



## DOKUMENTATION I PROCAPITA HSL

---

**KONTAKTORSÅK** – Orsak till vårdkontakt som patient eller företrädare till patient anger, (enligt socialstyrelsen termbank). Ingen professionell bedömning.

**INSKRIVNINGSDATUM I VERKSAMHET** – inskrivningsdatum i specificerad verksamhet.

**UTSKRIVNINGSDATUM I VERKSAMHET** – utskrivningsdatum från specificerad verksamhet.

**SAMTYCKE** – för att bryta sekretessgränser. Patientens ord gäller i första hand. Vid akut situation får menprövning användas. Menprövning innebär att du som professionell bryter sekretessgränsen för patientsäkerheten. Samtycke ska tas och dokumenteras vid varje tillfälle som sekretessen bryts.

Samtycke för t ex omgivningsanpassning, uttryckligt, konkludent eller presumerat.

Patienten har fått information och lämnat sitt samtycke för t ex omgivningsanpassning.

**BAKGRUNDSINFORMATION** – Jämförbart med anamnes.

- o **Inkommande dokument från andra vårdgivare** – Inkommande journalanteckningar från andra vårdgivare. Skall dokumenteras med inkommande datum samt varifrån den kommer.
- o **Medicinska diagnoser** – Boendes medicinska diagnoser med verifiering av läkare och vårdinrättning.
- o **Hälsohistoria** – Patientens/närståendes beskrivning/ upplevelse av patientens hälsa. Inga professionella bedömningar eller påståenden.
- o **Överkänslighet** – Patientens egen upplevelse av överkänslighet. *Om överkänslighet är verifierad av läkare ska det skrivas under VAR-NING.*
- o **Pågående Vård** – Övrig aktuell hälso- och sjukvårdspersonal som är involverad i boendes vård.

**HÄLSOTILLSTÅND/KROPPSFUNKTIONER** – en del av status/utredning

Legitimerad personals hälso-och sjukvårdsbedömning fångar patientens Hälso-och sjukvårdsbehov.

Områden som skall bedömas:

- o Hälsotillstånd och kroppsfunktioner
- o Aktivitet och delaktighet
- o Omgivningsfaktorer
  
- o **Psykiska funktioner** – beskriver orientering, till tid, rum, person och minnesfunktioner, långtids- och korttidsminne. Sömn och vila, t ex. sömnvanor och sömnutrustning. Även psykiska funktioner såsom psykosociala funktioner, förmåga till interaktion, uppmärksamhetsstörning och psykisk stabilitet, lugn och samlad eller orolig, lättirriterad.
- o **Sinnesfunktioner och smärta** – beskriver förmåga att känna smärta i en eller flera kroppsdelar, samt övriga sinnesfunktioner (syn, hörsel, smak, lukt, beröring). Beskriver de kropps-liga funktionerna eller funktionsnedsättningar, ej hjälpmedel eller farmaka.
- o **Röst och talfunktioner** – beskriver rösten och dess funktionsnedsättningar, kvalitet, heshet. Artikuleringsfunktion beskriver t.ex. dysartri. I funktioner för språkbehärskning och rytm och tal beskriver t.ex. stamning, rörigt tal. T.ex. beskriva talet hos en strokepatient.
- o **Hjärt/kärl/blod/immun/andningsfunktioner** - beskriver hjärtats funktion och funktionsnedsättningar, hjärtfrekvens, takykardi, bradykardi, arytm, hjärtsvikt, koronarinsuff. Blodtrycksfunktion-er högt och lågt blodtryck. Blodkärlsfunktioner och funktionsnedsättningar, åderförkalkning, åderbräck, stoppförträngningar tromboembolism. Blodbildningsfunktioner beskriver koagulering, anemi, blödarsjuka. Immunologiska funktioner beskriver kroppens immun-reaktioner, överkänslighetsreaktioner och funktionsnedsättning, autoimmunitet, allergiska reaktioner. Andningsfunktion beskriver andningsfrekvens, rytm, djup och funktionsnedsättningar, apné, hyperventilering, lungemfysem. Förmågor beskriver t.ex känslan av att hjärtat hoppar över ett slag, oregelbunden hjärtrytm, tryck över bröstet, kvävningens känsla.
- o **Matsmältnings/ämnesomsättning/endokrina funktioner** - beskriver funktioner och funktionsnedsättningar vid intagande av föda. Att svälja, kräkas, födoämnesintolerans och aspiration av föda. Mun-och tandstatus, t ex protes, delprotes och svamp i mun-hålan. Beskriva typ av kost tex passerad kost, förtjockningsmedel. Avföring - konsistens, frekvens, förstoppning, diarré, inkontinens. Bibehålla vikt - (BMI), undervikt, övervikt, bantning. Förmågor som uppstår genom att äta, dricka. Halsbränna, illamående, gas-



bildning i magsäck. Vattenbalans såsom uttorkning eller vattenretention såsom svullna ben. Värmereglerande funktioner - höjd, sänkt kroppstemperatur. Endokrina funktioner såsom sköldkörtel-funktioner tex struma.

- o **Funktioner i köns och urinorganen samt reproduktiva funktioner** - beskriver funktioner och funktionsnedsättningar. T ex KAD, njursvikt, anuri, hinder i urinledare, urinerig, frekvens, inkontinens, resurin. Även förnimmelser som brännande känsla, känsla av fylld blåsa. Sexuella funktioner som tex. erektion och impotens.
- o **Neuromuskuloskeletal och rörelserelaterade funktioner** - beskriver funktioner och funktionsnedsättningar. Gångmönster - spastisk gång, hälta. Här skrivs fall, fallrisk, tremor, tics, stereo-typa rörelser, ofrivilliga rörelser, kontrakturer, spasticitet, för-lamning, kramper, ledstelhet och muskelsvaghet. Funktioner i leder och skelett, muskel-funktioner, rörelsefunktioner.
- o **Funktioner i huden** - beskriver funktioner och funktionsnedsättningar. Pigmentering, hudkvalité, sår, trycksår, svampinfektion, eksem, psoriasis och hudförtunning. Förnimmelse som klåda, brännande känsla, krypningar. Även funktioner i hår och naglar beskrivs här.

**AKTIVITET OCH DELAKTIGHET – en del av status/utredning** Legitimerad personals Hälsö- och sjukvårdsbedömning fångar patientens hälso- och sjukvårdsbehov.

Områden som skall bedömas:

- o Hälsotillstånd och kroppsfunktioner
- o Aktivitet och delaktighet
- o Omgivningsfaktorer

Aktivitet/aktivitetsbegränsning:

Aktivitet = en persons genomförande av en uppgift. Aktivitetsbegränsning = svårigheter en person har att genomföra en uppgift.

Delaktighet/delaktighetsbegränsning:

Delaktighet = en persons engagemang i en livssituation. Delaktighetsbegränsning = problem en person kan ha i engagemang i livssituationer.

- o **I lärandet och att tillämpa kunskap** - beskriver aktivitet/aktivitetsbegränsning samt delaktighet/delaktighetsbegränsning vad gäller lärande, tillämpning av inlärd

kunskap, tänkande, problemlösning, beslutsfattande. T ex se på TV, lyssna på radio. Kognitiv förmåga.

- o **Allmänna uppgifter och krav** - beskrivs aktivitet/aktivitetsbegränsning samt delaktighet /delaktighetsbegränsning vad gäller allmänna aspekter på att genomföra enstaka eller mångfaldiga uppgifter, organisera arbets-gång och hantera stress. Självständigt eller i grupp. Tex. att kunna anpassa sin egen aktivitetsnivå, hantera och fullfölja dagliga rutiner. I FÖRSTA HAND EN RUBRIK FÖR ARBETSTERAPEUTEN
- o **Kommunikation** - beskriver aktivitet/aktivitetsbegränsning samt delaktighet/delaktighetsbegränsning i att kommunicera. Att själv förstå det talade språket, att kunna tala. Kommunikationshjälpmedel t.ex. hörapparat, glasögon. Kommunikationsmetoder t.ex. teckenspråk.
- o **Förflyttning** - beskriver aktivitet/aktivitetsbegränsning samt delaktighet/delaktighetsbegränsning i att förflytta sig. Att förflytta sig självständigt i sittande ställning - t.ex. från säng till rullstol, att gå kortare sträckor, att gå i trappa, att åka rullstol, att gå med rullator.
- o **Personlig vård** - beskriver aktivitet/aktivitetsbegränsning samt delaktighet/delaktighetsbegränsning i att sköta sin personliga vård. Bada, duscha, torka sig torr med handduk. Sköta hud, hår, tänder. Klä sig rätt, klä sig efter klimat. Föra mat till munnen, skära upp mat, hälla upp dryck, öppna flaskor. Hjälp med tex. matning, toaletträning, duschning, blöjbyte och personlig hygien. Kontrollera sin urinering, avföring.
- o **Hemliv** - beskriver aktivitet/aktivitetsbegränsning samt delaktighet/delaktighetsbegränsning i att genomföra husliga och dagliga sysslor och uppgifter. Bereda måltider, tvätta kläder, städa bo-staden, laga kläder, ta hand om växter och djur. Vara engagerad i sina hushållsmedlemmars och andras välbefinnande. Hjälpa andra.
- o **Mellanmänskliga interaktioner och relationer** - beskriver aktivitet/aktivitetsbegränsning samt delaktighet /delaktighetsbegränsning i samspelet mellan människor, kända eller okända människor på ett lämpligt och socialt passande sätt. Att visa respekt, värme, att svara på kritik och sociala signaler, att använda lämplig fysisk kontakt. Att ha otvungna relationer med personer man bor tillsammans med, grannar, bekanta, kamrater. Släktrationer i kärn-, foster-, adoptiv-, och styvfamilj samt mer avlägsna släktrationer.
- o **Viktiga livsområden** – beskriver aktivitet/aktivitetsbegränsning samt delaktighet/delaktighetsbegränsning i att engagera sig och

utföra sådana uppgifter och handlingar som krävs vid utbildning, arbete, ekonomiska transaktioner. Här dokumenteras nuvarande och tidigare yrken.

- o **Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv** - beskriver aktivitet/aktivitetsbegränsning samt delaktig-het/delaktighetsbegränsning som krävs för att engagera sig i ett organiserat socialt liv utanför familjen. Engagera sig i lek, sport, kultur, hantverk, hobby, umgänge. Organiserad religion och andlighet, gå till kyrka, tempel, synagoga, moské, be och sjunga av religiösa skäl.

#### **OMGIVNINGSAKTORER – en del av status/utredning**

Legitimerad personals hälso-och sjukvårdsbedömning fångar patientens Hälso-och sjukvårdsbehov.

##### Områden som skall bedömas:

- o Hälсотillstånd och kroppsfunktioner o Aktivitet och delaktighet
- o Omgivningsfaktorer  
Omgivningsfaktorer beskriver olika faktorer i omgivningen antingen underlättande + eller hindrande
- o **Produkter och teknik** - Här dokumenteras alla hjälpmedel. Tex. gånghjälpmedel, special madrasser, rullstolar ANVÄNDS MEST AV SJUKGYMNAST OCH ARBETSTERAPEUT.
- o **Naturmiljö och mänskligt skapande miljöförändringar** - Används normalt inte av ssk
- o **Personligt stöd och personliga relationer** – Här dokumenteras patientens sociala kontaktnät. Anhöriga, vänner, gode män, husdjur.
- o **Attityder** - Här beskrivs patientens sociala förmåga, sociala stöd och hur det påverkar patienten. Här beskrivs även hur kultur, värderingar, religion påverkar patienten.
- o Service, tjänster, system och policier inom hälsovård - För närvarande inte aktuellt att dokumentera här.

#### **BEDÖMNINGAR FRÅN BEDÖMNINGSMODULEN**

Då en bedömning gjorts i bedömningsmodulen som är kopplad till Hälso-och sjukvårdsjournalen kommer här automatiskt en journalanteckning om att bedömningen är gjord och av vem samt antal poäng som bedömningen visat.

#### **BEDÖMA BEHOV AV ÅTGÄRDER**

En samlad bedömning av patientens hälso- och sjukvårdsbehov utifrån de legitimerades specifika yrkesprofession.

##### Bedömning:



- o Hälso- och sjukvårdsbedömning utförd (ex. inga läkemedel, inga rehabbehov):  
**INGEN ÅTGÄRD**
- o Hälso- och sjukvårdsbedömning utförd: **ÅTGÄRD**

**HÄLSOPLAN** - Detta sökord hanterar gammal omvårdnadsdiagnos, problemformulering och funktionsdiagnos.

- o **Mål** - skall vara realistiskt, mätbart samt att tidpunkt för utvärdering skall anges.
  - o **Måluppfyllelse** - Här väljer du ett av alternativen under frastexter. Alternativen du har att välja på är: Målet är uppfyllt eller målet är inte uppfyllt
  
  - o **Vårdplanering: Deltagare:** Minst 1 leg. och patient och/ eller närstående
  - o **Kort vårdplanering:** Minst 2 leg närvarande. Ingen patient deltar. Kollegialt samtal, resonemang och analys.
  - o **Vård- och omsorgsplanering:** Minst 1 från SoL/ LSS samt minst 1 leg. samt patient och/ eller närstående.
  - o **Teamkonferens/rehabmöte:** Ingen kallas speciellt utan det som är på enheten "varje torsdag kl 14.00 är med " Gäller både deltagare från SoL/LSS och HSL. Patient och/eller närstående är inte med.
  - o **Utskrivningsplanering (utskrivning från sjukhus):** Så fort en bo-ende blir inlagd på klinik så påbörjas utskrivningsprocessen hos oss. All utbyte av information mellan dig och kliniken skrivs under utskrivningsprocessen som är en del av frastexten under plane-ring.
  - o **Brytsamtal:** Ställningstagande för palliativ vård tas. Läkare, ssk, anhörig och patient deltar.
  - o **Ankomstsamtal:** Den boende, närstående, kontaktperson, rehab-personal, verksamhetschef och sjuksköterskan inbjudes. Sjuksköterskan är kallande.
  - o **Konsultkontakt:** externa vårdkontakter. T ex. röntgenundersökning, endoskopi, pacemakermott.
  
  - Telefonkontakt** = Du och läkaren pratar OM patienten per telefon.
  - Läkarkontakt** = Du och läkaren pratar OM patienten och befinner er i samma rum.
  - Läkarbesök** = Patienten och läkaren befinner sig i samma rum.
- Orsak till läkarkontakt**
- Det måste finnas beskrivet i utredningen, det som föranleder att du vill ha en läkarkontakt, t ex såret där infektion tillstött, andningspåverkan etc.

**Läkaren ordinerar**

- Här skriver du det läkaren ordinerar, tex smärtstillande minskar se

Im lista, observera blodtrycket under två veckor morgon/kväll. Får ej överstiga x/x.

**NÄRSTÅENDEKONTAKT** - Här dokumenteras när närstående kontaktar oss då det gäller allmänna frågor om boendes hälsa. T ex. " Hur mår mamma idag?" undrar dotter.

**ORDINATION BEHANDLING** - Här dokumenteras: ordinationer av behandlingar, t ex sårvård, nutritionsbehandling, stödstrumpor, munvård vid peg.

- o **Resultat behandling** - Här dokumenteras resultatet av behandlingen.

**ORDINATION TRÄNING** - Här dokumenteras sådant som patienten tränas att klara själv. Exempel: Ta insulin, ta på stödstrumpor, balansträning, förflyttningsträning, ADL-träning.

- o **Resultat träning** - Här dokumenteras resultatet av träningen.

**ORDINATION INFORMATION/UNDERVISNING/HANDLEDNING** - Här dokumenteras information, undervisning, handledning och demonstration till patient eller närstående. Exempel; Undersökning, Behandling, Farmaka, Stomivård och Kost.

- o **Resultat information/undervisning/handleddning** - Här dokumenteras när ordinationen är utförd och resultatet.

**ORDINATION LÄKEMEDELSHANTERING** - Här dokumenteras administrering av läkemedel, apodos, telefonordination, dosettindelning.

- o **Resultat läkemedelshantering** - Här dokumenteras när ordinationen är utförd.

**ORDINATION PROVTAGNING** - Här dokumenteras provtagningar och odlingar - blod, urin, faeces och sår.

- o **Resultat provtagning** - Här dokumenteras när prover är taget. Här dokumenteras inte resultatet utan resultatet blir provsvaret som kommer från lab och sätts i läkarpärmen.

**ORDINATION SPECIELL OMVÅRDNAD** - Här dokumenteras speciell omvårdnad initierad av sjuksköterska eller ordination ofta i samband med teknisk utrustning. T ex. Sond, PAC, kanyl, dränage, syrgasbehandling och skötsel av teknisk apparatur.

- o **Resultat speciell omvårdnad** - Här dokumenteras utvärdering av ordinationen

**ORDINATION OBSERVATION/ÖVERVAKNING/SKYDDSÅTGÄRD** - Här dokumenteras: det som ska observeras och övervakas. Puls, blod-tryck, temp, vätskelistor osv. Här dokumenteras ordinerade skyddsåtgärder. Sänggrind, larmmatta osv.



o **Resultat observation/övervakning** - Här utvärderas resultatet av ordinationen.  
**ORDINATION VB-LÄKEMEDEL** - Här dokumenteras VB-ordinationer av läkemedel.

- o **Händelse VB-läkemedel** - Här dokumenteras orsaken till att VB läkemedlet används.
- o **Resultat VB-läkemedel** – Utvärdering av VB-läkemedlet. Kan vara efter ett enstaka tillfälle eller efter en längre tids användande.  
Tex. enligt signeringslistan har boende behövt 4 tabletter Alvedon 15 dagar under en månad därför sätts nu tablett Alvedon in i APO.

**ORDINATION KAD** - Här dokumenteras KAD insättning och om patienten har KAD vid ankomst.

- o **Händelse KAD** - Här registreras händelser som kan ske när KAD är satt.
- o **Resultat KAD** - Här dokumenteras resultatet av kateterspolning, kateterinsättning, kuffning.

**ORDINATION HJÄLPMEDEL** - Används vid ordination/beställning av hjälpmedel, t ex behandlande madrass.

- Händelse hjälpmedel** - Här dokumenteras händelser kopp-lade till hjälpmedel tex lagning, anpassning på befintligt hjälpmedel.
- o **Resultat hjälpmedel** - Här utvärderas hjälpmedlet och ev händelser.

**ORDINATION I LIVETS SLUT** - Här dokumenteras vård och omvårdnad i det palliativa skedet.

- o Utfört - Här dokumenteras när ordinationen är utförd.

**EGEN VÅRD** -Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att fatta beslut om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan bedömas och utföras som egenvård enligt SOFS 2009:6. Bedömningen ska göras i samråd med den enskilde och utifrån dennes fysiska och psykiska hälsa samt med hänsyn till livssituationen i övrigt. Bedömningen ska dokumenteras och följas upp av hälso- och sjukvården.

**MÄTVÄRDEN** - Här dokumenteras resultat av prov och kontroller. Mät-värden kan också dokumenteras på signeringslistan som sätts i patientens journalpärm. T.ex. om man tar blodtryck under en veckas tid.

**EPIKRIS** - Epikris skrivs när boende flyttar till annat boende. Epikris skrivs inte när boende avlider.

**MAS DOKUMENTATION** – Här kan endast Medicinskt Ansvarig Sjuk-sköterska dokumentera.

**AVLIDEN** - Här dokumenteras händelser kring dödsfallet. Avliden datum, Avliden klockslag, Dödsfallet konstaterat av, Närvarande, Närstående





kontaktade, Transport, Värdesaker, Apodos avslutad, Boendesamordnare faxad, Övrig viktig information.