

Rubrik: <b>Avancerad medicinsk individuell vårdplan, AMP – rutin och dokumentationsanvisning</b>	
Enhet/förvaltning: <b>Hälso- och sjukvårdsförvaltningen</b>	Huvudområde/delområde: <b>Dokumentation</b>
Ansvarig: <b>Ingemar Lilja, chefläkare primärvården Peter Janson, chefläkare specialiserad vård Hälsoinformatikrådet, HiR</b>	Utfärdare: <b>Maja Fröberg, avdelningschef, avd. 36 geriatrik Joakim Ternelius, specialist i allmänmedicin, läkarbilen Helene Bjerstedt, hälso- och sjukvårdsstrateg</b>
Gemensamt med: <b>Region Blekinge och hälso- och sjukvårdsorganisationerna i Blekinges kommuner</b>	Version: <b>2.0</b>
Godkänt datum: <b>2021-06-11</b>	Nästa revidering: <b>2022-06-10</b>

## Syfte

En avancerad medicinsk individuell vårdplan, AMP, kan vara aktuell att ta fram för de svårast sjuka. Syftet är att skapa en personcentrerad, proaktiv, trygg, säker och effektiv vård såväl för personer i ordinärt boende som för personer i särskilt boende.

Den strukturerade dokumentationen möjliggör vägledning vid en bedömning av vidare åtgärder när en försämring i personens hälsotillstånd inträffar.

## Berör

För att åstadkomma personcentrerad, det vill säga att individens viljeinriktning uppnås och att individen är delaktig och informerad, ska planen tas fram i nära samarbete med individen och/eller närstående. Resultatet av detta bör tydligt framgå under sökordet mål.

Ansvarig läkare på berörd vårdcentral eller klinik dokumenterar i journalsystemet i anteckningstypen AMP (avancerad medicinsk vårdplan).

Ställningstagande om vårdbegränsningar fattas av läkare i samråd med ytterligare en legitimerad yrkesutövare som är väl insatt i patientens hälsoläge, i normalfallet sjuksköterska i kommunen. Ställningstagandet till eventuella vårdbegränsningar dokumenteras enligt SOSFS 2011:7. Nytt ställningstagande till vårdbegränsningar ska göras när nya omständigheter föreligger gällande patientens vård och behandling och/eller hälsotillstånd.

AMP ska vara ett stöd för omvårdnadspersonal och sjuksköterskor i kommunen, primärvårdens och specialistvårdens personal, samt för mobila team och ambulanspersonal.

Utgående från individens önskemål ska den underlätta planering, koordinering och utförandet av omsorgs-/vård- och behandlingsarbetet för individen.

Berörd hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna läsa anteckningen i journalsystemet.

Kommunens sjuksköterskor läser anteckningen i NPÖ.

## Anvisning

AMP upprättas för personer i särskilt boende och för personer med omfattande vårdbehov i ordinärt boende. Läkare eller sjuksköterskor kan initiera att en AMP upprättas.

Förberedelse inför upprättande av AMP och efterarbete innebär följande:

### **Sjuksköterska i kommunen eller sjuksköterska på vårdcentral inom Hälsoval eller sjuksköterska inom specialistvården**

- kan identifiera patienter med behov av AMP med hjälp av screeninginstrumentet Geriatrisk Riskprofil eller Clinical frailty scale
- gör en bedömning av hälsotillståndet med hjälp av bedömningsinstrument:
  - PHASE 20 för symtomskattning för läkemedelsrelaterade symtom
  - Riskbedömning i Senior alert
- lämnar underlaget till läkaren en vecka före mötet
- bokar in berörda deltagare (individ, närstående och personal)

### **Behandlingsansvarig läkare**

- går igenom patientens journal och läkemedelsbehandling
- ordinerar provtagning
- leder mötet
- genomför läkemedelsgenomgång enligt regionens modell
- tar ställning till eventuell ordination av palliativ trygghetsbox
- gör en medicinsk bedömning av patienten
- dokumenterar i journalsystemet enligt dokumentationsanvisning nedan.
- dokumenterar i anteckningstypen UPI att AMP är genomförd, detta noteras under sökordet vårdrutinavvikelse där följande frastext ska finnas: "Avancerad medicinsk vårdplan är upprättad. Den är giltig ett (1) år framåt eller tills ny upprättas".
- Observera att **särskild rutin för upphävande** av sådan hänvisning ska tillämpas
- säkerställer att en utskrift av anteckningen lämnas till ansvarig sjuksköterska i kommunen. Se nedan efterarbete.

### **Efterarbete läkare/medicinsk sekreterare och sjuksköterska i kommunen**

- När AMP är dokumenterad ska den skrivas ut och skickas av läkare/sekreterare till kommunen i ett krypterat mejl alternativt i fristående meddelande i Prator.
- sjuksköterska i kommunen säkerställer att dokumentationen skannas in i patientens journal och gör en anteckning i kommunens journalsystem att planeringen har skett och att AMP är upprättad samt att kopia av AMP lämnas hos patienten för att förvaras i hemmet.

## Kompletterande information

Avancerad medicinsk individuell vårdplan är en journalhandling där den medicinska bedömningen och övrigt ingående utgör ett viktigt underlag i SIP (Samordnad Individuell Plan).

SIP ska genomföras om region eller kommun bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda eller om den enskilde önskar en samordning av sina insatser.

Personer som behöver stöd från flera aktörer kan behöva en SIP, vilket ger överblick och gör det lättare att samarbeta och se vilka insatser som ger bästa möjliga effekt.

## Dokumentationsanvisning för anteckningstyp "Avancerad medicinsk vårdplan (AMP)"

<b>Sökord</b>	<b>Förklaring</b>	<b>Att tänka på/förtydligande</b>
Diagnos	Bestämning eller konstaterande av att sjukdom/skada föreligger samt fastställande av sjukdomens/skadans art och natur (och eventuellt namn) tex genom undersökning av dess historia och symptom.	
Fast läkarkontakt	Finns, finns inte + namngiven läkare	
Fast vårdkontakt	En fast vårdkontakt kan utses i alla verksamheter och ska ha ansvar för samordning och skapa tydlighet för patienten kring nästa steg i vård och behandling. Vid livshotande tillstånd ska en läkare utses. När flera vårdgivare är involverade kan det finnas flera fasta vårdkontakter.	
Kontaktvägar vid försämring	Ange namn och nummer till vårdenhet/vårdgivare som skall kontaktas vid försämring.	
Närstående	Person med nära relation till patienten.	Obs kontrollera att uppgiften stämmer med uppgiften i personinfobilden
Deltagare	Anger vilka som medverkar vid det specifika tillfället	
Patientens delaktighet	Patientens grad av delaktighet -helt -delvis -ej delaktig	Förmåga att tillgodogöra sig information och redogöra för sina behov
Kontaktorsak	Orsak till kontakt	
Socialt	Sociala förhållanden, hemsituation, livsmönster, boende, yrke och	

	<p>arbetsituation. Socialt kontaktnät. Etnisk bakgrund. Andra förhållanden ex rättsliga förhållanden av betydelse.</p>	
Tidigare sjukdom	Övergripande beskrivning av sjukdomar före aktuell vårdkontakt.	
Nuvarande sjukdom	Patientens pågående sjukdomar.	
Pågående vård	Andra vårdgivare, distriktssköterskemottagning, annan institution, anhörigvårdare etc. Namn och tel nr vid behov.	
Aktuell problematik	Aktuella sammanhängande problem.	
Status med tillhörande undersökord	Sedvanlig dokumentation av medicinska undersökningar	
Bedömning	Sammanvägd bedömning utifrån gjorda observationer	
Patientens bedömning	Patientens egen bedömning av sina möjligheter till en god rehabilitering /behandling	
Mål	Mål: anger vad planering och åtgärd m m syftar till att uppnå för resultat.	
Patientens mål	Patientens mål: patientens egna mål och förväntningar inför rehabiliteringen/behandlingen/patientens viljeinriktning	
Brytpunktssamtal	Samtal mellan ansvarig läkare eller tjänstgörande läkare och patienten om ställningstagande att övergå till palliativ vård i livets slutskede, där innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål.	
Planerade åtgärder	Planering av patientens vård och behandling.	OBS ska ske gemensamt med patient/närstående
Avsteg från vårdrutin	Ja Nej Frastext: ”Avsteg från vårdrutin upprättad klinik + datum”	<p>Här kan dokumenteras ställningstagande till kring exempel hjärt-/lungräddning.</p> <p>Se PM Avsteg från vårdrutin – Dokumentation och rutin</p>
Läkemedelsberättelse	Läkemedelsberättelse skall användas för att kommunicera läkemedelsförändringar under	

	eller i samband med en vårdkontakt. Av läkemedelsberättelsen ska det framgå:1. vilka ordinationer som har ändrats, dosjusteringar, in- och utsättningar 2.orsakerna till de vidtagna åtgärderna 3. målen för läkemedelsbehandlingen som ändrats	
<b>Fördjupad läkemedelsgenomgång</b>	Fördjupad läkemedelsgenomgång En systematisk bedömning och omprövning av varje ordinerat läkemedel utifrån patientens hälsotillstånd och behov, i syfte att uppnå en ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling.	
<b>Palliativa läkemedel</b>	-ordinerat -ej ordinerat	Är läkemedel för symtomlindring vid vård i livets slut ordinerade
<b>Läkemedelsansvar</b>	-patientens eget -övertaget HSL	Ange vem som är ansvarig för patientens läkemedelsbehandling
<b>Samordning</b>	Främja kontinuitet och samordning. T.ex. hur patienten vårdas, vem som vårdar, kontakt med närstående och andra vårdgivare. Konsultkontakter. Samordnad vårdplanering. Utskrivningsplanering.	
<b>Behov av SIP</b>	-ja -nej	Personer som behöver stöd från flera aktörer kan behöva en SIP, samordnad individuell vårdplanering, vilket ger överblick och gör det lättare att samarbeta och se vilka insatser som ger bästa möjliga effekt.
<b>Uppföljning</b>	Ange när, hur och med vem dagens beslutade åtgärder ska följas upp	
<b>AMP giltig t.o.m.</b>	Uppdatering ska ske minst en gång per år, eller oftare vid behov	
<b>Ersätter tidigare AMP daterad</b>		

## Styrande dokument

[Hälso- och sjukvårdslag \(2017:30\)](#)

[Patientlagen \(2014:82\); tydliggör patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.](#)

[Patientdatalagen, 3 kap](#)

[Patientdataförordningen \(2008:360\)](#)

[Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården \(HSLF-FS 2016:40\)](#)

[Riktlinjer och generella rutiner kopplade till patientdatalagen](#)

[Riktlinjer för sammanhållen journalföring](#)

[Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården \(HSLF-FS 2016:40\)](#)

[Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling, SOSFS 2011:7](#)

[Informationsspecifikation för uppmärksamhetsinformation, Socialstyrelsen, version 3.1](#)

[Avsteg från vådrutin - dokumentation och rutin](#)

[Uppmärksamhetsinformationsanteckning – guide, förvaltning vårdssystem](#)

[Ansökan om släckning av Uppmärksamhetssymbol i NCS Cross på en eller flera kliniker](#)

[Uppdragsbeskrivning och regelbok för Hälsoval Blekinge 2021, primärvårdens grunduppdrag, kap 6.2 Grunduppdragets omfattning](#)

[Hemsjukvårdsavtal](#)

[Hemsjukvård i Blekinge – fördelning av ansvar och arbetsuppgifter mellan Blekinges vårdcentraler, hemsjukvård samt sjukhusets specialiserade vård](#)

[Socialtjänstlag \(2001:453\), 2 kap §7](#)

[Lag om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård \(2017:612\)](#)

[Överenskommelse mellan Landstinget Blekinge och kommunerna i Blekinge om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård](#)

[Samverkan vid utskrivning – Blekingerutiner](#)

[Länsövergripande samverkansavtal](#)