

Dokumentationsrutin, Kvinnofridsmottagningen

Innehållsförteckning

Syfte och omfattning.....	1
Bakgrund.....	1
Roller och ansvar.....	2
Patientkort	2
Dokumentation i ett Vårdåtagande	2
Akuta sexuella övergrepp.....	2
Standardiserad vårdplan vid akut sexuellt övergrepp.....	3
SVP Sexuellt övergrepp, akut	3
Infoinsamling SSK KFE - sökord	3
Våld i nära relation -	4
Besök.....	4
S Konsultation SSK Kvinnofridsmottagningen.....	7
Samordnad individuell plan (SIP), Dokumentation, Kvinnofridsmottagningen.....	7
Referenser	8
Externa styrande dokument	8

Syfte och omfattning

Syftet med detta dokument är att beskriva hur sjuksköterskor på Kvinnofridsmottagningen skall dokumentera akuta sexuella övergrepp och dokumentera besöksanteckningarna för våld i nära relationer i journalsystemet Cosmic.

Bakgrund

Vårdokumentation avser all patient- och vårdrelaterad information som är av betydelse för en god och säker hälso- och sjukvård. Det finns i Sverige lagar och förordningar samt föreskrifter som reglerar vilken dokumentation som skall upprättas i samband med vård av patienter.

Vid all vård av patienter skall det alltid föras en patientjournal med tydlig omvårdnadsdokumentation där det framgår viktiga uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten.

Patientens personuppgifter skall behandlas på ett sätt som gör att patientens integritet respekteras.

Den som dokumenterar i patientjournalen ansvarar för att uppgifterna är korrekta och har också ett ansvar att signera efter att dokumentationen är klar.

Omvårdnadsdokumentationen strävar efter att vara enhetlig. All omvårdnadspersonal skall därför dokumentera på samma sätt och följa en gemensam struktur enligt detta dokument.

Roller och ansvar

Verksamhetschefens ansvar är att:

- Lagar och författningar följs

Avdelningschef/chefen för enhetens ansvar är att:

- Lagar och författningar följs
- Enheten arbetar för enhetlig dokumentation

Sjuksköterskans ansvar är att:

- Lagar och författningar följs
- Dokumentation utförs enligt fastställda dokumentationsriktlinjer

Patientkort

I patientkortet skall patientens senast kända adress anges samt andra kontaktuppgifter som senast kända telefonnummer. Kontrolleras vid varje besök.

Dokumentation i ett Vårdåtagande

Vid ett nytt vårdtillfälle skapas ett nytt Vårdåtagande i Cosmic. Den administrativa delen av vårdåtagandet har rubriken *VP Kvinnofridsmottagningen*. Om patienten tidigare haft kontakt med Kvinnofridsmottagningen och patienten sedan söker kontakt på grund av en ny händelse skapas ett nytt Vårdåtagande.

- Vårdåtagande startas i Cosmic av medicinsk sekreterare,
- Vid möte med patienten välj mallen *Infoinsamling SSK KFE* för att fylla i anamnes och status. Därefter välj och signera in den standardiserade vårdplanen *SVP Sexuella övergrepp, akut*.

SVP avslutas efter att patienten tagit uppföljande 3 månaders-prover. Fortsätter samtalskontakten skrivs fortsatt dokumentation i mallen *S Besök SSK Kvinnofridsmottagningen* (Se sida 4). Om patienten även lever i våld i nära relation skall dokumentationen ske i besöksanteckningar medan standardåtgärder relaterat till det akuta sexuella övergreppet endast dokumenteras i standardvårdplan.

Akuta sexuella övergrepp

Alla kvinnor som utsatts för ett akut sexuellt övergrepp skall erbjudas medicinsk och psykosocial uppföljning via Kvinnofridsmottagningen och ska omhändertas enligt dokumentet "Uppföljning, akut sexuellt övergrepp, kvinna över 18 år". Akut sexuellt övergrepp avser att det inte gått mer än 10 dagar sedan det sexuella övergreppet skett samt att uppföljningen följer en standardiserad vårdplan i samband med etablerad kontakt på Kvinnofridsmottagningen.

Standardiserad vårdplan vid akut sexuellt övergrepp

SVP Sexuellt övergrepp, akut

Syftet med den standardiserade vårdplanen är att följa upp målbeskrivningen och vårdåtgärderna samt öka patientsäkerheten och patientens delaktighet. Det är i vårdplanen som den största delen av omvårdnadsdokumentationen sker för patienter som utsatts för akut sexuellt övergrepp.

Målen i standardvårdplanen utvärderas och åtgärderna dokumenteras som utförda eller inte utförda. Det finns också utrymme att skriva fritext i vårdplanen under varje åtgärd och eller mål.

Infoinsamling SSK KFE - sökord

Samtycke

Patientens samtycke till att personal vid kvinnofridsmottagningen tar del av vårddatainformation om patienten från annan vårdgivare.

ID-kontroll

Patientdokumentationen skall alltid innehålla en tydlig personidentifikation

Närvarande

Här dokumenteras vilka personer som är närvarande under samtalet, även tolk som är med via telefon.

Kontaktsätt

Här dokumenteras på vilket sätt patienten får kontakt med kvinnofridsmottagningen t ex remiss, egen kontakt, inkommer med polis.

Kontaktorsak

Här dokumenteras kortfattat anledningen till vårdkontakten t ex nybesök eller återbesök.

Anamnes

Här dokumenteras bakgrunden till vården, det som handlar om patientens hälsa och livssituation före det aktuella vårdtillfället. Här dokumenteras även bakgrunden för fortsatt bedömning, planering och vård.

Aktuellt hälsoproblem

Aktuellt problem som är relaterat till patientens hälsa och som uppfattas av hälso- och sjukvårdspersonal.

Våldsutsatthet i nära relation

Dokumentation av aktuellt våld och tidigare våld i nära relation. Sexuella övergrepp dokumenteras under sexuellt våld. Ange även om det finns barn som upplevt våld i familjen.

Andra hälsoproblem

Andra hälsoproblem som påverkar patientens hälsotillstånd.

Hälsohistoria

Information om tidigare hälsotillstånd, ohälsa och sjukdomar.

Ärftlighet

Hälsoproblem hos barn, syskon, föräldrar och tidigare generationer.

Överkänslighet

Allergier och överkänslighet.

Socialt

Här beskrivs en sammanfattning av levnadsförhållanden

Status

Information om hälsotillstånd och förhållanden under aktuell vårdkontakt. Det kan uttryckas som vårdpersonalens tolkning eller uppgift eller patientens egen uppgift.

Traumarelaterat problem

Problem relaterat till upplevt trauma.

Emotionellt

Sinnesstämning, känslor, upplevelser, reaktioner. Sjukdomsupplevelser. Motivation och uthållighet. Orientering till tid, person och situation.

Suicidriskbedömning

Bedömning av suicidrisk. Risk för självdestruktiv handling som kan leda till döden. Suicidrisk bedöms med hjälp av suicidstegen; nedstämdhet/hopplöshet, dödstankar, dödsönskan, suicidtankar, suicidplaner.

Risikfaktorer för suicid dokumenteras här, detta kan exempelvis vara tidigare suicidförsök, psykisk sjukdom, arbetslöshet, begränsat socialt nätverk. Även skyddande faktorer för suicid dokumenteras här, exempelvis bra socialt nätverk. Vid behov görs också en krisplan.

Fysisk aktivitet

Kroppsrörelser som påverkar hälsa och välbefinnande. Aktivitet samt frekvens av aktivitet.

Hjärta/cirkulation

Beskrivning av problem kopplat till cirkulation till exempel blödning eller kroppstemperatur. Blodtryck och puls antecknas.

[Registring av given vård](#)

Diagnos & åtgärdskod

Huvuddiagnos är det tillstånd som är den huvudsakliga anledningen till vårdkontakt.

Åtgärdskod sätts vid telefonbesök samt vid orosanmälan eller vid konferens tillsammans med patienten och andra instanser.

Våld i nära relation - Besök

Vid våld i nära relation och sexuellt övergrepp som inte är akut görs dokumentationen i mallen *S Besök SSK Kvinnofridsmottagningen*. Dessa patienter följs upp med nybesök, korttidsuppföljning och långtidsuppföljning tillsammans med våldsanamnes enligt rutin.

Patientens anamnes dokumenteras i Cosmic enligt nedan.

Patientens våldsanamnes skannas in tillsammans med ifyllda självskattningsskalor.

[Anamnes](#)

Här dokumenteras bakgrunden till vården, det som handlar om patientens hälsa och livssituation före det aktuella vårdtillfället. Här dokumenteras även bakgrunden för fortsatt bedömning, planering och vård.

Aktuellt hälsoproblem

Aktuellt problem som är relaterat till patientens hälsa och som uppfattas av hälso- och sjukvårdspersonal. Här dokumenteras med fasta val de symtom patienten har relaterat till våldet. I fritext skrivs mer detaljerat hur patienten upplever dessa symtom.

Tidigare hälsoproblem

Problem som patienten haft före aktuell vårdkontakt som är relaterat till patientens hälsa.

Våldsutsatthet i nära relation

Aktuellt våld och tidigare våld i nära relation samt om det finns barn som upplevt våld i familjen. Sexuella övergrepp dokumenteras under sexuellt våld.

Social miljö

Här beskrivs en sammanfattning av levnadsförhållanden.

Här dokumenteras med fasta val om patienten har kontakt med Kvinnojour, Brottsofferjour, Mottagningen mot våld i Uppsala eller andra kontakter.

Relationer

Här dokumenteras roller, interaktioner. Självuppfattning. Personlig integritet. Social förmåga, socialt stöd, arbetsförmåga.

Här dokumenteras patientens relation till förövaren med fasta val.

Uppväxtförhållanden

Beskrivning av patientens barndoms- och uppväxtförhållanden.

Familj

Beskrivning av patientens familjeförhållanden. Uppgifter om civilstånd, barn och familjemedlemmar.

Socialt nätverk

Sociala kontakter och relationer.

Boende

Uppgifter om boende och boendeförhållande. Information om typ av bostad samt information om annan boendeform är aktuell, exempelvis behandlingshem.

Här dokumenteras med fasta val hur patientens boendesituation ser ut.

Arbete/sysselsättning

Information om nuvarande och tidigare arbete eller sysselsättning. Här dokumenteras också arbetsförhållanden, sjukskrivning eller pågående studier.

Fasta val används vid dokumentation.

Ekonomisk situation

Aktuella omständigheter gällande den ekonomiska situationen.

Livsstil

Sätt att leva sitt liv, olika beteendemönster, intressen, värderingar, kultur, religion, kultur.

Kommunala insatser

Hjälpinsatser från kommun, eventuella anpassningar i bostaden pga. Funktionshinder. Stöd i vardagen.

Myndighetskontakter

Kontakter med olika myndigheter, exempelvis socialtjänst, försäkringskassa, kriminalvård eller arbetsförmedlingen.

Här dokumenteras vilka myndighetskontakter patienten har med fasta val.

Anmälningsskyldighet

Skyldighet att anmäla till myndighet. Bland annat anmälan till socialtjänsten vid misstanke om barn som far illa. Enligt SoL 14§1.

Polisanmälan

Information om polisanmälan och dokumentation om anmälan gjorts eller inte. Fasta val används vid dokumentation.

Juridiskt

Information om vårdnad av barn, bodelning och övriga juridiska frågor.

Här dokumenteras eventuella skyddsåtgärder. Fasta val använd vid dokumentation.

Levnadsvanor

Levnadsätt och beteenden som patienten själv kan påverka. Alkoholvanor, matvanor, tobak och fysisk aktivitet.

Status

Information om hälsotillstånd och förhållanden under aktuell vårdkontakt baserat på patientens berättelse eller resultat efter ifyllda självskattningsskalor.

Psykosocialt

Information om psykosociala förhållanden. Exempelvis relationer, känslor och upplevelser. Här dokumenteras också sinnesstämning, emotionellt och oro.

Sömn

Information om sömn och vila. Här dokumenteras också hälsotillstånd som kan kopplas till sömnbesvär. Rutiner och vanor.

Smärta

Information om lokalisation eller karaktär av smärta. Här dokumenteras också hur patienten hanterar sin smärta samt om smärtan är akut eller långvarig. Akut smärta bedöms med skattningsskala, exempelvis Visuellt analog skala (VAS).

Sexualitet

Problem relaterat till sexualitet och samlevnad. Intima relationer.

Kommunikation

Här dokumenteras patienten förmåga till att bli förstådd eller förstå. Medvetandepåverkan eller förvirring. Förmåga till uppmärksamhet. Orientering till tid, rum, person och situation.

Funktionsnedsättning som kan vara av betydelse för kommunikationen, exempelvis syn, hörsel, tal.

Hjälpmiddel som exempelvis glasögon eller hörapparat.

Nutrition

Information om intag av mat och dryck. Information om matintaget är regelbundet samt litet eller stort matintag. Viktnedgång eller viktuppgång. Aptit. Nutritionsproblem som är orsakade av sjukdom, miljö, mat eller behandling. Kulturella eller religiösa företeelser som kan påverka matintag. Självsvält, hetsätning, kräkningar.

Bedömning

Vårdpersonalens analys och bedömning efter insamlad information.

Riskbedömning

Riskbedömning för partnervåld. Här dokumenteras om det finns risk för framtida partnervåld samt vilka skyddsfaktorer och riskfaktorer som finns. Här dokumenteras också vidtagna skyddsåtgärder.

Riskbedömning görs med hjälp av SARA- riskbedömning, resultatet dokumenteras här och blanketter för SARA- riskbedömning läggs för inskanning i Kosis.

Här dokumenteras förövarens situation med fasta val.

Bedömningsinstrument/resultat

Resultat från bedömningsinstrumenten HAD, IES-R, ISS, GHQ-12, WHOQOL BREF.

Här dokumenteras med fasta val om skattningsskalor ej inkommit samt orsak till om de ej fylls i.

Mål

Målbeskrivning av eftersträvat tillstånd i mätbara termer som förväntas uppnås efter vidtagna åtgärder.

Åtgärder

Insatser från vården med syfte att förebygga, bota eller lindra hälsoproblem. Åtgärden kan vara bland annat samordna/planera, utbilda, informera eller behandla.

Bedömningsinstrument

Information om bedömningsinstrument som lämnats ut till patienten.

Behandling

Åtgärder i syfte att behandla och förebygga hälsoproblem och sjukdomar. Krisintervention, Bearbetande/terapeutiska samtal, Stödsamtal/Motivationsamtal.

Information

Uppgifter om vilken information som givits till patienten, företrädare för patienten, anhörig eller andra personer i patientens omgivning.

Levnadsvanor

Levnadsätt och beteenden som patienten själv kan påverka. Alkoholvanor, matvanor, tobak och fysisk aktivitet.

Samordning

Samordning av insatser från andra vårdgivare eller närstående. Samordning kan vara bland annat nätverksmöten.

SIP- möten dokumenteras i blankett: SIP- planeringsdokument_ Region Uppsala. Här dokumenteras även hänvisning till blanketten.

Nätverksarbete

Socialt nätverksarbete.

Utbildning

Förmedla kunskap på ett systematiskt sätt. Utbildning kan ges till patienten, anhörig eller andra personer i patientens omgivning för att stärka patientens möjlighet till egenvård.

Planering

Övergripande överenskommelse mellan vårdpersonal och patienten för att hjälpa patienten till eftersträvat tillstånd.

Uppföljning

Åtgärd eller insats efter denna vårdkontakt. Återbesökstid, telefonkontakt, hembesök, överföring till annan vårdgivare.

Här dokumenteras med fasta val om patienten tackar ja till att delta i korttidsuppföljning och långtidsuppföljning samt vilken kontaktväg patienten önskar för detta.

Registrering av given vård

Diagnos & åtgärdskod

Huvuddiagnos är det tillstånd som är den huvudsakliga anledningen till vårdkontakt. Åtgärdskod sätts vid telefonbesök samt vid orosanmälan eller vid konferens tillsammans med patienten och andra instanser.

Remiss till

Information om att remiss skickats och till vilken enhet samt frågeställning.

Korrespondens

Information om vilka intyg, brev eller annan korrespondens som skrivits angående patienten under vårdkontakten.

S Konsultation SSK Kvinnofridsmottagningen

Vid konsultation på sjukhuset används mallen Konsultation SSK Kvinnofridsmottagningen.

Samordnad individuell plan (SIP), Dokumentation, Kvinnofridsmottagningen

Vid SIP- möte som initieras av Kvinnofridsmottagningen väljs besöksanteckning och dokumentation sker under samordning med hänvisning till blankett: SIP- planeringsdokument_ Region Uppsala.

Välj blankett SIP- planeringsdokument_ Region Uppsala under blanketter i Cosmic.

Vid SIP- möten som initierats av annan instans väljs mallen S Administrativ Kvinnofridsmottagningen. Dokumentation sker under sökordet samordning med hänvisning till inskannat material från sammankallande instans.

Diagnos & åtgärdskod

Huvuddiagnos är det tillstånd som är den huvudsakliga anledningen till vårdkontakt.

Åtgärdskod sätts vid konferens tillsammans med patienten och andra instanser.

Referenser

Akutkompendium Akutpsykiatri och initial bedömning vid Akademiska sjukhuset

<http://www.akademiska.se/Global/Psykiatridivisionen/Akut%20och%20konsultpsykiatri/Dokument/Akutkompendium2.pdf>

HANDBOK Nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp <http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/483/nck-handbok-nationellt-handlingsprogram-sexuella-overgrepp-2008-rev2010.pdf>

Om standardiserade bedömningsmetoder

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18907/2012-12-9.pdf>

Rekommendationer för insatser vid självska debeteende – Nationellt kvalitetsdokument för psykiatri

<https://nationellasjalvskadeprojektet.se/wp-content/uploads/2015/12/Rekommendationer-Sj%C3%A4lvskadeteende-rev-2016.pdf>

Samordnad individuell plan (SIP) i Region Uppsala

<https://publikdocplus.region uppsala.se/Home/GetDocument?containerName=e0c73411-be4b-4fee-ac09-640f9e2c5d83&reference=DocPlusSTYR-13053&docId=DocPlusSTYR-13053&filename=Samordnad%20individuell%20plan%20%28SIP%29%20i%20Uppsala%20i%20C3%A4n.pdf>

Sexuellt övergrepp – omhändertagande [Sexuellt övergrepp omhändertagande kvinna.pdf \(sharepoint.com\)](#)

Suicid och suicidnära tillstånd - handlingsprogram för omhändertagande

<http://www.lul.se/Global/Extran%C3%A4t/V%C3%A5rdgivare/V%C3%A5rdprogram/Psykiatridivisionen/Bilaga%201,handlingsprogram%20suicidrisk.pdf>

Suicidnära patienter – Kliniska riktlinjer för utredning och vård <http://www.svenskpsykiatri.se/wp-content/uploads/2017/02/SPF-kliniska-riktlinejr-om-suicidnara-patienter.pdf>

Våld i nära relationer - omhändertagande av kvinnor utsatta för fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld. Vårdprogram utarbetat i samarbete mellan Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) vid Akademiska sjukhuset, Folk tandvården och Nära vård och hälsa

<https://publikdocplus.region uppsala.se/Home/GetDocument?containerName=e0c73411-be4b-4fee-ac09-640f9e2c5d83&reference=DocPlusSTYR-21791&docId=DocPlusSTYR-21791&filename=V%C3%A5ld%20i%20n%C3%A4ra%20relationer%20-%20omh%C3%A4ndertagande%20av%20kvinnor%20utsatta%20f%C3%B6r%20fysiskt%20%20psykiskt%20eller%20sexuellt%20v%C3%A5ld.pdf>

Externa styrande dokument

Lagen om rättsintyg i anledning av brott

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2005225-om-rattssintyg-i-anledning-av_sfs-2005-225

Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400

Patientdatalagen (2008: 355) http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355

Patientlagen (2014: 821) https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Patientsäkerhetslag (2010: 659) https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20165/2016-4-44.pdf>

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relation SOSFS 2014:4 <https://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2014-4>

Socialtjänstlag (2001:453) https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453