

Rutin för dokumentation för terapeuter

Aktuella författningar

Patientdatalagen (SFS nr 2088:355)

Syfte

Tydliggöra riktlinjer för dokumentation för terapeuter som inte är hälso- och sjukvårdspersonal och som är anslutna till SAMT. Syftet med att föra en patientjournal är att bidra till en god och säker vård av patienten. Rutinen för patientjournaler följer i princip de regler som gäller för hälso- och sjukvårdspersonal.

Regler för upprättande av patient/klientjournal

En patientjournal ska innehålla

- uppgift om patientens identitet
- väsentliga uppgifter om bakgrund till vården
- uppgift om ställd diagnos och anledningen till mer betydande åtgärder
- väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder
- uppgift om den information som har lämnats till patienten, dennes vårdnadshavare och övriga närstående och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om valet av behandlingsalternativ och om möjligheten att få en ny medicinsk bedömning
- uppgift om en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling.

Patientjournalen ska innehålla uppgifter om vem som har gjort en anteckning och när, och uppgifterna ska föras in i patientjournalen så snart som möjligt.

Anteckningen ska också signeras av den som ansvarar för uppgiften, om det inte finns något synnerligt hinder.

Terapijournalen skall innehålla följande rubriker:

1. Patientens namn och personnummer, terapeutens namn, datum för behandlingen
2. Patientens diagnos och om den är ställd av läkare samt om patienten har läkarkontakt
3. Uppgift om läkemedel som kan påverka behandlingen
4. Problembeskrivning – beskrivning av utgångsläget
5. Målsättningen med behandlingen
6. Terapiform
7. Behandlingsplan
 - Utgångsläge
 - Terapimålsättning
 - Terapiinnehåll
 - Patientens/klientens samtycke
8. Anteckningar för varje behandlingstillfälle

9. Terapisammanfattning
 - Diagnos
 - Terapimålsättning
 - Förlopp
 - Resultat
 - Bedömning

Vad skall journalen innehålla?

Journalen skall under varje rubrik innehålla relevanta uppgifter i kortfattat form. Utöver att beskriva behandlingsförloppet enligt rubrikerna ovan antecknas samtal med teammedlemmar eller ordinerande läkare, eventuella klagomål och hur de har hanterats samt särskilda händelser som t ex att patienten hänvisades till sjukvården p g a försämring.

Förvaring av journaler och patientsäkerhet

Pappersjournaler förvaras i låst skåp. Datajournaler får bara upprättas i skyddade system. Patientuppgifter får inte hanteras via mejl eller i andra öppna system.

Tillgång till journalen

Tillgång till journalen har i första hand terapeuten. Patienten har rätt att ta del av journalen om inte behandlaren har goda skäl att anta att detta skulle medföra men för patienten. Om terapeuten arbetar på ordination av läkare blir den till hälso- och sjukvårdspersonal för den patienten. Därmed har även behandlande läkare och annan sjukvårdspersonal rätt att ta del av journalen om den innehåller för andra professioner viktig information. Detta kräver patientens medgivande.