

---

# Informationsöverföring mellan kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst

## Inledning

Informationsöverföring är viktig för att säkerställa att alla som deltar i vård och behandling har tillgång till den information som behövs för att ge god vård.

I hemsjukvårdspärmen finns information kring hälso- och sjukvårdsåtgärder. Inför varje besök ska du läsa i hemsjukvårdspärmen, för att bli uppdaterad gällande eventuella förändringar.

## Informationsöverföring mellan legitimerad personal och omsorgspersonal

Ur ett patientsäkerhetsperspektiv är det viktigt att **all informationsöverföring sker muntligt och så snart som möjligt** (så man vet att informationen är mottagen och inte blir liggande oläst på en blankett). **Kompletera den muntliga informationsöverföringen med skriftlig information.**

### Information från omsorgspersonal till legitimerad personal

Vid kontakt används med fördel SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning), som är ett stöd för strukturerad kommunikation.

Vid förändrat hälsotillstånd, nytt behov eller överföring av annan viktig information eller iakttagelse som påverkar den enskilde, ska muntlig kontakt tas med legitimerad personal. Se riktlinje för kontakt med legitimerad personal. Legitimerad personal dokumenterar informationen i patientjournalen och tar ställning till om åtgärder krävs.

Information om att kontakt är tagen och med vem, samt svar dokumenteras av omsorgspersonal i daganteckningarna i den sociala journalen.

### Information från legitimerad personal till omsorgspersonal

I hemsjukvårdspärmen lämnar legitimerad personal skriftlig information om de hälso- och sjukvårdande åtgärder som gäller för patienten; ordinationer, vårdplaner och instruktioner för utförandet. Information om att nytt material satts in i pärmen lämnas muntligen till omsorgspersonal. Legitimerad personal dokumenterar i patientjournal vilken information som lämnats.

Omsorgspersonal skriver i daganteckningen: ”ny information att läsa i hemsjukvårdspärmen”. Om det dröjer innan ny skriftlig information kan sättas in i hemsjukvårdspärmen av legitimerad

personal, kan i undantagsfall omsorgspersonal notera hälso- och sjukvårds-åtgärden i hemsjukvårdspärmen, under flik 3 eller 4.

## Dokumentation av informationsöverföring

### Social dokumentation

Inom socialtjänst ska händelser av vikt alltid dokumenteras i den enskildes sociala journal. Att informationsöverföring har skett mellan legitimerad personal och omsorgspersonal, är en sådan händelse som ska dokumenteras.

Vid dokumentation av informationsöverföring är det viktigt att anteckna namnet på den man pratat med, när informationen togs emot eller lämnades och hur kontakten har skett (t.ex. per telefon). Detta görs i daganteckningarna i den sociala journalen av omsorgspersonal.

### Hälso- och sjukvårdsdokumentation

Sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast dokumenterar i patientjournal.

Vid dokumentation av informationsöverföring är det viktigt att anteckna namnet på den man pratat med, när informationen togs emot eller lämnades och hur kontakten har skett (t.ex. per telefon). Detta görs i patientjournal av legitimerad personal. Utöver detta dokumenteras bedömning av den inkomna vårdbegäran samt vilka åtgärder som vidtas.

### Hemsjukvårdspärm

I denna pärm ska information gällande hälso- och sjukvård samlas, se innehållsförteckning i Styrande dokument:

- Exempelvis ordinationer, vårdplaner och instruktioner från legitimerad personal (ska alltid lämnas skriftligt)
- Signeringslistor

### Omsorgspersonalens hälso- och sjukvårdsdokumentation

Utförd hälso- och sjukvårdsåtgärd signeras av omsorgspersonal på signeringslista. Signeringslistorna är en del av patientjournalen.

Om åtgärden inte kan utföras noteras detta på signeringslistan, samt att legitimerad personal kontaktas för ställningstagande till eventuella åtgärder.

OBS! Iakttagelser eller kommentarer dokumenterade på signeringslistor ersätter inte muntlig kontakt.

När ett läkemedel ordineras vid behov, görs anteckningen på ”vid-behovslista”.

## Var går gränsen mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst?

Information om hälsotillstånd är inte hälso- och sjukvårdsdokumentation utan en uppgift som antecknas i daganteckningarna (t.ex. att någon har feber). Det blir hälso- och sjukvårdsdokumentation först när leg personal gjort en bedömning och givit en instruktion/ordination.

*Exempel 1: Om en persons hälsotillstånd förändras, ex får feber, skriver omsorgspersonal denna observation i daganteckningarna och att sjuksköterska har kontaktats. De åtgärder som sjuksköterskan bedömer att omsorgspersonal ska utföra är hälso- och sjukvårdsåtgärder och ordinationen, vårdplan, eventuell instruktion och signeringslista ska sättas in i Hemsjukvårdspärmen. Muntlig informationsöverföring sker till omsorgspersonal.*

*Omsorgspersonalen dokumenterar hälso- och sjukvårdsåtgärderna genom att fylla i signeringslistan.*

*Sjuksköterskan dokumenterar sin bedömning i patientjournalen, eventuella åtgärder samt vem som ska utföra åtgärden.*

*Exempel 2: Instruktion till omsorgspersonal att inspektera huden. När behov av fortsatt uppföljning av huden konstateras vid patientbesök, ska ordination, vårdplan, eventuell instruktion och signeringslista sättas in i Hemsjukvårdspärmen och muntlig informationsöverföring ske till omsorgspersonal. Kom även överens om på vilket sätt omsorgspersonal ska återkoppla till ordinatören.*

Styrande dokument för rutinen:

- Riktlinje för ordination och delegering
- Riktlinje för kontakt med sjuksköterska
- Riktlinje för kontakt med arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast
- Hemsjukvårdspärm

---

Dokumentet gäller för  
Dokumenttyp: Rutin  
Giltighetstid: Tills vidare

Senast reviderad: 2020-08-31

Upprättad av: Medicinskt ansvariga (MAS och MAR)  
Socialt ansvariga socionomer (SAS) samt  
Verksamhetschefer enligt HSL  
Dokumentansvarig: Sektorschefer IFO/FH samt ÄO/HS