

# Riktlinje för dokumentation i hälso- och sjukvård

---

Antagen av:	Vård- och omsorgsnämnden 2022-01-26, § 3, dnr VON 2022/4
Dokumentkategori:	Styrdokument
Dokumenttyp:	Riktlinje

## Innehållsförteckning

<b>Riktlinje för dokumentation i hälso- och sjukvård .....</b>	<b>2</b>
Bakgrund.....	2
Patientjournalens syfte .....	2
Patientjournalens språk och dess innehåll .....	2
Hälso- och sjukvårdspersonal .....	3
Dokumentationsskyldighet .....	4
Patientens rätt att få ta del av sin journal och menprövning .....	4
Sekretess, samtycke och vårdpersonalens behörighet att ta del av journal .....	4
Bakgrund till vården.....	4
Anamnes .....	4
Status, aktuellt hälsotillstånd .....	4
Vårdplan .....	5
Åtgärder/Ordinationer .....	5
Uppföljning av vård och behandling .....	5
Epikris.....	5
Referenser och lagar som styr journalföring och informationshantering inom hälso- och sjukvård .....	5

## Riktlinje för dokumentation i hälso- och sjukvård

### **Bakgrund**

Inom hälso- och sjukvård hanteras mycket information, vården ges hela dygnet och många personer kan vara inblandade i den enskilde patientens vård. För att säkerställa en god och säker vård finns lagstadgad skyldighet att föra patientjournal med uppgifter om bedömningar, beslut, genomförande och utvärdering av den vård som ges. Patienten och de närstående ska informeras om vård och behandling och den information de fått ska dokumenteras. Informationen är en förutsättning för att patienten så långt det är möjligt ska kunna vara delaktig i planeringen.

Patientjournalen är ett arbetsredskap som ska vara tillgänglig för dem som planerar vården, de som deltar i den och för patienten själv. Informationen i journalen ska vara tillförlitlig och lätt att förstå, den ska vara skriven på svenska språket istället för latin när det är möjligt. En väl förd patientjournal innehåller aktuella händelser, mål för vården, planering, genomförande, utvärdering, uppföljning och resultat och är grunden för en god och säker vård.

En journalhandling är alla de handlingar och anteckningar som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd, andra personliga förhållanden och de åtgärder som genomförs eller planeras. En journalhandling kan vara på papper, elektronisk, bild eller upptagning som kan avlyssnas eller på annat sätt uppfattas med tekniskt hjälpmedel.

### **Patientjournalens syfte**

En patientjournal är främst ett stöd och en informationskälla för de personer som ansvarar för eller vårdar patienten och för någon som inte tidigare träffat patienten så att hen ska kunna göra en riktig bedömning och besluta om åtgärder. Patientjournalen ska bidra till att patienten får en god och säker vård genom att beskriva aktuella händelser, mål för vården och olika steg i vårdprocessen såsom bedömning, planering, genomförande, utvärdering och resultat. Patientjournalen är även en källa för uppföljning och utveckling av verksamheten, tillsyn, försäkringsärenden, rättsliga krav och forskning.

### **Patientjournalens språk och dess innehåll**

Patientjournalerna i Trosa kommun förs elektroniskt i datajournaler, till journalen hör även information på papper som sparas i en journalmapp för varje patient. Patientjournalen ska vara skriven på lättförståelig svenska för att patient och personal ska förstå informationen, men facktermer får användas för ökad tydlighet. Endast förkortningar ur Medicinsk terminologi och Svenska Akademiens Ordlista får användas. Texten ska vara tydlig utformad med omsorg så att den inte kan feltolkas eller uppfattas som kränkande av patienten eller dennes närstående.

## Vård- och omsorgskontoret

Nedan följer de uppgifter som patientjournalen ska innehålla utöver förändringar i patientens hälsotillstånd, bedömningar, planerade och genomförda åtgärder, uppföljningar och resultat liksom samtal med närstående och externa vårdgivare. Journalen ska innehålla uppgift om;

- patientens identitet
- bakgrund till vården, vilket innebär aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
- undersökningsresultat, medicinsk diagnos och grund för mera betydande åtgärder, t.ex. förskrivningsorsak vid ordination av läkemedel och hjälpmedel
- vidtagna och planerade åtgärder, omvårdnadsåtgärder och ordinationer av till exempel läkemedel och olika behandlingar
- den information som lämnats till patienten om ställningstaganden inför val av behandlingsalternativ och om patientens möjlighet till en förnyad medicinsk bedömning
- en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling
- överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen efterfrågas och svaret dokumenteras
- vårdhygienisk smitta
- epikris och andra sammanfattningar av genomförd vård
- vem som gjort en viss anteckning och när den gjordes
- lämnade samtycken till informationsöverföring och registrering i kvalitetsregister
- patientens egna önskemål om vård och behandling
- id-uppgifter till medicintekniska produkter så att de kan spåras
- intyg, remisser, behandlingsmeddelanden och andra inkommande och utgående uppgifter
- vårdplanering och samordnad individuell plan (SIP)
- ansvariga för vården både hos externa vårdgivare och planeringsansvariga i kommunen
- explosiva implantat
- skydds- och begränsningsåtgärder
- restriktioner

**Hälso- och sjukvårdspersonal**

Hälso- och sjukvårdspersonal utgörs i Trosa kommun av legitimerad (leg) personal vilket är sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter (sjukgymnaster) samt av omvårdnadspersonal som är hälso- och sjukvårdspersonal när de utför delegerade arbetsuppgifter och när de biträder legitimerad yrkesutövare i hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Vård- och omsorgskontoret

### **Dokumentationsskyldighet**

All legitimerad personal inom hälso- och sjukvård är skyldig att föra journal och i Trosa kommun för varje legitimerad (leg.) profession sin egen journal men har läsbehörighet till de övrigas. Journalanteckningar ska skrivas snarast för att aktuell information om patientens hälsotillstånd ska vara tillgänglig för dem som deltar i vården.

### **Patientens rätt att få ta del av sin journal och menprövning**

Patienten har rätt att ta del av sin patientjournal efter att en s.k. menprövning har gjorts av ansvarig leg. personal. Menprövning innebär en bedömning av om journalen kan lämnas ut till patienten utan att uppgifter i den är till men, skada, för patienten eller de närstående. Socialstyrelsen avgör i de sällsynta fall där det bedöms finnas en risk för men. Den legitimerade personalen ska göra en anteckning i patientens journal att en menprövning är genomförd och vilket beslut som tagits i ärendet, dvs om journalhandlingen ska lämnas ut eller inte.

### **Sekretess, samtycke och vårdpersonalens behörighet att ta del av journal**

Sekretesslagen kräver att patienten alltid måste tillfrågas och lämna sitt samtycke innan personliga uppgifter får lämnas ut till närstående eller en annan vårdgivare, Nationell patientöversikt (NPÖ), eller nationella kvalitetsregister. Patienten har alltid rätt att neka informationsöverföring vilket ska dokumenteras tydligt i patientens journal.

Endast personal som deltar i vården av en patient får ta del av hens personliga uppgifter och läsa journalen. Personalen har eget ansvar för att följa Sekretesslagen. Arbetsgivaren ger begränsad behörighet till journalåtkomst och kontrollerar följsamheten genom att via loggar följa upp vilka som har varit inne i en datajournal.

### **Bakgrund till vården**

Bakgrunden bör innehålla information dels om tiden före vårdtillfället (anamnes) och dels om den aktuella situationen (status).

### **Anamnes**

Innefattar patientens eller närståendes beskrivning av patientens hälsa och levnadsförhållanden fram till den aktuella vårdkontakten (Hälsohistoria). Uppgifter som belyser patientens aktuella tillstånd och situation och förhållanden som påverkar vård, omvårdnad och rehabilitering. Uppgifter som har bedömts med hjälp av olika instrument, prover och undersökningar (objektiva) och uppgifter från tidigare journaler.

### **Status, aktuellt hälsotillstånd**

Varje leg. profession ska göra en första sammansatt bedömning av patientens aktuella hälsotillstånd byggd på intervjuer av patienten och/eller närstående, observationer och olika undersökningar.

## Vård- och omsorgskontoret

Förändring i patientens hälsotillstånd och händelser som kan påverka det ska dokumenteras kontinuerligt, liksom nya eller ändrade ordinationer och annat som kan påverka vården.

**Vårdplan**

Målen för vården och planeringen för att nå dem ska dokumenteras i en vårdplan. Patientens problem, risker och egna resurser identifieras genom bedömning och analys. Målen för vården bestäms tillsammans med patienten, liksom tiden när de ska ha uppnåtts och därefter beslutas vilka åtgärder och ordinationer som ska leda till målen. Syftet med vårdplanen är att patienten och alla som är delaktiga i patientens vård ska arbeta mot samma mål och tillsammans genomföra de beslutade åtgärderna. En vårdplan ska upprättas snarast efter att en patient har skrivits in i hemsjukvården, antingen hen bor på ett särskilt boende (SÄBO), ett gruppboende eller i ordinärt boende (ordbo).

**Åtgärder/Ordnationer**

Med ordination menas en sakkunnig instruktion om en viss behandling eller åtgärd. Den som sätter in en ordination ska dokumentera och signera den i journalen så att den som ska utföra ordinationen förstår precis vad som ska göras och hur det ska göras. Den som har utfört en åtgärd ska dokumentera att det är gjort. Läkaren ordinerar medicinska åtgärder, sjuksköterskan ordinerar omvårdnadsåtgärder, arbetsterapeuten ordinerar arbetsterapi, sjukgymnasten ordinerar sjukgymnastik, träning och så vidare.

**Uppföljning av vård och behandling**

Resultatet av åtgärderna följs upp genom nya bedömningar och dokumenteras som förändrat status hos patienten. Patientens status jämförs med de uppsatta målen vid den beslutade tiden för uppföljning och resultatet, om målen uppnåtts eller inte, dokumenteras i vårdplanen.

**Epikris**

När vårdtiden avslutas genom att patienten skrivs ut, flyttar till en annan enhet eller avlider ska varje leg. profession skriva en epikris med sammanfattning och utvärdering av den vård och behandling som har getts.

Vårdförloppet ska kunna följas i efterhand genom epikris och vårdplan som ger en samlad bedömning av patientens behov och vilka av dessa som har kunnat tillgodoses.

**Referenser och lagar som styr journalföring och informationshantering inom hälso- och sjukvård**

- Patientdatalagen SFS 2008:355
- Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården SOSFS 2008:14

Vård- och omsorgskontoret

- Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- Ändring i föreskrifterna (SOSFS 2008:14) Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården SOSFS 2013:7
- Patientlag 2014:821
- Vårdhandboken