Stockholms stad

Hälso- och sjukvårdsdokumentation

UPPRÄTTAD AV MEDICINSKT ANSVARIGA SJUKSKÖTERSKOR OCH MEDICINSKT ANSVARIGA FÖR REHABILITERING

Innehåll

1. Inledning 1

2. Patientens rätt 2

3. Ansvar 2

4. Journalföring 3

4.1 Journalens innehåll 4

4.2 Språket i journalen 5

4.3 Termer och begrepp 5

5. Personcentrerad vård 6

5.1 Vårdprocessen 7

5.2 Palliativ vård i livets slutskede 10

5.3 Epikris 10

6. Arkivering (bevarande) 10

7. Dokumentation vid planerade och oplanerade driftstopp 10

8. Upprättande av journal inom olika verksamhetsinriktningar 11

8.1 Vård- och omsorgsboende 11

8.2 Korttidsvård 13

8.3 Servicehus 15

8.4 Dagverksamhet 18

8.5 Socialpsykiatriskt boende 19

8.6 Bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning enligt LSS 22

8.7 Daglig verksamhet enligt LSS 26

Bilagor 26

1. Inledning

Denna riktlinje för hälso- och sjukvårdsdokumentation gäller för verksamheter inom Äldreomsorgen och Socialtjänsten i Stockholms stad för verksamheter i kommunal regi och på entreprenad.

De verksamheter som avses är särskilda boendeformer enligt SoL och LSS, dagverksamheter enligt SoL och daglig verksamhet enligt LSS.

- Socialtjänstlagen, SoL (2001:453)
- Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS (1993:387)

En *journal* är alla handlingar och anteckningar som upprättas i samband med undersökning, vård och behandling och som rör patientens hälsotillstånd. I journalen ska den enskilde benämnas patient. Journalen ska vara skriven på ett sådant sätt att patienten kan förstå innehållet.

Syftet med att föra en journal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Journalen är ett arbetsredskap för hälso- och sjukvårdspersonal och en informationskälla för patienten. Den är också en informationskälla för uppföljning och utveckling av verksamheten, tillsyn och rättsliga krav, uppgiftsskyldighet enligt lag samt källa för forskning.

Bestämmelser om vilka uppgifter en journal ska innehålla regleras i lagstiftningen. Uppgifterna i en journal ska vara tillgängliga på ett överskådligt sätt för den hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig att ta del av uppgifterna.

- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 3 kap. 1-2 §§
- Patientlag (2014:821)
- Patientdatalag (2008:355)
- Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården
- Riktlinjer för hälso- och sjukvård inom Stockholms stads särskilda boenden enligt SoL och LSS, dagverksamheter enligt SoL och dagliga verksamheter enligt LSS.

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.

2. Patientens rätt

Rätten att ta del av patientjournal

Patienten har som regel rätt att ta del av sin egen journal. För att närstående ska få ta del av journalen krävs ett samtycke från patienten.

I de fall patienten inte kan lämna samtycke till att närstående får ta del av journalen ska en sekretessprövning göras av den som ansvarar för journalhandlingen. Information om att sekretessprövning gjorts, att journalen har lämnats ut och till vem ska dokumenteras i journalen.

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

Rättelse och förstörande av patientjournal

Om patienten anser att en uppgift i patientjournalen är oriktig eller missvisande ska det dokumenteras 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§

3. Ansvar

Verksamhetschef 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen

Verksamhetschefen har ett lednings- och kvalitetsansvar och ska se till att det finns förutsättningar för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal att fullgöra sin skyldighet att föra journal, till exempel tid, kompetens och utrustning. Verksamhetschefen ansvarar för att riktlinjerna för hälso- och sjukvårdsdokumentation är kända och följs av legitimerad personal.

Verksamhetschefen ansvarar även för att egenkontroller görs av dokumentationen för att säkerställa att legitimerad personals journalföring uppfyller kraven i lagstiftningen och kraven i riktlinjerna för hälso- och sjukvårdsdokumentation.

En gång per år ska verksamheten göra en *utvärdering/en samlad bedömning av resultatet av egenkontrollerna*. Utvärderingen/den samlade bedömningen ska dokumenteras.

Av utvärderingen/den samlade bedömningen ska det framgå hur ofta och i vilken omfattning egenkontrollerna gjorts. Den samlade bedömningen ska också innehålla en åtgärdsplan vid konstaterade brister, en tidsplan för när bristerna ska vara åtgärdade och vem som ansvarar. Utvärderingen/den samlade bedömningen ska ingå i den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

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 lagstiftningen 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 (2017:30)
- Patientsäkerhetsförordning (2010:1369) 7 kap. 3§
- Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården

4. Journalföring

Journalen ska så långt möjligt upprättas i samråd med patienten. Hänsyn ska tas till patientens önskemål om vården.

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 värdeord.

- Socialstyrelsen, Nationell informationsstruktur, Processmodell för vård och omsorg https://informationsstruktur.socialstyrelsen.se/models

4.1 Journalens innehåll

Journalen ska innehålla uppgifter om:

1. patientens identitet
2. patientens kontakt- och närstående uppgifter
3. aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
4. utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa
5. ordinationer och ordinationsorsak,
6. resultat av utredande och behandlande åtgärder
7. slutanteckningar och andra sammanfattningar av genomförd vård
8. överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen,
9. komplikationer av vård och behandling,
10. vårdrelaterade infektioner
11. samtycken och återkallade samtycken
12. patientens önskemål om vård och behandling
13. de medicintekniska produkter som har förskrivits till, utlämnats till eller tillförts en patient på ett sådant sätt att de kan spåras
14. intyg, remisser och annan för vården relevant inkommande eller utgående information
15. tidpunkten för varje vårdkontakt som patienten haft eller som planeras,
16. vårdplanering
17. uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ.

Journalen ska även innehålla:

1. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
2. uppgift om ställd diagnos och anledning till mer betydande åtgärder

3. uppgift om en patient har beslutat att avstå från en viss vård eller behandling
4. 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.

I journalen finns det uppmärkssamhetsinformation om ”Varning” och ”Observandum”.

”Varning” – här dokumenteras endast läkarverifierade uppgifter om intolerans eller överkänslighet som innebär en allvarlig risk för patientens liv och hälsa.

”Observandum” – här dokumenteras uppmärksamhetsinformation om riskfaktorer som hälso- och sjukvårdspersonal måste uppmärksammas på för att berörd patient ska få adekvat hälso- och sjukvård.

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 gjorts och vem som har gjort den.

4.2 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.

Förkortningar och medicinska termer ska användas så lite som möjligt. Värdeord som till exempel bra, bättre, sämre, mindre och större bör inte användas alls.

4.3 Termer och begrepp

Uppgifterna i journalen ska så långt som möjligt dokumenteras med nationellt fastställda begrepp, termer och klassifikationer för att uppnå en gemensam informationsstruktur och därmed, i möjligaste mån minska risken för subjektiva tolkningar.

Socialstyrelsens termbank

För att försäkra sig om att uppgifterna i en patientjournal är entydiga bör termer och begrepp från socialstyrelsens termbank användas i möjligaste mån.

ICF

Den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) ska användas i 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
- https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/icf/
- KVÅ - Klassifikation av vårdåtgärder
- https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/kva/
- ICF och KVÅ i kommunal hälso- och sjukvård
- https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/kva-och-icf-i-halso-och-sjukvard/
- VIPS- boken, välbefinnande, integritet, prevention, säkerhet; Margareta Ehnfors, Anna Ehrenberg och Ingrid Thorell-Ekstrand, 2021

5. Personcentrerad vård

Personcentrerad 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.

Genom att ta reda på patientens tidigare hälsohistoria, vanor och livsstil, copingstrategier, yrke/utbildning och önskemål, inte minst om vården i livets slutskede ges förutsättningar för beslut om vårdens inriktning.

5.1 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 kroppsfunktion 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, mätningar, olika undersökningar, validerade bedömningsinstrument, information från journaler och legitimerad personals professionella 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 en hälsoplan ska upprättas 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 att kritiskt granska planerade och genomförda åtgärder.

Hälsoplan

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

Med hjälp av diagnosen kan legitimerad personal 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 insamlade 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 ordinationer/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/önskat hälsotillstånd

Målet för vården av patienten är det förväntade resultatet, det vill säga det hälsotillstånd man planerar att 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 önskemål om vad som ska uppnås med insatserna.

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 ordineras av respektive profession oberoende av läkare eller specialistsjuksköterska.

De åtgärder som ordineras av läkare eller specialistsjuksköterska kallas beroendeordinationer, vilket innebär att åtgärderna är beroende av annan ordinatör 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 baspersonal. 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 baspersonal.

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 den initiala bedömningen är av patientens hälsotillstånd 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 planerat hälsotillstånd uppnåtts. Ett nytt hälsotillstånd kan medföra nya ställningstaganden och nya 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.

5.2 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”.

Genomfört brytpunktssamtal ska dokumenteras i hälso-och sjukvårdsjournalen.

5.3 Epikris

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

6. Arkivering (bevarande)

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

7. Dokumentation vid planerade och oplanerade driftstopp

För att säkerställa hälso- och sjukvården vid planerade och oplanerade driftstopp ska följande uppgifter finnas i pappersform:

1. Person- och närståendeuppgifter, samtycken och medicinska diagnoser
2. Kartlagt hälsotillstånd och eventuell hälsoplan
3. Uppmärksamhetssignaler

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

Vid planerade eller oplanerade driftstopp ska dokumentationen 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.

8. 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 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 personer med funktionsnedsättning och daglig verksamhet.

8.1 Vård- och omsorgsboende

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

För *medboende* i vård- och omsorgsboende utan eget biståndsbeslut har verksamheten inte något hälso- och sjukvårdsansvar.

- Reviderade Riktlinjer för handläggning inom socialtjänstens äldreomsorg. Kommunfullmäktigebeslut 12 april 2021.

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 uppmärksamhetsinformationen ”Varning” och ”Observandum” dokumenteras för berörda patienter, om de är kända och 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 säkerställa 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.

Om det är möjligt ska 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 dokumenteras.

Mätvärden

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

Bedömningar

Nedanstående bedömningar ska erbjudas 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.

Genomförd läkemedelsgenomgång och brytpunktssamtal ska dokumenteras i hälso-och sjukvårdsjournalen.

8.2 Korttidsvård

För personer med biståndsbeslut om korttidsvård (boendebedömning/växelvård/avlastning) och behov av kommunala 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.

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

Inflyttningsdagen ska också uppgifter som rör *uppmärksamhetsinformationen* ”Varning” och ”Observandum” dokumenteras för berörda patienter, om de är kända och 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 säkerställa 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 patienten sköter hela eller delar av sin läkemedelshantering ska 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 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 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.

Genomförd läkemedelsgenomgång och brytpunktssamtal ska dokumenteras i hälso-och sjukvårdsjournalen.

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.

Genomförd läkemedelsgenomgång och brytpunktssamtal ska dokumenteras i hälso-och sjukvårdsjournalen.

Avslut av journal växelvård
För en patient med beslut om växelvård avslutas journalen inte mellan växelvårdsperioderna, utan först när beslutet upphör.

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 under Utförda bedömningar ”Tackar nej till bedömning enligt bedömningsinstrument”.

8.3 Servicehus
För personer med biståndsbeslut om servicehus ska journal upprättas i samband med inflyttning. ”Medboende” i servicehus, det vill säga makar eller sambor som bor tillsammans i en servicehuslägenhet omfattas också av kommunens hälso- och

sjukvårdsansvar, oavsett om enbart en av dem har det ”formella” biståndsbeslutet om boende i servicehus.

- Reviderade Riktlinjer för handläggning i socialtjänstens äldreomsorg. Kommunfullmäktigebeslut 12 april 2021.

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.

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

Uppgifter om ansvarig husläkare/vårdcentral/ läkarorganisation dokumenteras.

I samband med inflyttningen in ska också uppgifter som rör *uppmärksamhetsinformationen* ”Varning” och ”Observandum” dokumenteras för berörda patienter, om de är kända och 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 säkerställa 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.

Patienten kan välja att tacka ja eller nej till de erbjudna bedömningarna. Patientens val enligt alternativ 1-3 och om patienten inte har ett annat behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser avgör om journalen kan avslutas eller inte.

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 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.

Genomförd läkemedelsgenomgång och brytpunktssamtal ska dokumenteras i hälso-och sjukvårdsjournalen.

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.

8.4 Dagverksamhet

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

Finns ett behov av pågående kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser under 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 *uppmärksamhetsinformation*, det vill säga ”Varning” och ”Observandum ”ska dokumenteras för beröra patienter om de är kända och finns tillgängliga.

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

När ett behov av enstaka hälso- och sjukvårdsinsatser uppkommer under vistelsen ska journal upprättas och insatserna dokumenteras.

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

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

8.5 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 *uppmärksamhetsinformation*, det vill säga ”Varning” och ”Observandum” dokumenteras för berörda patienter, om de är kända och 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 säkerställa 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 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.

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.

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.

8.6 Bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning enligt LSS

För personer med funktionsnedsättning med biståndsbeslut om bostad med särskild service och behov av kommunala 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 *uppmärksamhetsinformation*, det vill säga ”Varning” och ”Observandum ”dokumenteras för berörda patienter, om de är kända och 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.

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.

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.

8.7 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

Finns ett *behov av pågående kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser* under vistelsen ska journal upprättas.

Journalen ska innehålla uppgifter om identitet, kontaktuppgifter till närstående/gruppbostad/servicebostad/hemtjänstutförare, LSS-hälsans sjuksköterska, vårdcentralens distriktssköterska/husläkare, 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 *uppmärksamhetsinformation*, det vill säga ”Varning” och ”Observandum ”ska dokumenteras för berörda patienter om de är kända och finns tillgängliga.

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

När ett behov av enstaka hälso- och sjukvårdsinsatser uppkommer under vistelsen ska journal upprättas och insatserna dokumenteras.

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

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

Bilagor

1. Upprättande av journal vård- och omsorgsboende
2. Upprättande av journal korttidsvård
3. Upprättande av journal servicehus
4. Upprättande av journal dagverksamhet
5. Upprättande av journal socialpsykiatriskt boende
6. Upprättande av journal i bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning
7. Upprättande av journal i daglig verksamhet
8. Journalblad vid driftsstopp