

Dokumenttyp Riktlinje	Ansvarig verksamhet Sydöstra sjukvårdsregionen	Version 2.0	Antal sidor 4
Dokumentägare eSPIR programstyrgrupp	Fastställare Håkan Klarin ordförande eSPIR programstyrgrupp	Giltig fr.o.m. 2015-11-06	Giltig t.o.m. Tills vidare

Riktlinje för vårddokumentation i sydöstra sjukvårdsregionen

Innehållsförteckning

Syfte med riktlinjen	2
Målgrupp	2
Syfte med patientjournal.....	2
Samlad information	3
Styrande principer för arbetet med patientjournal	3
Vem ska föra journal?	3
Språk i journalen	3
Strukturerade journaldata	3
Reducera fritext.....	4
Minska dubbeldokumentation	4
Gemensamma mallar.....	4
Läkemedel	4
Prov- och undersökningssvar	4
Remisser.....	4
Nationella eHälsotjänster	4
Kvalitetskontroll	4

Syfte med riktlinjen

Riktlinjen ska:

- stödja strukturerad och ändamålsenlig dokumentation
- ge en gemensam målbild och ange den huvudsakliga färdriktningen för vårdinformationshantering
- beskriva de överenskommelser som är gemensamma för sydöstra sjukvårdsregionen
- bidra till en likvärdig vård i sydöstra sjukvårdsregionen

Målgrupp

Målgrupp är:

- de som upprättar vårdokumentation
- medarbetare som utvecklar Vård-IT, det vill säga systemförvaltare, strateger, verksamhetsutvecklare, informatiker, ansvariga i pm3-organisation eller motsvarande

Syfte med patientjournal

Patientjournalen ska vara ett väl strukturerat arbetsredskap för vårdens personal, och på det sättet bidra till att hälso- och sjukvården kan arbeta i enlighet med Socialstyrelsens indikatorer för God vård.

Dokumentationen ska gå från traditionell yrkes- och klinikjournal till att beskriva patientens väg genom vården.

Detta förväntas ge:

- ökad patientsäkerhet genom att information är lätt att hitta när den behövs och genom att information kan delas mellan olika vårdssystem
- ökad vårdkvalitet genom att informationen kan jämföras och följas upp inom och mellan olika vårdssystem samt enklare delas till olika kvalitetsregister
- ökad patientmedverkan genom att informationen är lättillgänglig, entydig och begriplig för patienten

Journalen bidrar också till tillsyn och uppfyllande av rättsliga krav och uppgiftsskyldighet enligt lag. Det innebär att information som inte är nödvändig för dessa syften inte bör finnas i patientjournalen om inte särskild lag, författning eller annan reglering kräver detta.

Samlad information

Vårdsystemen ska användas för att samla all information. Detta uppnås genom integrationer med andra datakällor. Information på papper eller från andra system ska lagras i ett digitalt arkiv.

Rutiner ska finnas för att kontrollera patientens identitet. Den som utför en medicinsk åtgärd är skyldig att varje gång förvissa sig om patientens identitet.

Särskilt känslig information ska sekretessmarkeras. Det ska finnas rutiner för journalföring av patienter med sekretessmarkerade uppgifter, patienter som är kvarskrivna och patienter som använder fingerade personuppgifter. Patienter kan spärra vårdinformation i journalen, så att den inte är åtkomlig för andra vårdenheter.

Patientdatalagen ger vårdgivare rätt att, efter att patienten har gett sitt samtycke, elektroniskt ta del av vårddokumentation hos en annan vårdgivare. Syftet är att få en samlad information om patientens vårdhistorik – så kallad sammanhållen journalföring. Sammanhållen journalföring tillämpas även i den nationella patientöversikten.

Styrande principer för arbetet med patientjournal

Vem ska föra journal?

Den som har legitimation eller särskilt förordnande att utöva ett visst yrke inom hälso- och sjukvården eller tandvården ska föra journal.

Även icke legitimerad vårdpersonal har rätt att dokumentera. Alla vårdkontakter ska dokumenteras i patientens journal i omedelbar anslutning till kontakttillfället samt signeras där så krävs.

Språk i journalen

Journalhandlingar som upprättas ska vara skrivna på svenska, och vara så lätta som möjligt att förstå. Fackuttryck kan användas när så krävs för att säkerställa en god vård.

Texten ska utformas så att den inte kan feltolkas eller uppfattas som värderande av patienten eller dennes närstående. Förkortningar ska undvikas. Om förkortningar behövs ska de vara allmänt vedertagna.

Strukturerade journaldata

Arbetet ska knytas till nationella och internationella definitioner, klassifikationer och kodverk.

Dokumentationen i patientjournalen ska vara baserad på strukturerad inmatning med enhetliga sökord.

Reducera fritext

Fritext kan användas vid bedömningar, sammanfattningar samt för beskrivning av aktuellt hälsotillstånd. Där fasta val finns ska detta användas och vid behov kommenteras i tillhörande kommentarsfält där fritext kan användas.

Minska dubbeldokumentation

All nödvändig dokumentation ska samlas i en gemensam dokumentation för läkare, sjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Målet är att minska dubbeldokumentation som tynger journalen och gör den svårtillgänglig, oöverskådlig och patientsäker.

Gemensamma mallar

Mallar för vårddokumentation bör vara strukturerade med kvalitetssäkrade och strukturstödande sökord. Mallarna bör vara utformade så att de kan användas mellan olika verksamheter.

Läkemedel

Samtliga enheter ska på ett enhetligt sätt använda läkemedelsmodulen och all läkemedelshantering ska ske i det gemensamma systemet. Motiv till att man inlett, förändrat eller avslutat läkemedelsbehandling ska dokumenteras.

Prov- och undersökningssvar

Svarsfunktionerna av prov och undersökningar utgör normal dokumentation för prov- och undersökningssvar. Avvikelse som föranleder beslut och åtgärder ska dokumenteras i journalen.

Remisser

Alla remisser ska besvaras med undantag av privat vårdbegäran. Slutanteckning eller journalanteckning gäller inte som remiss eller remissvar.

Nationella eHälsotjänster

Tjänster inom de nationella eHälsotjänsterna ska vara tillgängliga som integrationer med patientjournalen.

Kvalitetskontroll

Mallar, sökord och deras användning, ska löpande kontrolleras för att säkerställa att behov, utveckling och förbättring av den strukturerade journaldokumentationen kan ske. Denna uppgift ingår i förvaltningen av vårdsystemen.