

Gäller från och med: 191017	Beslutad av: LG Socialpsykiatri
Framtagen av: Jessika Sona	Reviderad den: 200218
Reviderad av:	Revidering godkänd av:
Gäller för:	
Referens:	

Rutin för dokumentationsanvisningar patientjournal

En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård. En väl förd patientjournal har stor betydelse för patientsäkerheten.

En patientjournal (3 kap. 2 § patientdatalagen) har i första hand som syfte att bidra till en god och säker vård av patienten. Patientjournalen är ett arbetsinstrument för den som ansvarar för patientens vård. Personal som inte har träffat patienten tidigare ska också kunna använda den för att få tillräcklig information för att kunna bedöma vilka åtgärder som kan behöva vidtas.

En väl förd patientjournal har stor betydelse för patientsäkerheten och ökar tryggheten för personalen inom hälso- och sjukvården.

Patientjournalen ska också kunna användas som underlag vid verksamhetsuppföljningar, kontroller och tillsyn eller i rättsliga sammanhang samt som källmaterial för forskning och kvalitetssäkring. Det är därför av stor vikt att dokumentationen sker enligt vård- och omsorgsförvaltningens anvisningar.

Om en avvikelse inträffar ska patientjournalen kunna fungera som ett underlag för en händelseanalys (SOSFS 2011:9) I en sådan analys ska det gå att följa vårdprocessen och analysera varför händelsen inträffade. Det är nödvändigt för att kunna åtgärda så att händelsen inte inträffar igen.

Syfte

Anvisningarna ska vara ett stöd för legitimerad personal inom Socialförvaltningen vid dokumentation i patientjournal HSL i verksamhetssystemet Procapita.

Genomförande

Enligt 3 kap 6 § Patientdatalagen (SFS 2008:355) ska en patientjournal innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten.

Om uppgifterna finns tillgängliga, ska en patientjournal alltid innehålla

1. uppgift om patientens identitet,
2. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
3. uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,
4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder,
5. uppgift om den information som lämnats till patienten, dennes vårdnadshavare och övriga närstående och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en ny medicinsk bedömning, samt
6. uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling.

Patientjournalen ska vidare innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjordes.

Hälsa- och sjukvårdsjournalen

Patientjournalen ska vara skriven på svenska. Fackuttryck får användas för att uppfylla kraven på tydlighet. Därutöver bör journalen vara skriven på lättförståelig svenska så att såväl brukaren som vårdpersonalen kan förstå informationen. De förkortningar som används ska gå att hitta förklaring till i Medicinsk terminologi och Svenska Akademiens Ordlista. För övrigt gäller svenska skrivregler. Texten ska vara tydlig och entydig och måste utformas med omsorg så att den inte kan feltolkas eller uppfattas kränkande av brukaren eller dennes närstående.

Journalanteckningar ska göras så fort som möjligt i anslutning till en händelse.

Personuppgifter

Personuppgifter hämtas från Kommuninvånarregistret och det är enbart tillåtet att lägga till/ändra telefonnummer och e-postadress. Övriga kontaktuppgifter uppdateras kontinuerligt.

Anamnes/Status

Är huvudrubrik i ett dokument som ska innehålla aktuell relevant information och uppdateras minst en gång om året och vid behov. Exempelvis vid stora förändringar i brukarens pågående vård.

Hälsohistoria/vårderfarenhet

Här dokumenteras information om sjukdomar och tidigare vårderfarenhet. Man kan ange uppgifter av patienten själv, men kan de inte verifieras av andra vårdgivare ska det framgå. Uppgifter om diagnoser ska verifieras av läkare (skriftligt eller muntligt) om de är relevanta för HSL-insatsen. Ange läkarens namn som har verifierat diagnosen, och när det gjordes.

Pågående vård, somatisk

Dokumentera vård som pågår under en längre tid. Ska innehålla information om vilken vårdgivare som står för behandlingen och för vilken sjukdom.

Pågående vård, psykiatrisk

Dokumentera vård som pågår under en längre tid. Ska innehålla information om vilken vårdgivare som står för behandlingen och för vilken sjukdom.

Pågående vård, beroende

Dokumentera vård som pågår under en längre tid. Ska innehålla information om vilken vårdgivare som står för behandlingen och vilket beroende det rör sig om.

Tandvårdskort

Här dokumenteras om brukaren har ett tandvårdskort och hur länge det är giltigt.

Andning/cirkulation

Bestående funktionsnedsättning

Syn/hörsel/tal

Bestående funktionsnedsättning

Överkänslighet/allergi

Här dokumenteras om brukaren har en överkänslighet eller allergi mot läkemedel eller andra ämnen som inte medför allvarlig reaktion. Det måste finnas en angiven källa för uppgiften.

Socialförvaltningen

Rutin

Nutrition: vikt: längd:

Situationen kring nutrition uppdateras årligen. Längd räcker att den anges vid ett tillfälle.

Elimination (funktioner kring urin, avföring, kräkning)

Bestående funktionsnedsättning, exempelvis inkontinens.

Hud/vävnad

Kroniska sår, andra hudåkommor av större varaktighet.

Fysisk rörlighet/hjälpmedel

Bestående funktionsnedsättning

Sömn

Sömmönster av betydelse för brukarens välbefinnande

Smärta/Sinnesuttryck

Bestående, återkommande smärta

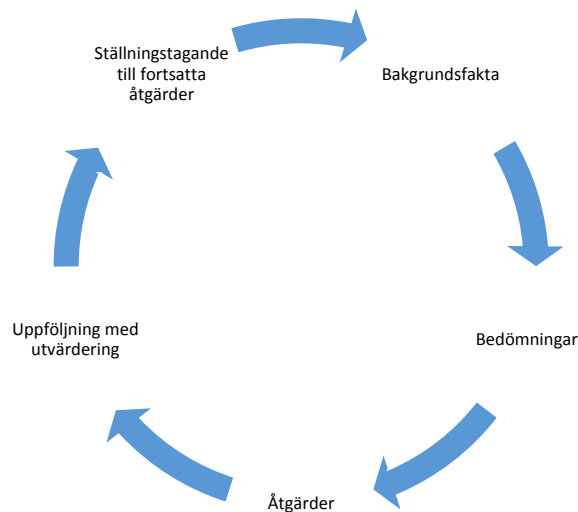
Aktanteckningar

Samma rubriker används som i Anamnes/omvårdnadsstatus men gäller även kortvariga tillstånd av ohälsa. Anteckningar kring brukarnas hälsa ska struktureras enligt omvårdnadsprocessen.

Omvårdnadsprocessen

Omvårdnadsprocessen innebär att identifierade omvårdnadsbehov leder till åtgärder baserade på evidens eller beprövad erfarenhet. Åtgärderna ska följas upp och utvärderas.

De olika delarna ska gå att följa i dokumentationen enligt följande process:



- Bakgrundsfakta, vad har hänt? Vad är brukarens bekymmer?
- Bedömningar kan behövas som stöd i att ta reda på vilka omvårdnadsåtgärder som ska sättas in. Bedömningsinstrument kan vara VAS för smärta, riskbedömningsinstrument för nutrition, fallrisk, trycksår och munhälsa.
- Med det som stöd görs en individuell planering med hälsofrågeställningar och åtgärder.
- Uppföljning och utvärdering

- Ställningstagande till fortsatta eller andra åtgärder.

Görs en bedömning att uppföljning och utvärdering ej behövs av ett tillstånd eller en åtgärd, ska det dokumenteras och varför det inte behövs.

Handlingsplan/uppdrag

En handlingsplan upprättas när det behövs tydliga instruktioner vad som behöver göras i specifika situationer.

Uppdrag upprättas när handledarna ska utföra specifika arbetsuppgifter i anslutning till en handlingsplan.

Handledare dokumenterar att de utfört uppdrag på signeringslista eller i HSL-journal Handlingsplan, uppdrag under utförande.

Handlingsplan och uppdrag ska tryckas ut och sitta i brukarens pärm. Uppdateras handlingsplan eller uppdrag, ska den senaste versionen finnas tillgänglig i brukarens pärm.

Informationsöverföring och samverkan

Alla samtal och övriga kontakter med andra vårdgivare ska dokumenteras. Dokumentationen ska innehålla uppgifter om för- och efternamn och titel och arbetsplats på den som man har haft kontakt med. Anhöriga och gode män ska benämnas med relation och förnamn.

Både information som man får och som lämnas till andra ska dokumenteras.

Erbjuda åtgärder

Vi kan erbjuda åtgärder. Brukaren har rätt att avstå från omvårdnadsåtgärder och behandling. Att åtgärder erbjudits och brukaren har tackat nej, ska alltid dokumenteras. När behandlingsansvaret ligger hos annan vårdgivare, exempelvis vad gäller läkemedel, bör man stötta brukaren i att kontakta behandlaren för att diskutera fortsatt behandling. Om brukaren samtycker till informationsutbyte, kan man även kontakta vårdgivaren direkt för information.

Ansvarsfördelning

Handledare ansvarar för att:

- Dokumentera sina insatser enligt uppdrag inom hälso- och sjukvård.
- Läs och vara uppdaterad på de handlingsplaner och uppdrag som finns.

Enhetschef ansvarar för att:

- Handledarna är utbildade i journalsystemet och vet hur de ska dokumentera sina insatser enligt HSL.

Sjuksköterskorna ansvarar för att:

- All HSL-dokumentation sker enligt gällande lagstiftning och rutin vad gäller innehåll och språk.
- Dokumentera så snart det är möjligt i förhållande till när händelsen inträffat.
- Dokumentera och arbeta enligt omvårdnadsprocessen.
- Upprätta, utvärdera och revidera handlingsplaner.
- Upprätta, utvärdera och revidera uppdrag.

- Handlingsplaner och uppdrag som finns i brukarnas pärmar överensstämmer med den senaste versionen som finns i Procapita.

MAS ansvarar för att:

- Granska all HSL-dokumentation så att den överensstämmer med gällande lagstiftning och rutin vad gäller innehåll och språk.
- Revidera och uppdatera rutinen minst en gång per år.