

Vårdokumentation

Gäller för: Region Kronoberg

Utförs på: Region Kronoberg

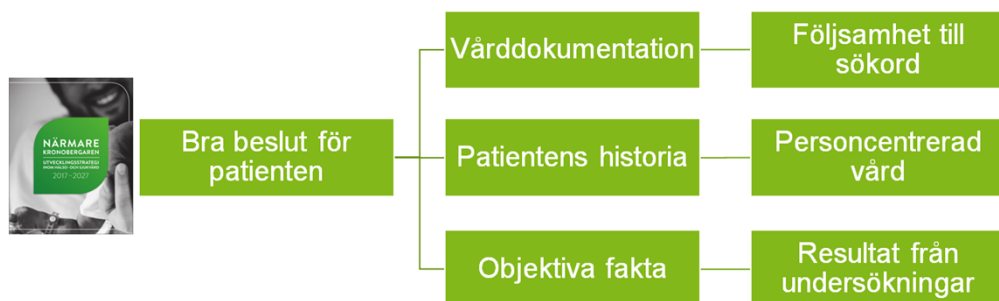
Riktlinje vårdokumentation

Syfte

Att öka kvaliteten och patientsäkerheten i vården genom en gemensam, följsam och tydlig vårdokumentation för verksamheter inom Region Kronoberg.

Vårdokumentationen är en av tre viktiga faktorer för bra beslut för patienten (se modell 1 nedan). Modellen exemplifierar att följsamhet till sökord är en viktig faktor för en god vårdokumentation. Genom sökbarhet och tydlighet inom vårdokumentationen är det enklare att fatta bra beslut för patienten.

Modell 1. Bra beslut för patienten



Strategier • Dokumentera Rätt I Vården (DRIV)

Vårdokumentation

Med vårdokumentation menas i huvudsak lagstadgad journalföring. Detta inkluderar även övrigt beslutsunderlag och information som dokumenteras i patientens journal så som provresultat, remisser och tidsbokningar.

Teknikneutral

Vårdokumentation är i sig teknikneutral. Vårdokumentation är inte lika med, eller begränsad till det som dokumenteras med hjälp av ett specifikt IT-stöd för journalföring.

Omfattning

Vårdavtal som omfattas ska följa regionens riktlinjer samt uppdragsspecifikation primärvård och regelbok hud samt all övrig regiondriven verksamhet.

Direktåtkomst

Region Kronobergs strategi är att tillgängliggöra så mycket vårdokumentation som möjligt, undantaget rättspsykiatri, genom direktåtkomst via 1177 vårdguiden. Direktåtkomst omfattar inte dokumentation som sker i journalföringssystemet Cosmic under sökorden ”Våldsutsatthet” samt ”Tredje person”.

Följsamhet

Det är ytterst linjeorganisationens respektive ledningsgrupp som har huvudansvaret för följsamhet av styrande dokument.

Lokala rutiner för vårdokumentation

Verksamheters lokala rutiner för vårdokumentation ska baseras på denna riktlinje. Lokala rutiner bör kvalitetssäkras av Vårdokumentationsgruppen inom Region Kronoberg.

Principer för vårdokumentation

Dokumentera Rätt i Vården (DRIV)

Vårdokumentation följer aktuell lagstiftning, föreskrifter och nationella riktlinjer och är Gemensam, Följsam och Tydlig.

Patientjournalen innehåller:

- väsentlig information för vård och behandling
- endast aktuell vårdsökande patient
- dokumentation på svenska och nödvändiga medicinska formuleringar som i största utsträckning är skriven utan förkortningar
- bakgrund, status, ställningstaganden, bedömningar, planering, åtgärder resultat, sammanfattningar och patientens önskemål
- dokumentation som är neutral, saklig, begriplig och korrekt samt består inte av personliga värderingar, uppfattningar och tyckanden,
- uppgifter om information som lämnats till patient, eventuella vårdnadshavare och närstående
- uppgifter om överkänslighet och intoleranser
- avvikelser och komplikationer av vård och behandling
- information om medicintekniska produkter
- intyg, remisser och annan relevant inkommande och utgående information
- patientens ställningstagande till samtycke om sammanhållen patientjournal

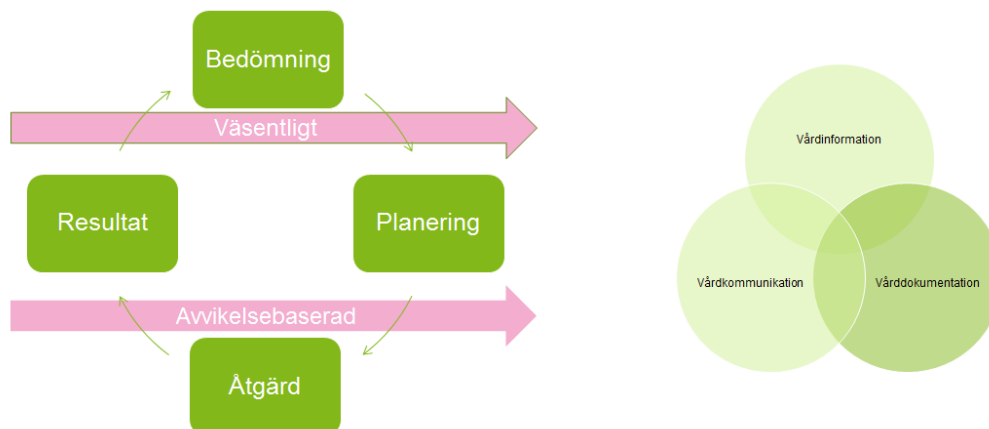
Stöd i dokumentationen

- Dokumentera direkt i journalen om det sammantaget tar mindre resurser i anspråk och/eller ökar det patientnära arbetet i jämförelse med att diktera.
- Journalhandlingar ska dikteras omgående samt transkriberas, signeras och vidimeras skyndsamt.
- Dokumentera väsentlig information för vård och behandling som uppkommer via distanskontakt (inkluderar digitalt vårdmöte) på samma sätt som vid ett fysiskt besök.
- Använd patientjournalen optimalt, det vill säga eventuellt IT-stöd och dess moduler innehåller sådan vårddokumentation som den är avsedd för. I praktiken innebär detta att samma information normalt inte ska förekomma i flera moduler.
- Koppla dokumentationen till relevanta sökord samt kod- och klassificeringssystem.
- Fokusera på dokumentation av avvikelse från normalt vårdförlopp. När vården följer ett förväntat normalförlopp, dokumenteras korta sammanfattningar av vården.

Modell för vårddokumentation i praktiken

Vad som ska dokumenteras framgår av denna riktlinje. En god vårddokumentation förutsätter även en bedömning av vilken information som är väsentlig och hur detaljerat denna behöver beskrivas. Detta varierar mellan patienter samt mellan vård och behandling. Se nedan bild för en praktisk illustration (modell 2).

Modell 2. Modell för vårddokumentation



Modellen visar en snurra med bedömning, planering, åtgärd och resultat. Grunden för en god vårddokumentation ligger i att visa på den röda tråden, något som beskrivs inom Dokumentera Rätt I Vården (DRIV) i den andra principen; följsamhet. Vidare ska endast det som är väsentligt beskrivas och det som avviker från förväntade händelser.

Modellen ovan visar även på att den information som skapas inom vård och behandling kan delas upp i tre delar; vårdinformation, vårdkommunikation och vårdokumentation.

Relaterade dokument

Egenkontrollprogram (identifierare 129379)

Huvudstrategi för utveckling av vårdokumentation (identifierare 117545)

Granskare

Denna riktlinje har tagits fram i samarbete med representanter från olika professioner och verksamheter inom Region Kronoberg (Läkare, chefläkare, jurist, sjuksköterskor, undersköterskor, medicinska sekreterare etc.)