

# Hälsoärende, Vägledning för dokumentation



<b>Antaget av</b>	Medicinskt ansvariga
<b>Diarienummer</b>	VON 54 nr 606
<b>Antaget</b>	2019-03-13
<b>Gäller för</b>	Legitimerad personal
<b>Giltighetstid</b>	2020-03-13
<b>Dokumentansvarig</b>	Monica Lundquist MAR projektledare införande Hälsöärende

*Innehåll*

<b><i>Inledning</i></b> .....	<b>3</b>
<b><i>Syfte</i></b> .....	<b>3</b>
<b><i>Avgränsning</i></b> .....	<b>3</b>
<b><i>Översiktlig beskrivning dokumentationen</i></b> .....	<b>3</b>
<b><i>Hälsoärendets uppbyggnad</i></b> .....	<b>4</b>
<b><i>Relaterade faktorer</i></b> .....	<b>4</b>
<b>ICF-områden i relaterade faktorer</b> .....	<b>4</b>
<b>Diagnos</b> .....	<b>4</b>
<b>Anamnes</b> .....	<b>4</b>
<b>Personfaktorer</b> .....	<b>4</b>
<b>Samordning</b> .....	<b>5</b>
<b>Enstaka Åtgärd</b> .....	<b>5</b>
<b><i>Dokumentera sådant som inträffar löpande</i></b> .....	<b>6</b>
<b><i>Uppmärksamhetsinformation</i></b> .....	<b>6</b>
<b><i>Processer</i></b> .....	<b>7</b>
<b>Processtyper</b> .....	<b>7</b>
<b>Mätvärden</b> .....	<b>7</b>
<b>Standardprocesser</b> .....	<b>8</b>
Standardprocesser sjuksköterska .....	8
Standardprocesser rehab .....	9
<b>Processtegen</b> .....	<b>9</b>
1. Ta emot vårdbegäran.....	9
2. Utredda.....	10
3. Bedöma behov .....	10
4. Åtgärda.....	10
5. Följa upp .....	11
<b><i>Löpande anteckningar i processen</i></b> .....	<b>11</b>
<b><i>Statistik</i></b> .....	<b>12</b>
<b><i>Hantering av avgifter</i></b> .....	<b>12</b>

## Inledning

Legitimerad personal är skyldig att föra patientjournal enligt patientdatalagen (2008:355). Strukturen i patientjournalen, Hälsoärendet följer den nationella informationsstrukturen, där ICF (klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) och KVÅ (klassifikation av vårdåtgärder) används för att beskriva hälsotillstånd och vårdåtgärder. Den här vägledningen ersätter tidigare vägledning daterad 2017-12-19, Rutin anslutning till hemsjukvården sjuksköterskeinsatser 2016-10-28 samt Rehabiliteringsinsatser i hemsjukvård 2016-10-18.

## Syfte

Syftet med vägledningen är att beskriva hur hälso-sjukvårdsprocessen ska dokumenteras, vad som ska dokumenteras under de olika stegen i patientjournalen. Den är tänkt att fungera som ett stöd för att säkerställa att vårdprocessen dokumenteras på ett patientsäkert sätt.

## Avgränsning

Dokumentet beskriver inte tillvägagångssättet i systemet, till det finns Lathund Dokumentation Hälsoärende.

## Översiktlig beskrivning dokumentationen

Hälsoärendet består av två delar. Dels en del för planerad hälso-och sjukvård, *processerna*, och dels en för bakgrund, aktuellt hälsotillstånd och händelser som inte hör hemma i processerna. Denna del kallas *relaterade faktorer*. Grundtanken är att den mesta av dokumentationen ska ske i processerna.

Starten för att öppna en patientjournal är att det kommer en vårdbegäran. För personer som flyttar in på särskilt boende SOL/LSS så räknas inflyttningen som en vårdbegäran vad gäller sjuksköterskeinsatser. För insatser från fysioterapeut och arbetsterapeut på särskilt boende LSS startas ett vårdåtagande då det finns en frågeställning om rehabilitering eller hjälpmedel. På särskilt boende SOL så är inflyttningen att betrakta som vårdbegäran för insatser från arbetsterapeut och fysioterapeut.

För personer som finns i ordinärt boende och behöver insatser från sjuksköterska så kommer en vårdbegäran från primärvården, slutenvården eller specialistmottagning. Innan eller i samband med att insatsen påbörjas så sker en medicinsk planering med personen och ansvarig läkare. Hos en person som har omfattande behov av personlig omvårdnad kan sjuksköterskan själv initiera en insats och därefter kontakta läkaren för planering. Vad gäller insatser kring rehabilitering och hjälpmedel i ordinärt boende så kan vårdbegäran komma från primärvården, slutenvården, specialistmottagning eller den enskilda personen. Det krävs ingen medicinsk planering med läkare för att starta vårdbegäran.

Socialförvaltningen  
Avdelning Administrativt  
stöd och utveckling

## Hälsöärendets uppbyggnad

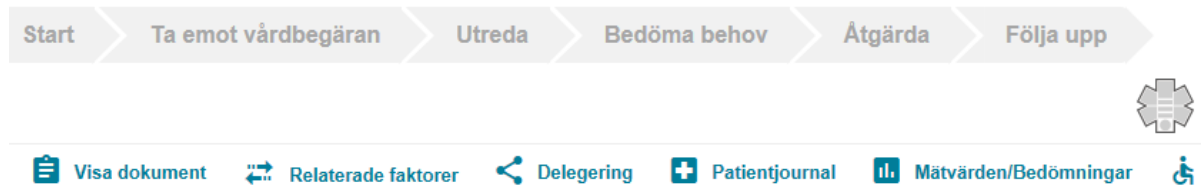


Bild som åskådliggör Hälsöärendets uppbyggnad alla delar den innehåller som beskrivs vidare nedan.

### Relaterade faktorer

I relaterade faktorer beskrivs patientens bakgrund, aktuella hälsotillstånd och personliga faktorer. I relaterade faktorer kan man också dokumentera sådant som inte hör hemma i en process, händelser/åtgärder-som inte ska följas upp. Exempel kan vara byte av hjälpmedel på grund av slitage, reparation av hjälpmedel, information att något hänt en nära anhörig som kan påverka hälsotillståndet för den enskilde, information om att någon kontaktat och avböjt ett besök med mera. Även anteckning från läkarbesök (rondanteckning) kan dokumenteras här om den inte hör hemma i en pågående vårdprocess. Likaså provtagning som inte hör hemma i en befintlig process.

Relaterade faktorer består av ett antal rubriker: ICF områden, anamnes, diagnos, personfaktorer, samordning, enstaka åtgärd. ICF rubrikerna har inga KVÅ kopplade.

### ICF-områden i relaterade faktorer

Under ICF-områdena Kroppsfunktioner, Aktivitet/Delaktighet och Omgivningsfaktorer kan hälsotillståndet/funktionstillståndet beskrivas när vårdbegäran påbörjades eller då det har förändrats. ICF områdena finns i flera nivåer vilket gör det möjligt att hitta undernivåer som mer precist beskriver problem/situation.

### Diagnos

Här anges patientens diagnos enligt ICD 10 och hänvisa var uppgiften är tagen från, journal från slutenvård eller öppenvård samt läkarens namn

### Anamnes

Här beskrivs relevant häsohistoria/vårderfarenhet. Beskriv också social bakgrund och boendeform/fysisk miljö.

### Personfaktorer

Beskriv här vad personen själv berättar om sina förväntningar och farhågor kring sin situation och sitt hälsotillstånd. Ange om det finns områden som är viktiga att beakta för att ge god hälso- och sjukvård, exempel motivation, coping-strategier, livsstilsfaktorer.

### **Samordning**

Beskriv här kortfattat innehållet och vilka som var närvarande i olika typer av planering.

- Samordnad utskrivningsplanering
- Medicinsk vårdplanering vid inskrivning och försämrat hälsoläge inklusive brytpunktssamtal. Beslut om att inte utföra hjärtlungräddning vid hjärtstopp kan också anges här men ska då också anges under uppmärksamhetsinformation.
- Samordnad individuell plan
- Annan form av vårdplanering eller samordning.

Beskriv också här personer som har insatsen växelvårdsplats

- Ange när de kommer och lämnar enheten, samt kortfattad information om eventuellt förändrat hälsoläge

### **Enstaka Åtgärd**

Här dokumenteras enstaka händelser som kan medföra en åtgärd som inte hör hemma under en befintlig process eller där man inte ser att det är nödvändigt att starta en process. Exempel är besök hos person som endast har larm, tillfälliga ärenden från vårdcentralen (kvälls och helgärenden), reparation av hjälpmedel, byte av hjälpmedel på grund av slitage. Välj lämplig KVÅ och skriv i anteckning vad som utförs. I pågående vårdprocesser hittar man de processer som finns i ärendet. Finns pågående processer som rör åtgärden bör dokumentationen ske där. De valbara kvå som finns är:

Läkemedelsbehandling, utdelning av dosett eller enstaka dos

Trycksårsprofylax

Sårvård

Extra tillsyn

Anpassning av produkter och teknik i det dagliga livet

Rådgivning till närstående

Övervakning av vitala tecken (andning, cirkulation, medvetandegrad)

Övervakning av näringsintag

Övervakning av avföringsmönster

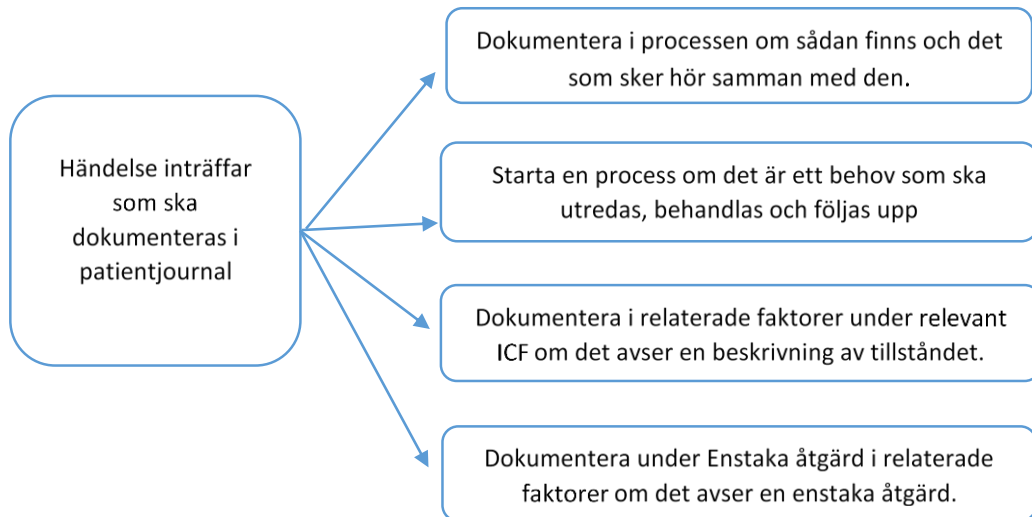
Övervakning av blodsockernivå

Övervakning av kroppstemperatur

Socialförvaltningen  
Avdelning Administrativt  
stöd och utveckling

### Dokumentera sådant som inträffar löpande

Beroende på vad det är för händelse, om det finns en befintlig process eller om det finns anledning att starta en process för att utreda vidare så kan händelser dokumenteras på olika ställen.



*Bild som beskriver olika alternativ att löpande dokumentera händelser.*

### Uppmärksamhetsinformation

Vyn för uppmärksamhetsinformation kan nås från alla delar i hälsoärendet genom att klicka på symbolen. Beroende på vilken information som fylls i så visas olika färger i symbolen. De olika uppmärksamhetsklasserna som finns att välja på är:

- Överkänslighet
- Behandling
- Smittsam sjukdom
- Information som kan leda till särskild rutin

Beroende på vilken uppmärksamhetsklass som valts så kommer ett urval upp att välja på i nästa rullist. Väljer man behandling så finns exempelvis antikoagulantia-behandling att välja på. Väljer man information som kan leda till rutin så kan beslut om att inte utföra hjärt-lungräddning väljas. Det går också att skriva en anteckning som syns i flödet patientjournal.

OBS! Den här informationen visas inte i genomförande och inte heller på personkortet, Uppmärksamhetsinformation om överkänslighet mot viss föda, restriktioner och att inte utföra hjärtlungräddning vid hjärtstopp skrivs in under viktigt att veta i personkortet. Den informationen syns då även i genomförandewebben då man klickar på namn och

Socialförvaltningen  
Avdelning Administrativt  
stöd och utveckling

personnummer. Vad gäller att inte utföra hjärtlungräddning vid hjärtstopp så finns det idag en blankett som läkaren fyller i och som sedan skrivs ut från Cosmic. Den ska placeras i medicinpärm och vara tillgänglig för all berörd personal.

## Processer

I processerna ska den planerade och givna vården beskrivas. En process ska startas när det är ett vårdförlopp som ska utredas, bedömas, åtgärdas och följas upp.

## Processtyper

Det finns tre olika typer av processer. *Vårdprocesser* finns för olika omvårdnads och rehabiliteringsinsatser där alla stegen i processen genomförs utifrån det som vi utreder, bedömer behov av, utför och följer upp. Till exempel sårbehandling, behandling relaterat till förflyttning, behandling relaterad till nutritionsproblem.



*Administrativa processer* utesluter den utredande delen, tänk att vi bedömer att behov finns men vi utreder inte utan utför endast. Till exempel läkemedel, vi bedömer att patienten behöver hjälp med läkemedel men vi utreder inte vilka läkemedel patienten ska ha.



*Extern ordinationsprocess* utesluter både utredning och bedömning. Tänk något vi utför på någon annans uppdrag. Vi utreder inte och bedömer inte heller behov till exempel waran eller insulin.



## Mätvärden

I processen finns också en funktion för mätvärden och bedömningar. Varje KVÅ (utredande och behandlande) har sin egen vy för mätvärden och bedömningar. Här anges värden som vi vill följa över tid. Enstaka värden, som lågt blodtryck vid försämrat hälsoläge och där patienten skickas in till sjukhus dokumenteras tillsammans med anteckning om försämrat hälsoläge enligt beslutsstöd.

Socialförvaltningen  
Avdelning Administrativt  
stöd och utveckling

### **Standardprocesser**

I Hälsoärendet finns ett antal definierade processer framtagna utifrån vanliga hälsoproblem, standard processer. Till dessa processer finns kopplade ett antal ICF-områden och KVÅ åtgärder (utredande och behandling). Dessutom finns alltid möjlighet att välja till andra ICF och även att välja bort det som inte är relevanta. De fördefinierade processerna är skapade utifrån de vanligaste hälsoproblemen och åtgärder som görs inom kommunal hälso-sjukvård. Det finns även generella processer där man kan välja ICF-område själv ifall den frågeställning patienten har inte täcks upp av en fördefinierad process.

### **Standardprocesser sjuksköterska**

#### *Vårdprocesser*

- Sinnesintryck
- Smärta
- Hud/vävnad
- Elimination/kontinens/inkontinens
- Andning cirkulation
- Vård i livets slut
- Nutrition
- Fall
- Psykisk hälsa/ohälsa/sömn

#### *Administrativa process*

- Läkemedel

#### *Externa ordinationsprocesser*

- Stomi (ileo-och kolostomier/duodopa/PEG)
- CPAP/BPAP/syrgas/tracheostomi
- Waranbehandling
- Insulinbehandlad diabetes
- Infarter
- KAD /NP-KAD/suprapubis/urostomi/PD dialys



Socialförvaltningen  
Avdelning Administrativt  
stöd och utveckling

## Standardprocesser rehab

### Vårdprocesser

- Andning/cirkulation
- Smärta
- Förflyttning
- Fall
- Personlig vård
- Hemliv
- Hud/Sår
- Minne/Kognition
- Handfunktion

### Processtegen

#### 1. Ta emot vårdbegäran

Här beskrivs patientens problem utifrån ICF-områdena kroppsfunktioner, aktivitet/delaktighet och omgivningsfaktorer. Den ursprungliga frågeställningen och anledningen till kontakten dokumenteras här. Vad är problemet patienten/anhörig/personal beskriver. Hur beskrivs uppdraget från vårdcentralen för sjuksköterskeinsatser? Här väljer man också processtyp och om man ska använda en standardprocess med färdigkopplade ICF och KVÅ eller om man behöver skapa en egen generell process. Titel på processen skrivs i rutan som heter Beskrivning. Texten här beskriver vad processen handlar om och syns i utförarvyn.

Frågeställningen ska sedan förtydligas för att mer precis beskriva vad patientens problem handlar om. Vad beskriver patienten när vi träffar denne. I detta steg är urvalet av ICF på en lägre nivå för att mer precist kunna beskriva vad problemet är. ICF-områden kan väljas till och väljas bort utifrån individens problem.

Hur patientens själv uppfattar sina svårigheter är ett obligatoriskt steg i vårdprocessen. För att göra patienten delaktig i att själv skatta sina svårigheter kan ICF sticka användas. Besvaren definieras utifrån *Ingen begränsning-Lätt begränsning-Måttlig begränsning-Svår begränsning-Total begränsning*. Om patientens uppfattning inte går att inhämta ska det dokumenteras och motiveras. Det är också möjligt att ta med en annan persons uppfattning om begränsningen till exempel en anhörig. I en extern ordinationsprocess är detta steg inte valbart.

Socialförvaltningen  
Avdelning Administrativt  
stöd och utveckling

### *Bedömningsfaktor*

Enhetlig bedömningsfaktor med negativ skala används för att ange graden eller storleken av en funktionsnedsättning.

INGEN funktionsnedsättning(ingen, frånvarande, försumbar...)	0-4%
LÄTT funktionsnedsättning (lätt, låg..)	5-24%
MÅTTLIG funktionsnedsättning (medel, ganska stor,...)	25-49%
SVÅR funktionsnedsättning (grav, hög, extrem,..)	50-95%
TOTAL funktionsnedsättning (fullständig,..)	96-100%

## **2. Utredda**

För att kunna bedöma vilket behov patienten har av åtgärder och vilka åtgärder som är aktuella behöver man göra en utredning av problemet utifrån de förtydligade ICF-områdena.

### Välj utredande åtgärd

**Ange i åtgärdsbeskrivningen** vad som ska utföras och hur det ska gå till. Ange om åtgärden ska återkopplas och på vilket sätt (anteckning och/eller signeringslista/app).

**Fördela åtgärden** till HSL enhet eller utförarenhet. Vissa åtgärder har en färdig schablontid. Tiden går att ändra om uppgiften bedöms ta längre tid utifrån en individuell bedömning. Viktigt att ange tid på rätt sätt (XX:XX) Timmar och minuter. Exempel 5 minuter 00:05.

**Utförd Åtgärd** För att bekräfta att man utfört åtgärd enligt ordination som tidigare beskrivits i vald KVÅ klicka på pennan vid utförd åtgärd varje gång åtgärden görs. Här kan också en anteckning göras, till exempel vid delning av dosett eller utlämnad apodos "Dosett delad enligt ordination för två veckor". Det här momentet innebär att statistik över åtgärder kan samlas ihop. Observera att det är bara de uppgifter som legitimerad personal själv gör som ska bekräftas i det här steget. (endast de kan gå till statistik). Man ska också notera om man gjort åtgärden tillsammans med annan legitimerad yrkeskategori.

## **3. Bedöma behov**

Här gör professionen sin bedömning av patientens nuvarande hälsotillstånd utifrån samma bedömningsfaktor som patienten skattade sina besvär. Ett övergripande mål sätts tillsammans med patienten där avsett hälsotillstånd ska anges. Sträva efter att sätta ett SMART (specifikt, mätbart, accepterat, realistiskt och tidsatt) mål som går att följa upp.

## **4. Åtgärda**

Här väljs de behandlande åtgärder (ordinationer) som legitimerad personal bedömer att patienten är i behov av för att uppnå målet med avsett hälsoläge. Valet av behandlande åtgärder görs i samråd med patienten.

### Välj behandlande åtgärd

**Ange i åtgärdsbeskrivningen** vad som ska utföras och hur det ska gå till. Ange om åtgärden ska återkopplas och på vilket sätt (anteckning och/eller signeringslista/app).

**Fördela åtgärden** till dig själv eller enhet med omsorgspersonal. Vissa åtgärder har en färdig schablontid. Tiden går att ändra om uppgiften bedöms ta längre tid efter en individuell bedömning. Viktigt att ange tid på rätt sätt (XX:XX) Timmar och minuter. Exempel 5 minuter 00:05

**Utförd Åtgärd** För att bekräfta att man utfört åtgärd enligt ordination som tidigare beskrivits i vald KVÅ klicka på pennan vid utförd åtgärd varje gång åtgärden görs. Här kan också en anteckning göras, till exempel vid delning av dosett eller utlämnad apodos "Dosett delad enligt ordination för två veckor". Det här momentet innebär att statistik över åtgärder kan samlas ihop. Observera att det är bara de uppgifter som legitimerad personal själv gör som ska bekräftas i det här steget. (endast de kan gå till statistik). Man ska också notera om man gjort åtgärden tillsammans med annan legitimerad yrkeskategori.

### 5. Följa upp

Här utvärderas både patientens och din uppfattning om resultatet. Utifrån resultatet tar du ställning till hur du ska gå vidare. Är målet uppnått? Ska hela vårdprocessen avslutas? Är det endast ett ICF-område som ska avslutas? behövs en ny uppföljning? behöver man utreda fler ICF-områden? behövs fler åtgärder?

För att avsluta en åtgärd återkallas åtgärden i fördelasteget. Observera att åtgärden ligger kvar men syns som avslutad med avslutsdatum i både i processvyn och i utförarens vy. Den avslutade åtgärden är läsbar så det är viktigt att vara uppmärksam på vilka åtgärder som är avslutade och inte.

### Löpande anteckningar i processen.

Händelser som inträffar som hänger ihop med utredande eller behandlande åtgärder kan dokumenteras under respektive åtgärd genom att klicka på pennan och välja anteckning. Exempelvis kan ett fall dokumenteras under en utredande eller behandlande KVÅ i en process fallprevention. Omsorgspersonalen kan också dokumentera under anteckning kring de utredande och behandlande åtgärder som är fördelade till dem.

Resultaten, prover och bedömningar anges under mätvärden och bedömningar, exempelvis blodsockervärden som tas regelbundet.

## **Statistik**

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:67) ska kommuner som bedriver hälso-sjukvård lämna statistik till Socialstyrelsen månadsvis på given hälso-sjukvård. Statistik som ska lämnas in är för:

1. Alla patienter som fått kommunal hälso- sjukvård, personnummer, år och månad då hälso- och sjukvård har givits.
2. Alla patienter som fått vårdåtgärder utförda av legitimerad personal, vilka åtgärder som vidtagits för patienter, när de gjorts och om åtgärden varit teambaserad.

För att statistik ska vara möjlig att ta ut från Treserva är det nödvändigt att man dokumenterar under utförd åtgärd i utredande, behandlande och uppföljande åtgärder.

## **Hantering av avgifter**

För att kunna verkställa avgifter för hemsjukvård, elrullstol och dubbel manuell rullstol skapas processer även för avgifterna. Till de tre olika avgiftsprocesserna finns en KVÅ kopplad som innebär att avgift genereras. Dessa KVÅ:er har ingen relevans som åtgärd. De finns endast för att kunna verkställa avgiften. Avgiftsprocesserna är externa processer och innehåller inget utreda eller följa upp steg. Processen ligger öppen så länge avgiften ska debiteras. Processen avslutas när avgiften ska avslutas.

- Process Avgift hemsjukvård
- Process Elrullstol
- Process dubbel manuell rullstol