


Rutin för Dokumentation inom hälso- och sjukvården	Godkänd av Medicinskt ansvariga sjuksköterskor Marita Jonsson Carina Yngvesson	Senast ändrad 2023-03-09	
	Kvalitetssäkrad av		
Gäller för Omsorgsförvaltningen	Dokumentansvarig Avd. Uppdrag & Uppföljning	Beslutad datum 2023-03-09	
Deltagande avdelningar	MAS	Ersätter datum 2022-02-12	
Information kring versionsändringar:			

Dokumentation inom hälso- och sjukvården

För leg. personal och vård- och omsorgspersonal

Innehållsförteckning

Dokumentation inom hälso- och sjukvården.....	1
Inledning.....	2
Rutin	2
Dokumentationen ersätter inte den muntliga rapporteringen	2
Information från legitimerad personal till baspersonal.....	3
Signering och pappersdokumentation	3
Grunder för dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournalen:.....	4

Inledning

Rutinen beskriver ansvar för dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournalen för vård- och omsorgspersonal och leg. personal. I verksamhetssystemet procapita där vård- och omsorgspersonal gör sin dokumentation ligger benämningen baspersonal kvar för yrkesgruppen, därför återfinns den benämningen också i rutinen.

Bakgrund och syfte

Syftet är att klargöra varje professions ansvar och ge vägledning i grundläggande regler för dokumentation enligt hälso- och sjukvårdslagen och Patientdatalagen.

Rutin

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 "lakttagelser från baspersonal till legitimerad personal" och "Mätvärden" i de fall mätvärden inte ska registreras i det digitala signeringssystemet Appva MCSS. De ska läsa den dokumentationen som finns under "Information från legitimerad personal¹ till baspersonal", "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. lakttagelserna 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 m.m. Förändringar av

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.

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. Detta gäller endast pågående ärenden eller akuta ärenden. Nya ärenden som kan vänta hänvisas till Flexite och rings in via kommunens växel.

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.

Uppföljningen ska dokumenteras under sökordet "lakttagelser från baspersonal till legitimerad personal". Står det i ordinationen att det är ett mätvärde som ska dokumenteras så skrivs detta under "Mätvärde" om detta inte ska registreras på mätlista i det digitala signeringssystemet Appva MCSS.

Information från legitimerad personal till baspersonal

Under sökordet "Information från legitimerad personal 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 det Appva MCSS 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 blocksocker är detta ordinerat av sjuksköterska. Värdena ska alltid registreras i mätlista i Appva MCSS och kan även kompletteras med anteckning i journalsystemet om detta har begärts av sjuksköterska.

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

Patientinformation:

När det gäller blanketten patientinformation ansvarar sjuksköterska och fast omsorgskontakt/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

HSL-uppdrag av leg. personal finns att läsa under beställningar i procapita. HSL-uppdrag vars instruktioner behöver finnas tillgängliga hos patient skrivs ut och sätts in i patientens omvårdnadspärm, kan t.ex. gälla såromläggningar och instruktioner för användning av hjälpmedel.

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 enligt 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.