionstillståndet.

Använd "Ingen", "Lätt", "Måttlig", "Stor" eller "Total" utifrån ICF när du beskriver patientens svårigheter.

0 INGET problem (ingen, avsaknad, obetydlig...) 0–4 % (grön)

1 LÄTT problem (litet, lågt...) 5–24 % (blå)

2 MÅTTLIGT problem (medel, ganska stort...) 25–49 % (gul)

3 STORT problem (gravt, högt, extremt, svårt...) 50–95 % (orange)

4 TOTALT problem (fullständigt...) 96–100 % (röd)

Exempel 1: *Nedsatt aptit. Liten risk för undernäring.* Exempel 2: *Går med rollator inomhus med tillsyn. Måttlig risk för fall när patienten går utan tillsyn.*



HSL DOKUMENTATION LOKALA RUTINER

Innehåll och utformning

Journalen ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Vid vård av patienter ska alltid en patientjournal upprättas. Innehållet i en patientjournal regleras i Patientdatalagen samt HSLF-FS 2016:40.

En uppgift som ska antecknas i patientjournalen ska föras in så snart som möjligt. Uppgifter som har betydelse för vården av patienten inom det närmaste dygnet ska antecknas innan den legitimerade personalen slutar sitt arbetspass. Observera att om händelsedatum ändras finns detta datum kvar i följande anteckningar som görs på patienten. Ditt namn och datum/tid när anteckningen är gjord registreras automatiskt när du är inloggad i patientjournalen.

Dubbeldokumentation

En sammanhållen patientjournal innebär att dubbeldokumentation av legitimerad personal undviks. Gemensamma hembesök dokumenteras av en av professionerna, men i anteckningarna ska det framgå vilka som deltagit vid besöket. Specifika bedömningar gjorda vid besöket dokumenteras av respektive profession. Oavsett vad omvårdnadspersonal har dokumenterat ska legitimerad personal **alltid dokumentera sin bedömning**.

Benämning och begrepp

Skriv patient. Undvik otydliga begrepp som man, vi, dem etc. utan förtydliga vem som avses. Namn anges i journalen utifrån där det är viktigt att veta vilken/vilka personer som varit med, eller vid bedömning av annan vårdgivare som är av värde innan dokumentation kan erhållas eller ses via NPÖ.

I journalen skrivs med fördel "Min bedömning är..." eller "Jag bedömer att..." alternativt kan vara "undertecknad bedömer".

Begrepp som används ska vara vedertagna, inte hemmagjorda och förkortningar ska undvikas

Väsentliga uppgifter

Journalen ska vara lättläst och väsentliga uppgifter ska dokumenteras, Tänk på att den enskilde ska kunna förstå att läsa detta utifrån rättighet att begära ut journal och så även möjligheten framöver att själv kunna "logga in" via 1177 och läsa sin journal.



Tidsgräns för signering av dokumentation

Tidsgräns för hur länge något får ligga osignerat i Lifecare är 10 dagar innan det låses automatiskt.

Frastexter

De frastexter som finns i patientjournalen ska användas.

Inskrivning i kommunal hälso-sjukvård

Uppstart av vårdprocess startar via vårdbegäran och utförs av ansvarig mottagare inom respektive profession, som oftast är det patientansvarig sjuksköterska men om behovet är utifrån rehabilitering, habilitering startas vårdprocessen av arbetsterapeut eller fysioterapeut. Uppkommer, finns andra behov inom annan professions område än mottagaren i samband med inskrivningen eller efter ska varje profession starta vårdbegäran utifrån behovet.

Patientansvarig sjuksköterska informerar avgiftshandläggare Therese Carlbom via meddelande i Lifecare att patient blir inskriven i kommunal hälsosjukvård.

Patientens adress under personuppgifter hämtas från Kommuninvånarregistret, (KIR) och uppdateras regelbundet så länge rutan för Ingen ändring vid avisering, är inaktiverad. Vid tillfälliga adresser eller när patienten inte bor där hen är folkbokförd registreras en c/o-adress manuellt

Personuppgifter

Patientens personuppgifter finns i fyra flikar: **person, närstående, kontakter**

Under personuppgifter och kontakter ska det alltid finnas aktuella uppgifter till närstående inklusive uppgiften om vem som ska kontaktas först och om kontakten får tas nattetid.

uppgifter till patientansvarig sjuksköterska PAS (fyll i namn och telefonnummer).

uppgifter till arbetsterapeut och fysioterapeut och telefonnummer

Uppgifterna ska uppdateras vid byte av patientansvarig av den som framöver kommer att ansvara för omvårdnad och rehabilitering.

Uppgifter till ansvarig vårdcentral

Uppgifter till ansvarig läkare

Uppgifter till specialistvård om patient tex inskriven i palliativa teamet

Annan vårdgivare – här anges även om patient har extern utförare som inte har tillgång till LHSL, vilket innebär att fysiska hälsoplaner och signeringslistor används så även att kontakt alltid får tas muntligt

Uppgifter till tandvårdskontakt



Övrig information.

Tolk

Intyg

Vägbeskrivning – viktigt

ICF dokumentation

Vid inskrivning och utifrån valda kontaktorsakskategori och kontaktorsakstyp i vårdbegäran dokumenteras även dessa i ICF dokumentation och så även övrigt status över patientens funktioner utifrån de fyra områdena.

- Kroppsfunktioner och strukturer,
- Aktiviteter och Delaktighet
- Omgivningsfaktorer
- Personfaktorer.

Vid inskrivning skall det under personfaktorer dokumenteras med stöd av frastexter

Social bakgrund

Livsstil

Medicinska diagnoser – dessa skall hållas uppdaterad, aktuella och läkarverifierade

Pågående vård annan vårdgivare

Annan dokumentation

– Här dokumenteras sådant som är av vikt men inte kan dokumenteras under KVÅ eller ICF.

Rubrik **Annan dokumentation**, här dokumenteras vårdskador och allvarliga vårdskador så även MAS dokumentation gällande information om lex maria utredningar och beslut gällande dessa

Avliden

Här dokumenteras när patient avlidit – **frastext kommer**

Epikris

En epikris ska upprättas av legitimerad personal när patienten flyttar externt.

Dokumenteras under annan dokumentation. Följande ska finnas med, men även annan information kan vara aktuell i det enskilda fallet.

Sammanfattat hälsotillstånd.

Pågående vård och behandling inklusive re/habilitering och hjälp-medelsinsatser.



Aktuella bedömningar

Riskindikatorer Varning (om aktuella uppgifter finns)

Smitta (om aktuella uppgifter finns) Observera (om aktuella uppgifter finns)

Mätvärden som är viktiga för fortsatt vård

Aktuella patientuppgifter (kopia) Lämnade samtycken

Aktuella planer (kopia) exempelvis hälsoplan eller läkemedelshantering.

Aktuella ordinationer (kopia)

Aktuella träningsprogram (kopia)

[Sammanfattning av vårdtillfälle – kommer från annan vårdgivare](#)

[Se över och lägga till frastexter framöver](#)

[Vaccinationer /Vaccin](#)

Tidigare, utförda har dokumenterats under annan dokumentation (detta vid överflytt från tidigare verksamhetssystem Treserva. När kommande vaccination utförs är detta en behandling enligt KVÅ och en behandlande hälsoplan öppnas. Med tillägg av frastext inklusive här dokumenteras samtycke.

[Varning, smitta, observera och överkänslighet](#)

Se dokument uppmärksamhetssignaler

Observera - Överkänslighet

Här dokumenteras överkänslighet mot läkemedel eller andra ämnen, kända allergier enligt patient eller anhörig. Det skall även dokumenteras vilka symtom/ reaktion hos patienten som det ger och hur patienten hanterar sin överkänslighet. Har inte personen någon överkänslighet ska det framgå genom texten ” ingen känd överkänslighet”.

Vid överkänslighet ska detta dokumenteras under ICF

b4351 Överkänslighetsreaktioner - funktionsnedsättningar som vid allergier eller överkänslighet

b5153 Födoämnestolerans - funktionsnedsättningar vilka yttrar sig som överkänslighet, som t.ex. glutenintolerans



Inkommande dokument från andra vårdgivare

Skriftlig information från annan vårdgivare t.ex. epikris skannas in under Infogade dokument. Tillsvidare Se Manual:

[instuktion-for-skanna-in-dokument-med-personuppgifter-till-lifecare.pdf \(tibro.se\)](#)

Epikrisen betraktas som en kopia då originalet finns kvar hos utskrivande enhet. Under vårdbegäran antecknar du kortfattat och hänvisar till infogad epikris.

OBS! Förstör kopian och anteckna under annan dokumentation att epikrisen är förstörd. Behandlingsmeddelande eller liknande hanteras på samma sätt och betraktas som kopia då det är utfärdat av en annan vårdgivare.

Epikris utan åtgärder: Anteckna under Vårdbegäran att patienten är åter hemma.

Uppmärksamhetssignaler

Se dokument uppmärksamhetssignaler

Rond

Ronder dokumenteras under KVÅ åtgärd XS008 "Konferens om patient" och / eller XS007 "konferens med patient". Konferens med patient påvisar att patient varit delaktig

Kontakt med läkare, jourläkare:

KVÅ XS008 "Konferens om patient" Frastexter finns

Medicinsk vårdplanering

KVÅ kod XV023- "möte för fördjupad läkemedelsgenomgång" vilket är en utredande åtgärd. XS007 "konferens med patient". Konferens med patient påvisar att patient varit delaktig.

Medverkan i brytpunktsamtal

Dokumentation under KVÅXV028

Annan hälso- och sjukvårdspersonal deltar i samtalet mellan ansvarig läkare eller tjänstgörande läkare och patient om ställningstagandet att övergå till palliativ vård i livets slutskede.

Säker scanning/sekretess hantering av dokument (Möjlighet för detta inom kort)

Tillsvidare följ [instuktion-for-skanna-in-dokument-med-personuppgifter-till-lifecare.pdf \(tibro.se\)](#)

Vid hantering av dokument som innehåller personuppgifter ska säker scanning användas för inscanning av dokument till journalen. Ex medicinska epikriser, information vid akutbesök (akutlapp), intyg. Dokumentet läggs under infogade dokument i Lifecare. Säker scan är förutsättning för att skydda personuppgifter men också för att dokumentet ska få rätt dokumentationsformat.



Situationsanpassad information/handlingar

Samtliga skriftliga handlingar som upprättas/utfärdas av oss som vårdgivare och/eller tillhör en egen ordination betraktas som original och ska sparas i personakt. Exempel kan vara lyftutprovningsprotokoll, positioneringsinstruktioner, lägesändringsscheman och träningsprogram.

Till original räknas ordinationshandling/ Meddelande som underlag för fortsatt behandling (gula från regionen) Ordinationshandlingar som kommer åter till oss sparas i journalakt. **Rekommendation antecknas under inkommande information.**

Intyg - Frastexter

Färdtjänstintyg

Bostadsanpassning

Tandvårdsintyg

Sjukreseintyg

Remiss (Kommande åtgärd: är att läggas in som "standardfraser" under intyg)

Remisser och remissvar som inkommer till eller utfärdas från hälso- och sjukvårdens verksamheter ska registreras i patientjournalen.

Remissen ska innehålla:

Information om patienten: kort beskrivning

Utförda bedömningar och resultat av dessa

Frågeställning och/eller önskad åtgärd

Remissvaret ska innehålla:

Remissvar från

Planerade och genomförda åtgärder.

Samtycke

Dokumenteras under Samtycke i journalen. Samtycke kan inhämtas i olika sammanhang, de vanligaste gäller informationsöverföring, lämna och hämta information mellan Vårdgivare och närstående

Samtycke till att delta i kvalitetsregister. Dessa samtycken ska uppdateras minst en gång per år.

Samtycke för apoteksärenden - Frastext tillagt

Flytta återöppna och avsluta journal

Se dokument - Överflytta, återöppna och avsluta journal



Patient inskickad och blir inlagd på sjukhus

Utifrån att det inte går att pausa HSL uppdrag tillfälligt får delegerade/ordinerade åtgärder registreras som icke utförda – frastext ” patient på sjukhus”.

SSK avslutar HSL uppdrag när det blir känt att patient läggs in på sjukhus. Åtgärderna kan kvarstå dock viktigt att dessa åtgärder går igenom inför hemgång och eventuella nya åtgärder läggs in och där annan personal skall utföra åtgärden skickas nytt HSL uppdrag till gällande utförarenhet.

Hälso-sjukvård genom Tjänsteköp och icke kommuninvånare

Se dokument tjänsteköp och icke kommuninvånare

Risکانالys av planerade och behandlande åtgärd

En riskanalys av den tänkta åtgärden ska alltid göras och dokumenteras. Inom hälso- och sjukvård kräver varje behandling/träning ett individuellt ställningstagande av legitimerad personal utifrån patientens hälsotillstånd och behov. Varje behandling kräver därför reflektion och eftertanke då det kan finnas ett inbyggt riskmoment. Riskanalysen av den planerade åtgärden ingår i utredningen och ska dokumenteras under utredningens resultat. Uppföljning av riskanalysen dokumenteras under behandlingens resultat.

Skyddsåtgärder inom Hälso och sjukvård

Sänggrindar, bälte, positioneringslarm, brickbord är hjälpmedel som klassat som skyddsåtgärder och innebär en särskild risk att förskriva. När dessa hjälpmedel förskrivs ska det förtydligas att det finns ett samtycke till åtgärden som du skriver med hjälp av frastext, det ska också finnas en hälso/behandlingsplan kopplat till åtgärden, så även dokumentation samtycket till åtgärden tas tillbaka av patienten. Förskrivning av hjälpmedelet kopplat till skyddsåtgärder dokumenteras under KVÅ kod GA025. Skyddsåtgärden är en åtgärd som skall utföras enligt ordination dock ska det inte skapas HSL uppdrag /åtgärder för signering/registrering. Ansvarig leg personal skriver ut och lämna till personalen, den ska sitta i patientens HSL pärm. Varje utförfarenhet får sedan hantera detta så att det blir känt för all vård och omsorgspersonal, tidigare rutin gällande ordinerade skyddsåtgärder får följas.



Hälso/behandlingsplanen skall finnas tillgänglig för utförare och tjänstgörande vårdpersonalansvar för att ta reda på om det finns skyddsåtgärder ordinerade.

När åtgärden är beslutad och samtycke finns skall det även dokumenteras under ICF-dokumentation. ICF dokumentation - omgivningsfaktorer - e1 - produkter och teknik där den aktuella bedömningen beskrivs

ICF-område

e1 - Produkter och teknologi

Detta kapitel handlar om naturliga produkter, av människor skapade produkter eller system av produkter samt om utrustning och teknik i en persons omedelbara omgivning, som är samlad, skapad, producerad eller tillverkad. ISO 9999:2016 fastställer en klassifikation och terminologi för tekniska hjälpmedel, särskilt producerad eller allmänt tillgänglig för personer med funktionsnedsättning. För syftet med denna klassifikation av omgivningsfaktorer gäller dock att stödjande produkter och teknik definieras mer ingående som en produkt, ett instrument, en utrustning eller teknik som är anpassad eller specialutformad för att förbättra funktionstillståndet hos en person med ett hälsotillstånd

Aktuell bedömning

Bedömt funktionstillstånd

Måttligt (hinder)

Fallrisk bedömd som hög igen.

Pat samtycker till för att minska risk för fall/skada

1. Golvlarm
2. Höftskyddsbyxor
3. Sänggrindar

Tidpunkt: 2023-12-05 10:40

*Signerad av: Åsa Åkerberg (asak031601), Legitimerad Fysioterapeut, Testenhet, 2023-12-05 10:43
Skapad av: Ingrid Sunding (insu1221), Legitimerad Arbetsterapeut, Testenhet, 2023-12-05 10:41*

[🕒 Visa historik](#) [✎ Ändra](#) [✕ Felmarkera](#)

Produkten som förskrivs skall även dokumenteras under ICF – omgivning – e115
Produkter och teknik för eget bruk i det dagliga livet

Egenvårdsbedömning

För mer information angående processen se för rutin för Egenvård.

Dokumentera med en utredande KVÅ QN027 (stöd i att upprätthålla sin egen hälsa) PN008 (Bedömning i att sköta sin egen hälsa.) lägg till KVÅ koder kopplat till intervju med patient, om inte du själv bedömer och beslutar egenvård utan det är annan profession, vanligtvis läkare lägg till KVÅ kod ” konferens med läkare”. Dokumentera under ICF att patienten själv utför åtgärden eller utför åtgärden med hjälp av någon annan.



Bedömningsverktyg – uppdaterat

Abbey pain
IPOS
Blåsdysfunktion, DFRI, MNA, ROAG

FBG – F balanstest
FES Falls efficacy scale
Norton
PHase 20
Phase – proxy
SMA
ADL index, Sunnaas ADL, ADL taxonomin

Bedömningsverktyg som inte finns i systemet utan enbart i en pappersversion är en journalhandling och scannas in i infogade dokument alternativt förvaras i pappersjournalen.

KVÅ-koder

KVÅ koderna är indelade i utredande- och behandlande åtgärder. Se Socialstyrelsens KVÅ

Beroende ordinationer

Det är åtgärder där leg personal är beroende av en annan som ordinerar åtgärderna. Detta dokumenteras under adekvat KVÅ – kod.

HSL uppdrag

HSL-uppdrag är åtgärder som ska utföras av annan personal än legitimerad hälso-och sjukvårdspersonal och som skickas till den organisation som ska utföra dem.

HSL- Uppdrag – endast en åtgärd per HSL uppdrag detta för att enklast kunna avsluta en åtgärd utan att det påverkar andra åtgärder.

Ange det datum och tid från och med att åtgärden ska utföras. Finns det ett slutdatum och tid anges även det. Välj utförarenhet som ska utföra åtgärden. Välj åtgärden som ska utföras genom att ”bocka i” rutan framför aktuell åtgärd. Uppdragstext är inte en journalhandling utan är mer av allmän karaktär.

HSL uppdrag gällande övervakning av läkemedelsintag ska tid anges när läkemedlet är ordinerat, tidsspannen ska inte vara längre än 1 timme (30 min innan och 30 min efter) dock skall sjuksköterska alltid bedöma tidsspannet utifrån risk om patient inte får



läkemedel på utsatt tid. Leg personal skall alltid ange tid som uppdrag är ordinerat (det är ordinationen som styr inte verksamheten) Viktig att tänka dygn utifrån läkemedel som är ordinerat

Tex Ett läkemedel som ges 4ggr per dygn innebär större risk om inte ordinationstider håll, så även depottabletter tillika tabletter som inte får ges med annat läkemedel inom ett visst tidsspänn

När *

Klockslag 1 *

+ Lägg till fler klockslag

Tidsfönster *

Nej, åtgärden ska utföras enligt planering

Ja

Dagar

Tid

Före *

Efter *

Tidsåtgång

Timmar

Minuter

De planerade åtgärderna som skickas som HSL-uppdrag ska vara så tydligt beskrivna att ingen ytterligare information krävs. Av HSL-uppdraget ska det också tydligt framgå när och på vilket sätt återkoppling ska ske.

Exempel 1: anteckna mätresultatet under Resultat, kontakta sjuksköterska via telefon om värdet understiger XXX.

Exempel 2: anteckna hur patienten upplevde träningsprogrammet under Resultat, kontakta fysioterapeut via telefon om patienten får smärta som inte går över inom 10 minuter.



När annan personal registrerar åtgärden som Utförd blir texten i den planerade åtgärden en journalanteckning i HSL-journalen.

Bedömer legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal att omvårdnadspersonal behöver påbörja ett HSL-uppdrag (åtgärd) skyndsamt/omgående ska alltid HSL-uppdraget kompletteras med telefonkontakt.

Vård och omsorgspersonal kan läsa detaljer om HSL uppdrag /insats genom att vilken brukare uppdraget avses • Vilken åtgärd som avses • Hur den ska utföras • Periodisering • Hur återkoppling ska ske till att legitimera

Vård och omsorgspersonalens dokumentation

Vård och omsorgspersonalen ska dokumentera under vårdbegäran vid händelser av betydelse och vid kontakt med legitimerad personal. Vård och omsorgspersonalen dokumenterar händelser av betydelse som är knutna till den hälso- och sjukvårdsuppgift som de utför genom delegering och/eller HSL-uppdrag. Det är viktigt att omvårdnadspersonalen själva dokumenterar i vårdbegäran, för att omvårdnadspersonalen ska kunna följa patienten och vilka åtgärder som vidtagits vid händelser av betydelse.

SSK assistenter / Rehabassistenter

SSK assistenter / Rehabassistenter utför insatser under hälso-sjukvårdslagen varav de har behörighet till LifecareHSL. I denna behörighet ingår läsbehörighet till de patienter som ingår i deras uppdrag. Dokumentation utförs via lifecareHSL genom att SSK assistenter / Rehabassistenter ska dokumentera under vårdbegäran vid händelser av betydelse och som har krävt rapportering / kontakt med legitimerad personal. SSK assistenter /Rehabassistenter dokumenterar händelser av betydelse som är knutna till den hälso- och sjukvårdsåtgärd som de utför genom delegering eller ordination under resultat.



Delegering

Se delegeringsrutinen för kommunal hälso-och sjukvård och manual för delegering

Digital signering

Utförda insatser/åtgärder av legitimerad personal signeras /registreras av inlagda åtgärder. Speciell omvårdnad som injektioner, kateterbyte och liknande, som utförs av legitimerad personal ska även dokumenteras i patientjournalen.

SSK assistenter / Rehabassistenter signerar /registrerar inlagda utförda åtgärder i lifecareHSL

Utförare signerar / registrerar HSL uppdrag i Lifecare VoO detta blir synligt för legitimerad personal och går att få notifiering när inte åtgärder är registrerade

Ej registrerade åtgärder

Kontroll av ej registrerade utförs efter arbetspass. Ansvarig utförarenhet har ansvar att kontrollera att HSL åtgärder är registrerade av annan personal

Signeringslistor på papper som skall finnas i hälsopärm

Förbrukningsjournal vid behovsläkemedel, narkotika skall finnas för kontrollräkning som tidigare.

Blank Signeringslista för läkemedel vid händelse av dataavbrott.

Blank signering lista för ordinerad /delegerade rehabiliteringsinsatser

Blank signering lista för ordinerad /delegerade omvårdnadsinsatser

Signeringslista gäller tillsvidare hos externa utförare

När patient har externa utförare som skall utföra HSL uppdrag är det viktigt att det anges i personuppgifter under "annan vårdgivare" använd frastext "extern utförare"

Signeringslistor används där det är externa utförare som utför HSL uppdraget.

Signeringslista är en bekräftelse för att delegerad Hälso och sjukvårdsåtgärden har utförts enligt ordination. Legitimerad personal skriver ut signeringslistan och det är omvårdnadspersonal med delegering som signerar utförande av åtgärd.

När en planerad åtgärd ändras, ska åtgärden avslutas på signeringslistan. Därefter skrivs en ny signeringslista ut. Den gamla listan ska sparas i patientens pappersjournal. Alla signeringslistor gällande åtgärder inom hälso- och sjukvården är journalhandlingar och ska sparas. Ordinationer som är delegerade till vård och omsorgspersonal ska signeras på avsedd signeringslista hos patienten.



Vårdplan /hälsoplan och HSL uppdrag skall finnas utskrivna och tillgängliga i pappersformat hos patient

Avsluta journal

Görs enbart när patienter avlidit. Patientansvarig sjuksköterska ansvarar för att avsluta journal efter att hen säkerställt att alla dokumenterat klart. Patientansvarig arbetsterapeut och fysioterapeut / sjukgymnast meddelar sjuksköterska via meddelande i verksamhetssystemet när allt är dokumenterat klart

Samtliga HSL åtgärder / uppdrag ska avslutas samma dag som patient avlidit detta utifrån att det inte skall ligga fel underlag för avgiftshandläggning.

En avslutad journal går inte att öppna på nytt.

När patient skrivs ut från kommunal primärvård – se dokument Överflytta, återöppna och avsluta journal

Patientansvarig sjuksköterska informerar avgiftshandläggare Therese Carlbom via meddelande i Lifecare att patient blir utskrivna i kommunal hälsosjukvård.

Avliden

Åtgärder som är kopplade till patient efter den har avlidit ska dokumenteras **under Annan dokumentation** av sjuksköterskan som konstaterat dödsfallet. - **Frastexter ska tas fram**

Övrigt handläggande av dokumentation /journal efter att patient avlidit –se dokument "HSV förflytta journaler, avsluta, återöppna".

Patientansvariga ansvarar för att avsluta när allt är dokumenterat och färdigt.

Patientansvarig sjuksköterska informerar avgiftshandläggare Therese Carlbom via meddelande i Lifecare att patient avlidit detta för att avgiftshandläggare skall kunna avsluta debitering

Att göra (lista)

Se dokument att göra lista LHSL

Meddelandefunktion

Används för att skriva rapporter och patientärenden



Avvikelser

Avvikelser som rör vården rapporteras i verksamhetssystemet Lifecare för avvikelser.

Dokumentation om händelsen sker i journal under respektive sökord.

Inträffad vårdskada dokumenteras i patientjournalen under annan dokumentation –

annan dokumentation. Bedömningar och beslut gällande händelsen dokumenteras.

Ärendenummer på avvikelserna dokumenteras i patientjournal. Dokumenterar uppgifter

om att information givits till patienten om hen har drabbats av en vårdskada. Information

kan lämnas till närstående om patienten har medgivit det. Se rutin vid vårdskada, risk för

vårdskada – Lex Maria

Vård och omsorgspersonal dokumenterar händelser av vikt av vården under vårdbegäran

eller under dokumentationen som följer HSL uppdraget.

Tillägg

Bedömning Rehabilitering - UtredningsKVÅ – I början nu utifrån tid kan detta läggas på övergripande nivå. **Utveckling av tieto för att underlätta är pågående.**



Sammanfattning av dokumentationsprocessen i LifeCare

Begrepp	Förklaring
Vårdprocess	Omvårdnad, aktivitet och funktion
Vårdbegäran	Inleder dokumentation av nytt hälsoproblem
Ställningstagande	Bedömning av om HSL-insatser ska vidtas och hur de ska prioriteras
Utredningsplan	Startas när flera besök (anteckningar) görs i en och samma utredning
Utredande åtgärd	Utredande åtgärder (utredande KVÅ)
Bedömning av behov av behandlande åtgärd	Ställningstagande till vilka behandlande åtgärder som ska vidtas och om plan ska startas
Behandlingsplan	Startas när flera besök (anteckningar) görs i en och samma behandling. Tex läkemedelshantering, palliativ vård, eller träningsperiod
Behandlande åtgärd	Behandlande åtgärder (behandlande KVÅ)
Mål	Övergripande mål dokumenteras i behandlingsplan och delmål dokumenteras i planerad behandlande åtgärd. Sträva efter att målen är "SMARTA" (specifika, mätbara, accepterade, realistiska och tidsbundna, gärna i aktivitet) (SMARTA kommer utbildning)
Resultat	Resultatet av en utredande eller behandlande åtgärd
ICF-dokumentation	Bedömning av patientens hälsotillstånd inom olika livsområden
Annan dokumentation	Här dokumenteras: <ul style="list-style-type: none"> • Epikris • Sammanfattning av vård från annan vårdgivare • Uppmärksamhetssignaler <ul style="list-style-type: none"> - Varning - Smitta - Observera - Överkänslighet



HSL-uppdrag	Alla åtgärder som ska utföras av annan personal än legitimerad hälso-och sjukvårdspersonal skickas som HSL-uppdrag till den organisation som ska utföra dem.
Samtycke	Alla samtycken ska dokumenteras, de flesta dokumentera här
Flytta/avsluta journal	Patientansvarig sjuksköterska ansvarar för att flytta journalen när patienten flyttar mellan olika hemtjänstområden och till vårdomsorgsboenden.
Delegering	När personer som inte har formell kompetens ska utföra in HSL-uppgift krävs delegering. Alla delegeringar ska dokumenteras i verksamhetssystemet.
Meddelandefunktion	Ett säkert kommunikationssätt inom verksamhetssystemet.