



Soheila Soltani
MAS 2021-11-07

MAS Övergripande rutin för omvårdnadsdokumentation journalföring och informationsöverföring

Dokumentationsrutin för legitimerad personal

Syfte med dokumentationen

Dokumentation utgör ett viktigt instrument i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Dokumentationen ska vara ett stöd för den eller de personer som ansvarar för vården och omsorgen. I dokumentationen tydliggörs den enskildes behov av hjälp och stöd.

Dokumentationen ger den enskilde möjligheten att få insyn i och vara delaktig i vården. Den är också ett underlag vid tillsyn och kontroll och har betydelse i vissa rättsliga sammanhang och för forskningen.

Patientjournal ska föras på personer som erhåller kommunal hälso- och sjukvård enligt Hälso- och sjukvårdslag i särskilda boenden, i ordinärt boende, vid vistelse i daglig verksamhet eller på korttidsboende.

Dokumentationsskyldighet

Enligt Patientdatalagen har all legitimerad personal skyldighet att dokumentera. Förutom legitimerad personal är även de som biträder legitimerad personal, det vill säga alla som utför en hälso- och sjukvårdsuppgift genom delegering, skyldig att dokumentera.

Språket ska vara lättförståeligt och förkortningar ska vara vedertagna.

Journalens innehåll

En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Det innefattar uppgifter om:

1. Patientens identitet
2. Bakgrunden till vården
3. Ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder
4. Vidtagna och planerade åtgärder
5. Information som lämnats till patienten och/eller närstående samt ställningstaganden kring behandlingsalternativ och om möjligheten till en ny medicinsk bedömning.
6. Patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling

Patientjournal ska i förekommande fall innehålla följande uppgifter om:

1. Aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
2. Utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa
3. Ordinationer och ordinationsorsak
4. Resultat av utredande och behandlande åtgärder
5. Slutanteckningar och andra sammanfattningar av genomförd vård
6. Överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen
7. Komplikationer av vård och behandling
8. Vårdrelaterade infektioner
9. Samtycken och återkallade samtycken
10. Patientens önskemål om vård och behandling
11. Medicintekniska produkter som har förskrivits
12. Intyg, remisser och annan för vården relevant inkommande och utgående information
13. Vårdplanering

Sekretess

Personal får endast ta del av dokumenterade uppgifter om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården. Uppgifterna som dokumenteras i patientjournalen ska finnas tillgängliga på ett överskådligt sätt för den personal som är behörig att ta del av dem samtidigt som de ska hanteras så att obehöriga inte får tillgång till dem.

Legitimerad personal som upprättar en ny patientjournal ansvarar för att informera patienten om att en journal upprättas och försäkra sig om att patienten fått information om hur Värmdö kommun hanterar personuppgifter enligt Dataskyddsförordningen GDPR. Om patienten inte tidigare fått information gällande Dataskyddsförordningen GDPR ska informationsbroschyr överlämnas. Den som upprättar en patientjournal ska också informera patienten om dess rätt att spärra uppgifter i journalen.

Respekt för den enskildes integritet

Dokumentationen ska vara utformad så att den enskildes integritet respekteras. Informationen i dokumentationen ska vara tillräcklig, väsentlig och korrekt.

Signering av dokumentation

Den som ansvarar för journalanteckningen ska signera den för att styrka att uppgifterna är riktiga. Efter signering får endast rättning eller tillägg göras till anteckningen.

Dokumentation i journal skall signeras helst i direkt anslutning till dokumentationen, dock senast inom 1 vecka.

Dokumentation enligt ICF och KVÅ

Dokumentationen ska så långt det är möjligt ske enligt nationellt fastställda begrepp och termer, klassifikationer och övriga kodverk. Klassifikationen ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) gör det möjligt att beskriva en persons funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa utifrån en biopsykosocial modell. Hälso- och sjukvården bygger i stor utsträckning på att olika professioner samarbetar kring patienterna. Det innebär att beskrivningen av vården måste omfatta åtgärder som utförs av de olika professionerna. Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) beskriver vårdåtgärder genom åtgärds-koder. KVÅ är baserade på ICF-strukturen. Strukturen i Pulsen Combine utgår från ICF och KVÅ.

Dokumentation i digitalt journalsystem

All legitimerad personal ska föra sin dokumentation i det digitala journalsystemet Combine och dokumentera enligt ICF och KVÅ.

Omsorgspersonalen ska dokumentera vissa mätvärden HSL-journalen. En del mätvärden dokumenteras direkt i systemet för digital signering. All personal har läsbehörighet i HSL-journalen.

All övrig dokumentation av omsorgspersonal ska dokumenteras i SoL/LSS-journalen. Anteckningen ska vara en iakttagelse utifrån omsorgspersonalens perspektiv. Det innebär att legitimerad personal ska läsa SoL och LSS-journalanteckningar. Vid kontakt med legitimerad personal ska omsorgspersonalen dokumentera detta i SoL/LSS journalen.

Hälsoärende

Plan för hälso-och sjukvården upprättas genom att skapa hälsoärenden. I planen ska mål för insatsen, behandling och uppföljning dokumenteras. Patientens delaktighet ska säkerställas. Egenvård respektive hälso-och sjukvårdsinsats ska klargöras.

Ordinationer

Ordinationer som ska utföras av omsorgspersonal ska skickas som HSL-beställning till utföraren. Leg. personal ansvarar för att beställningen är korrekt och följs upp och förnyas vid behov.

Telefonförfrågan/rådgivning inom hälso- och sjukvård

Legitimerad personal kan ge både generella råd och individuella råd. Samtal som gäller individuell vård och behandling ska alltid dokumenteras. Det samma gäller uppgifter som kan få betydelse för vården/behandlingen framöver.

Dokumentationen ska göras i patientjournalen, om möjligt i direkt anslutning till samtalet. Legitimerad personal dokumenterar sin rådgivning och omsorgspersonalen dokumenterar de iakttagelser och åtgärder de har gjort. Det ska finnas en spårbarhet i dokumentationen och det är dokumentation utifrån olika lagrum.

Studerande

När legitimerad personal handleder studerande ingår att handleda i dokumentation.

När studenter deltar i den faktiska patientvården gäller patientdatalagen för deras arbete. Det innebär bland annat att studenterna får ta del av elektroniska patientjournaler och även kunna föra anteckningar i dem när det behövs. Studenter kan bara delta i den faktiska patientvården om patienten samtycker och om en handledare har uppsikt över och leder studentens åtgärder.

Dokumentation i boendepärm

Som ett komplement till den digitala journalföringen finns en boendepärm som ska återfinnas hos samtliga boenden/kunder/brukare som har kommunala hälso-och sjukvårdsinsatser. Innehållet i pärmen ska alltid vara uppdaterad med aktuell information i varje flik enligt innehållsförteckningen. Vid driftstopp används avsedd mall för dokumentation.

Hantering vid driftstopp

Om det sker driftstopp som omöjliggör digital dokumentation används pappersjournal. De journalanteckningar som förs via papper skrivs sedan in i det elektroniska systemet då det återigen är tillgängligt. En särskild notering görs i journalen angående detta.

Pappersjournalen sparas i den boendes/brukarens/kundens journal ark.

Rapportering avvikelse

Händelse som leder till avvikelserapport ska även dokumenteras i HSL-journalen.

Avslut/Arkivering

Digital patientjournal ska avslutas då insats inte längre är aktuellt. För hantering av pappersjournal, se arkivering av hälso-och sjukvårdsjournal, hantering av avslutade journaler.