

Dokumentation i hälso-och sjukvårdsjournalen

Information mellan vård- och omsorgspersonal och legitimerad personal

Ansvar

Den vård- och omsorgspersonal som utför insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen är skyldig att ta del av aktuell dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournalen innan patientarbetet påbörjas vid varje nytt arbetspass, eller om möjlighet finns till inläsning före besök hos aktuell patient. De ska också dokumentera de händelser, observationer, mätvärden och annat som är av vikt för att patienten ska få en god och säker vård.

Vård- och omsorgspersonalen ska skriva under sökorden ”Iakttagelser från vård- och omsorgspersonal” och ”Mätvärden”. De ska läsa den dokumentationen som finns under ”Information från leg. personal¹ till vård- och omsorgspersonal”, ”Mätvärden”, ”Varning”, ”Smitta” och ”Observera”.

Dokumentationen ersätter inte den muntliga rapporteringen.

När vård- och omsorgspersonal upptäcker en förändring i patientens hälsotillstånd ska de alltid kontakta sjuksköterska. Iakttagelserna rapporteras muntligt och dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen. Detta kan gälla t.ex. smärtutbrott, misstanke om infektion, fallolycka (oavsett om skada har uppstått), förändrat allmäntillstånd, risk för trycksår, fall eller undernäring mm. Förändringar av brådskande karaktär ska rapporteras utan dröjsmål. I akuta ärenden om sjuksköterska inte kan nås genast kan det bli aktuellt för vård- och omsorgspersonalen att själva larma på tel. 112.

När ett behov av insats av fysioterapeut eller arbetsterapeut uppstår/upptäcks ska den första kontakten också alltid ske personligen eller via telefon. Obs! Detta gäller endast pågående ärenden eller akuta ärenden. Nya ärenden som kan vänta hänvisas som vanligt till rehabtelefonen eller att ärendet faxas till Kommunrehabenheten.

Om det anges i en ordination att vård- och omsorgspersonalen ska dokumentera resultat/uppföljning i journalen åligger det den legitimerade att följa upp ordinationen genom att ta del av dokumentationen.

¹ Legitimerad personal som har legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården. I kommunen är det sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och dietist. Fysioterapeut är den nya yrkestiteln för sjukgymnast.

Uppföljningen ska dokumenteras under sökordet ”Iakttagelser från vård- och personal”. Står det i ordinationen att det är ett mätvärde som ska dokumenteras så skrivs detta under ”Mätvärde”.

Information från legitimerad personal till baspersonal

Under sökordet ”Information från legitimerad till baspersonal” skriver sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut dels den åtgärd de vidtar direkt i anslutning till en ny händelse och dels sådan information som de vill förmedla till vård- och omsorgspersonal men som inte passar i en ordination. Det kan vara t.ex. diagnoser eller information om hälsotillstånd, ny ordination, att en ordination har avslutats eller bedömning som har gjorts.

Signering och pappersdokumentation

Alla åtgärder som ska utföras av vård- och omsorgspersonal ska läggas in i Appva där insatsen sedan signeras. Det är den legitimerade personalen som ansvarar för att andra dokument som behövs t.ex. mat- och vätskelista, vändschema, munvårdskort, träningsprogram, lyftanvisning, planeringsunderlag för vård i livets slut och patientinformation lämnas ut för att sättas in i omvårdnadspärmen.

När en patient har regelbundna kontroller av p-glukos är det sjuksköterska som ordinerar hur värdena ska dokumenteras. Detta anges i ordination av p-glukoskontroller.

Kontaktsmannen har ett övergripande ansvar för att se till att god ordning upprätthålls i omvårdnadspärmen.

Patientinformation:

När det gäller blanketten patientinformation ansvarar sjuksköterska och kontaktman för att olika delar fylls i enligt instruktion på baksidan av blanketten. Blanketten ska uppdateras samtidigt som genomförandeplanen och sjuksköterska ansvarar för att en ny blankett fylls i och sätts in i pärmen när en patient kommer hem från sjukhuset.

HSL-uppdrag

På de enheter som arbetar med HSL-uppdrag finns ordinationer att läsa under beställningar i procapita.

Grunder för dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournalen:

Språkbruk

Uppgifter som förs in i patientjournalen ska formuleras med respekt för patienten.

De journalhandlingar som upprättas inom hälso- och sjukvården ska vara skrivna på svenska språket, vara tydligt utformade och så långt som möjligt förståeliga för patienten och för övrig personal som behöver inhämta uppgifter från patientjournalen. Detta betyder inte att fackuttryck är förbjudna. Ibland kan det vara nödvändigt att använda dessa för tydlighetens skull.

Avgränsningar mellan SOL/LSS och HSL

Dokumentation i HSL sker:

- när det handlar om allt som rör sjukdomar, symptom, medicinsk behandling, ohälsa eller risk för ohälsa, vårdskada eller risk för vårdskada (ex fallrisk, vårdrelaterad infektion, trycksår, undernäring), skador eller förändringar i hälsotillståndet
- alltid när ett fall har inträffat oavsett om skada har uppstått
- vid uppföljning av alla arbetsuppgifter som är ordinerade av sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut

Dokumentation av kontakt

När dokumentation sker efter kontakt med legitimerad personal ska alltid förnamn, efternamn och yrkestitel anges på den som kontaktats. Det ska också anges om kontakten har tagits personligen, via telefon eller på annat sätt.

Namn på patient eller närstående

Patientens namn bör undvikas i journalen. Använd benämningen patienten. Däremot kan namn på en dotter, son eller god man/företrädare behöva anges. När det gäller barnen så räcker det som regel med förnamn, men god man/företrädare anges med både för och efternamn.

Dokumentation av risk för ohälsa eller vårdskada

När vård- och omsorgspersonal upptäcker att det finns risk för ohälsa eller vårdskada t.ex. fall, undernäring, ohälsa i munhålan eller trycksår ska detta rapporteras muntligen till leg. personal utan dröjsmål.

Om bedömning med bedömningsinstrument inte är gjort ska det erbjudas patienten när tillämpligt instrument finns t.ex. Norton, MNA, DFRI. Ibland kan förebyggande insatser behöva sättas in omgående t.ex. vid fallrisk. Den upptäckta risken, rapporteringen och insatserna dokumenteras då i journalen.

Dokumentation av fall

När vård- och omsorgspersonal upptäcker att någon har fallit ska anteckningen innehålla information om:

- Hur fallet gick till (om man vet det)
- Hur patienten hittades (i vilket läge)
- Hur lång tid efter fallet patienten hittades (om man vet)
- Om patienten verkar vara påverkad av fallet, allmäntillståndet, medvetandegrad, synlig skada, illamående, yrsel, smärta, blodtryck, puls, saturation (om känd)
- Har fallförebyggande åtgärder vidtagits i samband med fallet och i så fall vilka?
- Har närstående eller företrädare fått information om fallet

Relevanta observationer görs enligt Symptomlista på ISBAR-kortets baksida och observationerna dokumenteras. ISBAR-kort – se nedan.

Smärta

Beskrivning av smärta ska göras med hjälp av validerat smärtskattningsinstrument. De instrument som används är

- VAS eller NRS – visuell analog skala som är en 10-gradig skala.
- APS - Abbey Pain Scale används för patienter som inte har förmågan att beskriva sin smärtupplevelse med ord. Vid pågående bedömningar av smärta med APS används en särskild signeringslista för dokumentation.

Rutinen är fastställd av medicinskt ansvariga sjuksköterskor Carina Yngvesson och Marita Jonsson 2023-03-01

Baksidan på ISBAR-kortet ger stöd för vilka observationer som ska göras och dokumenteras:

SYMTOMLISTA HA ALLTID AKTUELL LÄKEMEDELSLISTA FRAMME VID KONTAKT MED SJUKSKÖTERSKA	
Smärta	lokalisering, utbredning, intensitet, karaktär, varaktighet?
Hud	färg, fuktighet, sår?
Andning	hosta, andningsbiljud (till exempel rossel, väsande), andnöd, frekvens, djup, ansträngning?
Cirkulation	pulsfrekvens, regelbundenhet, temp
Medvetande	vakenhet, blodsocker (obs endast på diabetiker), oro, kramper (hur och varaktighet), förlamningar
Kräkning	färg, innehåll, storlek, typ till exempel kaskadkräkning
Urin	färg, volym, lukt, urinkateter?
Avföring	färg, volym, lukt?
Kontroller vid fall	blodförtunnande läkemedel, medvetandegrad, synlig skada, illamående, yrsel, smärta

Framsida ISBAR-kortet:

ISBAR Kommunikationsverktyg	
I	IDENTIFIKATION Uppge ditt namn och din funktion Uppge patient/person; namn, personnummer och var du befinner dig
S	SITUATION Anledning till samtalet "Jag ringer för att..." (beskriv) "Jag har mätt följande värden; andningsfrekvens, temp och puls" eller "Jag har observerat viktiga förändringar i..."
B	BAKGRUND Kort häsohistoria Kort rapport om sjukhistorian fram till nu Aktuella problem och behandling
A	ANALYS Vad tror du själv problemet är? "Jag vet inte vad som är problemet, men patienten/personen är sämre" "Patienten/personen är instabil. Vi måste göra något" "Jag är bekymrad"
R	RÅD Ge förslag på vad som behöver göras baserat på situation, bakgrund och bedömning "Vad tycker du jag ska göra" "Vad tycker du vi ska kontrollera och hur ofta" "När ska vi ha kontakt igen om inte patienten/personen blir bättre"

