Rutin för dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournal

Rutin

Beslutad av: MAS/MAR

Beslutsdatum (inklusive senaste revidering): 2024-11-29

Version: 1

Gäller till och med: Tillsvidare

Gäller för: Vård- och omsorgsförvaltningen

Författare: Dokumentationsutvecklare HSL

Diarienummer: VON-2024-00812-1

Publiceras på sundsvall.se: Ja

HSL journalens innehåll och utformning

Vid vård av patienter ska alltid en patientjournal upprättas
Journalen ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten.
Innehållet i en patientjournal regleras i PDL samt HSLF-FS 2016:40.
En uppgift som ska dokumenteras i patientens journal ska föras in så snart som möjligt.

Historik från tidigare journalsystem

Historik finns läsbar i Procapita+ HSL även efter avslut.

Vid start av journal i Lifecare HSL måste eventuellt oavslutad journal i Procapita+ HSL avslutas innan journal i Lifecare HSL kan startas.

Skydd mot obehörig åtkomst av journaluppgifter

Datorer eller andra enheter som används för att hantera uppgifter får inte lämnas utan att uppgifterna är skyddade för åtkomst av annan, datorn ska låsas så fort man lämnar den för att utföra andra arbetsuppgifter.

Dubbeldokumentation

En sammanhållen patientjournal innebär att dubbeldokumentation av legitimerad personal undviks.
Gemensamma hembesök dokumenteras av en profession, men i anteckningarna ska det framgå vilka professioner som deltagit vid besöket.
Specifika bedömningar ska dokumenteras av respektive profession.

Benämning och begrepp

Undvik otydliga begrepp som t. ex man, vi, dem utan förtydliga vem eller vilken profession som avses.
Undvik att skriva undertecknad, ut etc. Skriv istället ”Min bedömning är…” eller ”Jag bedömer att…”

Begrepp som används ska vara vedertagna, inga hemmagjorda förkortningar.

Väsentliga uppgifter

Fundera på vad som är väsentligt. Skriv inte långa utläggningar, skriv kortfattat journalen ska vara lättläst.

Frastexter

De frastexter som finns i patientjournalen bör användas, dessa kan anpassas utifrån aktuell dokumentation.

Lifecare HSL

Patientens personuppgifter

Patientens adress under personuppgifter hämtas från Kommuninvånarregistret, (KIR) och uppdateras regelbundet så länge rutan för *Ingen ändring vid avisering* inte är i bockad.

Vårdbegäran

En ny patientjournal börjar alltid med en Vårdbegäran.
En vårdbegäran kan även startas upp för att tydliggöra varifrån ett nytt uppdrag kommer t ex från hälsocentral/vårdcentral samt vid kontakt med Kommun rehab.
En vårdbegäran kan även komma från omsorgspersonal som har rätt behörighet till Lifecare.

SBAR

I SBAR-strukturen dokumenteras det som framförs av den som inkommer med vårdbegäran.

- Situation - kort beskrivning av aktuellt problem
- Bakgrund - kort beskrivning av bakomliggande orsaker till aktuellt problem
- Aktuellt tillstånd - kort beskrivning av nuläget
- Rekommendation -kort beskrivning av den som inkom med vårdbegäran och förväntningar på åtgärder

Prioritering

Prioritering	**Stöd vid val**
Omgående	Användas vid akuta ärenden när legitimerad personal behöver vidta åtgärder omgående, <30 minuter
Skyndsamt	Användas vid akuta ärenden när legitimerad personal behöver vidta åtgärder skyndsamt mellan 30 minuter och 4 timmar.
Närmaste dygnet	Inom 24 timmar.
Vardag närmaste tiden	Inom 7 dagar.
Avvakta	Insatser som kan vänta >7 dagar. Invänta utveckling och/eller mer information.

Hälsoplan

Är ett paraplybegrepp för utrednings- och behandlingsplaner
Här framgår vad som pågår för patienten gällande planer och åtgärder.

Utredningsplan

Utredningsplan startas vid omfattande utredningar/bedömningar som innebär fler än ett besök/kontakt och kan innehålla flera utredande åtgärder.

Utredning som bara sker vid ett tillfälle dokumenteras i den utredande åtgärden och under resultatet, ingen utredningsplan behöver startas.

Utredande planer ska vara korta, ett riktmärke är att de avslutas inom 2 veckor.

Bedöma behov av åtgärder

Bedöma behov av åtgärder används för att göra ett ställningstagande utifrån en utredningsplan.
Ange om planen ska avslutas eller om det finns åtgärder att gå vidare med.

Behandlingsplan

Behandlingsplaner kan vara pågående över kort eller lång tid.
Starta behandlingsplaner vid mer omfattande problem och risker med behandlande åtgärder som löper över längre tid.

Följa upp

Behandlingsplaner eller enstaka behandlande åtgärder ska följas upp regelbundet.

ICF-dokumentation

Dokumentation och bedömning av patientens hälso- och funktionstillstånd görs under aktuellt ICF-område och utgår från de utredande och/eller behandlande åtgärder som gjorts.

Registrering av KVÅ åtgärder

Registrering av utförd åtgärd innebär dokumentation av en utförd åtgärd med ett resultat eller en ej utförd åtgärd med orsak i patientens journal.
Registrering av KVÅ för legitimerad personal överförs som statistik till Socialstyrelsen en gång per månad.

Avslut av hälso- och sjukvårdsjournal

Avslut av journal görs när patient flyttar från kommunen eller avlider.
Avslutad journal är alltid läsbar.