

Gäller för: Skaraborgs Sjukhus

Giltig från: 2025-02-05

Innehållsansvar: Elin Holmstrand, (eliho5), Kirurgisjuksköterska

Giltig till: 2027-02-03

Granskad av: Annette Treng Jarlshammar, (anntr2), Utvecklingschef

Godkänd av: Christer Printz, (chrpr), Chefläkare

Rondanteckning – dokumentation i Melior

Revideringar i denna version

Förlängd giltighetstid.

Bakgrund, syfte och mål

Socialstyrelsen har identifierat kommunikation och informationsöverföring som ett riskområde gällande patientsäkerhet. Kommunikation och informationsöverföring handlar dels om den muntliga informationen som överförs i samtal, dels om den skrivna informationen som överförs via remiss eller via patientjournal.

HSLF-FS 2016:40, Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, tydliggör vårdgivarens ansvar för journalens innehåll. Det står bland annat att läsa:

Vårdgivaren ska säkerställa att en patientjournal, i förekommande fall, innehåller uppgifter om

- 1. aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
- 2. utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa
- 3. ordinationer och ordinationsorsak
- 4. resultat av utredande och behandlande åtgärder
- 5. slutanteckningar och andra sammanfattningar av genomförd vård
- 6. överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen
- 7. komplikationer av vård och behandling
- 8. vårdrelaterade infektioner
- 9. samtycken och återkallade samtycken
- 10. patientens önskemål om vård och behandling

- 11. de medicintekniska produkter som har förskrivits till, utlämnats till eller tillförts en patient på ett sådant sätt att de kan spåras
- 12. intyg, remisser och annan för vården relevant inkommande och utgående information
- 13. vårdplanering

Mallen rondanteckning används på olika sätt på Skaraborgs Sjukhus. Syftet med detta styrdokument är att tydliggöra vad en rondanteckning bör innehålla samt vem som ansvarar för att dokumentera i denna.

Arbetsbeskrivning

En rondanteckning är en medicinsk anteckning som kan innehålla kompletterande anamnesuppgifter, ett aktuellt medicinskt status, relevanta undersökningsresultat, en läkemedelsavstämning, en bedömning, vilka mål som satts, vilka åtgärder som ska eller kommer att vidtas och hur utvärdering planeras. Undvik upprepningar av information som redan står i journalen. Rondanteckning bör skrivas frekvent och alltid vid en förändring av patientens status. Den ska skrivas, eller dikteras, av läkaren själv.

Term	Termtyp	Ev Alternativ	Alternativ	Kommentar
Dikteringsdatum	Datumfält			
Aktuellt	Fritext			
Läkemedelsavstämning	Fritext			
Bedömning	Fritext			
Mål	Fritext			
Åtgärd	Fritext			
Utvärdering	Fritext			

Käll- och litteraturförteckning

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Stockholm: Socialdepartementet

Patientdatalagen (PDL 2008:355). Stockholm: Socialdepartementet

Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 20016:40). Stockholm: Socialstyrelsen

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Stockholm: Socialstyrelsen.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Skaraborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Elin Holmstrand, (eliho5),
Kirurgisjuksköterska

Granskad av: Annette Treng Jarlshammar, (anntr2),
Utvecklingschef

Godkänd av: Christer Printz, (chrpr), Chefläkare

Dokument-ID: SKAS9730-1455443510-112

Version: 4.0

Giltig från: 2025-02-05

Giltig till: 2027-02-03