

## Socialtjänsten

Godkänd Annika Eriksson, Verksamhetschef HoS	Löpnr SN 2018-00176-5	Dokumentklass Rutin	Version 2.0	Sida 1(3)
Författare Gunilla Olsson, Kerstin Nohrstedt, Dokumentationsutvecklare HoS			Datum: 2018-04-20	Datum fastställande: 2018-05-22
Sakgranskare Gurli Edlund (MAS), Anders Engelholm (MAS), Lotta Jakobsson (MAR).				

## Rutin för dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournalen

### Patientjournalens struktur och innehåll

För att försäkra sig om att uppgifterna är entydiga bör följande publikationer användas när de är tillämpliga:

- Socialstyrelsens termbank
- Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)
- Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)
- Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms (Snomed CT)

Patientjournalen bör följa Nationell informationsstruktur (NI), Patientdatalagen (SFS 2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSFL-FS 2016:40) föreskriver vad en journal ska innehålla:

- Uppgift om patientens identitet
- Patientens kontaktuppgifter
- Uppgifter om namn och befattning på den personal som svarar för en viss journaluppgift
- Tidpunkten för varje vårdkontakt som patienten har haft eller som planeras

### Åtgärder till skydd mot obehörig åtkomst av journal uppgifter

- Personliga lösenord och hjälpmedel för autentisering (SITHS-kort) ska förvaras så att de inte blir tillgängliga för annan.
- 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.

### Avsluta- och öppna upp avslutad hälso- och sjukvårdsjournal

Avslut av journal utförs när patient flyttar från kommunen eller avlider.

Avslutad journal är alltid läsbar, vid kompletterande dokumentation måste journalen öppnas upp genom att via fliken Journalmapp i journalen ta bort avslutsdatum, spara och söka om patientens journal.

Om en patient redan har en upplagd HSL journal med avslutsdatum öppnas ingen ny utan befintlig journal ska öppnas enligt ovan.

### **Hjälprastext i hälso- och sjukvårdsjournalen**

Hjälprastext som finns för rubriker i journalen ska användas som hjälp för vad som ska dokumenteras under respektive rubrik.

### **Frastext i hälso- och sjukvårdsjournalen**

De färdigformulerade frastexter som finns under för rubriker i journalen ska användas där dessa finns och stämmer överens med den dokumentation som ska göras för patienten. Dessa är skapade för att förenkla dokumentationen och för att få en likvärdig dokumentation av alla.

### **I patientjournalen dokumenteras följande:**

Bakgrundsinformation som är väsentlig för vården kring patienten

- samtycken och återkallade samtycken
- överkänslighet
- häsohistoria
- personfaktorer

Aktuellt hälsotillstånd under

- Kroppsfunktioner/Kroppsstrukturer
- Aktivitet/Delaktighet
- Omgivningsfaktorer

Aktuellt hälsotillstånd ska kontinuerligt uppdateras när en förändring av patientens hälsotillstånd sker, förbättring eller försämring under vårdtiden. Oförändrat hälsotillstånd föranleder inte ny dokumentation om tillståndet sedan tidigare är beskrivet i journalen.

På dokumentation som inte längre är aktuell ska avslutsdatum sättas.

Hälsoplan/Rehabplan ska innehålla:

- Omvårdnads- och rehab diagnos, dokumenteras under rubriken Hälsoplan/Rehabplan
- Mål och eventuellt delmål
- Ordinerade vårdåtgärder
- Resultat – här dokumenteras en utvärdering på kort sikt av den ordinerade åtgärden, att den utförs, att den fungerar och att personen godtar den ordinerade åtgärden när patientens hälsotillstånd är oförändrat.

### **HSL ordination**

Är en tydlig ordination från legitimerad personal på åtgärder som ska utföras en eller flera gånger under en tidsperiod.

Färdig formulerad frastext (vad, vem, hur, när) ska alltid användas vid dokumentation av ordinerad åtgärd.

Ordinerad åtgärd som inte är aktuella längre ska avslutas.

Långsiktig utvärdering av ordinerade vårdåtgärder dokumenteras som uppdaterat hälsotillstånd, vid förbättring eller försämring av patientens hälsotillstånd och beskriver om målet har uppnåtts eller inte.

### **HSL-uppdrag (hemsjukvård)**

Ska föregås av en ordination enligt ovan.

***From och tom datum ska alltid*** anges på uppdraget, en personlig automat bevakning på avslutsdatum skapas i verksamhetssystemet och blir synlig 10 dagar före avslutsdatum under rubriken Bevakning på Mina sidor.

För att säkra upp att eventuellt avslut eller förnyelse av HSL-uppdrag inte missas ska påminnelse av avslutsdatum läggas in som en uppgift på Att-göra-listan.

### **Övrigt**

Dubbeldokumentation i patientjournalen ska inte förekomma.

För att få en tydlig, enkel, förståelig och patientsäker dokumentation som minskar risken för missförstånd ska förkortningar i journalen undvikas och medicinska termer ska skrivas på svenska så långt det är möjligt.