

# Riktlinje vårddokumentation i Cosmic

## 1.1 Användningsområde

Riktlinjerna ska vara stöd för hälso- och sjukvårdspersonal inom hälso- och sjukvården för att underlätta dokumentation i Cosmic. Riktlinjerna är att betrakta som styrande för hela hälso- och sjukvården inom Region Jämtland Härjedalen.

## 1.2 Allmänna riktlinjer

Visionen med vårddokumentation är att den maximerar vårdkvalitet och patientsäkerhet med minsta möjliga administrativa börda. Syftet med vårddokumentation är att ge patienten en god vård från nuläge och framåt. Patientjournalen ska spegla innehållet i de viktigaste delarna i vården: bedömning, planering, genomförande, resultat och utvärdering. Såväl den planerade som den genomförda vården måste finnas dokumenterad i patientjournalen. Vårddokumentation ska också utgöra underlag för utvärdering och uppföljning så att den kan användas i kvalitetsarbete och forskning, patientsäkerhetsarbete och tillsyn av verksamheten.

Journalen består av olika delar för att bäst kunna beskriva förebyggande arbete, medicinsk behandling, omvårdnad och rehabilitering. Grundsynsättet är att det för patienten i hälso- och sjukvården finns *en* regiongemensam journal. Verksamheterna behöver gemensamma beslutsunderlag för att stödja patientsäkerhet och kvalitet. Se patientdatalagen 3 kap. 2 och 13 §§: En patientjournal ska kunna läsas och förstås av annan hälso- och sjukvårdspersonal men också av patienten.

Utgångspunkten är att respektive hälso- och sjukvårdspersonal dokumenterar kortfattat och strukturerat inom egna yrkesområdet, och läser den information som är nödvändig för att tillgodose patientsäkerhet och god kvalitet på vården.

Dokumentation ska ske i nära anslutning till att vården givits. Journalen ska vara upprättad, skriven och signerad, så snart som möjligt.

## 1.3 Styrande dokument

Vårddokumentation styrs av [Patientlagen \(2014:821\)](#), [Patientdatalagen \(2008:355\)](#), [Patientdataförordning \(2008:360\)](#), [Vårdhandboken](#), samt [Patientsäkerhetslagen \(2010:659\)](#)

## 1.4 Huvudregler för journaldokumentation

Säker, standardiserad och strukturerad dokumentation samt minimering av dubbeldokumentation

- Inga återupprepningar. All hälso- och sjukvårdspersonal ska dokumentera vad han/hon själv utför, beslutar och planerar avseende patientens vård och behandling.
- Var dokumentation har sin plats. Samma information ska inte förekomma på flera platser i patientens journal; t ex ska läkemedelsordination dokumenteras i läkemedelsmodul, röntgensvar i röntgenmodul etc.
- Gemensamma dokument för Medicinsk historik – inklusive klinikspezifisk medicinsk historik, Basinformation och Levnadsvanor ska användas, liksom Uppmärksamhetssignal. Sökord under gemensamma dokument ska inte förekomma i andra mallar, om de inte ska automathämta information till gemensamma dokument.
- Avvikelsebaserad vårddokumentation. Fokus är på dokumentation av avvikelse från normalt vårdförlopp. I normalfallet – där vården följer ett förväntat normalförlopp - dokumenteras korta sammanfattningar av vården.
- Allvarliga avvikelser från vårdrutin och förändringar i patients tillstånd samt tillhörande bedömningar och åtgärder ska dokumenteras så snart som möjligt. Den skyldigheten omfattar samtliga yrkeskategorier med dokumentationsplikt enligt lag.
- Uppgifter ska vara tydliga och konsekventa. Risken för fel ökar vid kopiering och upprepning av information på olika ställen i vårddokumentationen, så detta ska undvikas.
- Telefonkonsultation ska dokumenteras, se rutindokument [Riktlinje dokumentation i Cosmic vid konsultation](#) (Centuri dokumentnummer 60913)
- Om patienten ska omnämnas i journaltext bör ordet "patienten" användas eller i vissa fall, om det anses lämpligt, så används patientens förnamn. Namn kan behöva skrivas ut för att tydliggöra syftningen och säkra att det inte kan uppstå missförstånd. Helst ska neutrala begrepp användas; exempelvis maka, pappa, syster, god vän. Inför ett utlämnande av patientjournalen är det viktigt att se till så att namn på andra personer inte lämnas ut i onödan.

#### 1.4.1 Praktiska tillämpningar

- Sjuksköterska: I slutenvård gör sjuksköterska sammanfattande omvårdnadsanteckning för patientens vård vid behov samt vid arbetspassets slut. I öppenvård dokumenterar sjuksköterska i öppenvårdsanteckning i nära anslutning till att vården getts. Fokus i anteckningarna är på att säkra att god omvårdnad ges från nuläge och framåt.
- Läkare: I slutenvård och öppenvård dokumenterar läkare medicinska bedömningar, beslut och åtgärder t.ex. vid rond och mottagningsbesök, i nära anslutning till att dessa fattats och genomförts.
- Arbetsterapeuter, dietister, kuratorer, logoped, psykologer, sjukgymnaster/fysioterapeuter, med flera yrkeskategorier dokumenterar sina



bedömningar och eventuella åtgärder i öppenvårdsanteckning alternativt anteckning i slutenvården, i nära anslutning till att vården getts. Specifika mallar för olika kartläggningar/undersökningar/utredningar kan vara aktuella.

- När flera yrkeskategorier möter en patient vid samma tillfälle (kontakt) där det ska dokumenteras i *gemensamma* journalanteckningar/bedömningar (t ex teamarbete, rehabiliteringsplanering eller multidisciplinär konferens), ska en person utses att ansvara för dokumentation av beslut och planering enligt vad som överenskommit. Det ska framgå av dokumentationen vilka yrkeskategorier med namn, som deltagit i planeringen/åtgärden.
- När flera yrkeskategorier möter en patient vid samma tillfälle (kontakt) där det ska dokumenteras i *separata* journalanteckningar/bedömningar ska de kopplas till samma kontakt.
- Dokumentation av vården, t ex ett blodtrycksvärde, utförs av den hälso- och sjukvårdspersonal som gjort mätningen/tar emot mätvärde av patient. Detta gäller även icke-legitimerade yrkeskategorier, som t ex barnsköterska, skötare och undersköterska.
- Slutanteckningar ska skrivas av de yrkeskategorier som avslutar ett vårdförlopp. Slutanteckningen skall kunna kommuniceras till andra vårdgivare och läsas av patient. Slutanteckningen kan återge information skriven i tidigare anteckningar för att ge en komplett summering av vårdförloppet. Mallen/mallar för vårdavslut ska användas för kartläggning av tillstånd vid vårdavslutstillfället, slututvärdering av åtgärder, sammanställning av kvarstående behov och planering framåt. Den ska dessutom innehålla att information getts till patient: hänvisning och summering av dokumentation.