

VON F 2019/00428 003

Dokumentation

Gäller för verksamhetsområde : Vård och omsorgskontorets hälso- och sjukvård

Framtagen av: Medicinskt ansvariga

Ersätter: VON F 2017/00430 003

Giltig från och med: 2019-10-07

Innehåll

INNEHÅLL	2
1. INLEDNING	3
2. MÅL	3
3. SKYLDIGHET ATT FÖRA PATIENTJOURNAL	3
4. ANSVAR	3
4.1 MEDICINSKT ANSVARIGA	3
4.2 VERKSAMHETSCHEF	3
4.3 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONAL.....	3
5. JOURNALFÖRING	4
5.1 JOURNALFÖRING	4
5.2 VÅRDPLANER.....	4
5.3 TELEFONFÖRFRÅGNING.....	4
5.4 AVVIKELSEHANTERING	5
5.5 SIGNATURFÖRTYDLIGANDE	5
5.6 TYSTNADSPLIKT OCH OLOVLIGT TILLTRÅDE TILL PATIENTUPPGIFTER	5
5.7 PATIENTENS INTEGRITET.....	5
5.8 SPRÅKET	5
5.9 RÄTTELSE ELLER FÖRSTÖRING AV PATIENTUPPGIFTER.....	5
5.10 RÄTTIGHET ATT LÄSA OCH/ELLER FÅ KOPIA PÅ SIN EGEN JOURNAL.....	5
5.11 RÄTTIGHET ATT LÄSA OCH/ELLER FÅ KOPIA PÅ ANNANS JOURNAL.....	6
6 SÄKERHETSROUTINER FÖR DOKUMENTATION I DATORJOURNAL	6
6.1 OFÖRUTSETT DRIFTSTOPP.....	6
6.2 PLANERADE DRIFTSTOPP	6
6.3 DOKUMENTATION VID DRIFTSTOPP AV DIGITAL JOURNAL	6
6.4 INFORMATIONSSÄKERHET.....	7
7 JOURNALHANTERING	7
7.1 FÖRVARING	7
7.2 ÅRKIVERING	7
7.3 VERKSAMHETS UPPHÖRANDE.....	7
REFERENSER:	8
BILAGA 1. JOURNALBLAD VID DRIFTSTOPP, HÄLSO- OCH SJUKVÅRD.....	9

1. Inledning

För att säkerställa att patienten får en god och säker vård finns en lagstadgad skyldighet att föra patientjournal över de bedömningar och beslut och åtgärder som har gjorts gällande patientens vård och behandling. Syftet med patientjournalen är att den ska vara en informationskälla för patienten och att säkerställa att patienten får en god och säker vård.

Dokumentationen ska ske på ett strukturerat och standardiserat sätt enligt Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) och klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). Kvalitetsgranskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation ska göras regelbundet. Inom kommunala verksamheter enligt instruktion.¹

2. Mål

Patientjournalen ska vara skriven på ett strukturerat och standardiserat sätt och fungera som ett verktyg för patientens vård och behandling.

3. Skyldighet att föra patientjournal

Dokumentationen ska utföras i anslutning till en genomförd bedömning eller åtgärd eller senast innan arbetspassets slut.

Anteckningar ska föras för varje enskild patient och vid varje kontakt gällande vård, undersökning eller behandling. Detta gäller även vid telefonrådgivning. Endast uppgifter som är väsentliga för den enskildes hälso- och sjukvård och tandvård ska dokumenteras. Hälso- och sjukvårdspersonal har ett personligt ansvar för att föra journal och därför ska det alltid framgå av vem och när uppgifterna har dokumenterats. Endast den personal som är direkt inblandad i vården av den enskilde har rätt att ta del av en journalhandling.

4. Ansvar

4.1 Medicinskt ansvariga

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS och medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR ansvarar för att det finns direktiv för dokumentation i patientjournalen, samt att följa upp att direktivet följs i verksamheten.

4.2 Verksamhetschef

Verksamhetschefen för hälso- och sjukvård ansvarar för att rutiner i verksamheten upprättas utifrån direktivet för dokumentation och att kvalitetsgranskning genomförs, samt ansvarar för att rutinerna är kända, efterlevs och följs upp. Verksamhetschef ansvarar för att beslut om utlämnande av journal sker så snart som möjligt, om inte det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är viktigt att den inte lämnas ut.

4.3 Hälso- och sjukvårdspersonal

Journalen ska så långt som det är möjligt upprättas i samråd med den enskilde. Om den enskilde tar eget ansvar för sin hälso- och sjukvård, till exempel avböjer insatser eller egenvård ska detta dokumenteras i patientjournalen. Förändringar i

¹ Kvalitetsgranskning hälso-och sjukvårdsdokumentation

personens hälsotillstånd som är av vikt för att omvårdnadspersonalen ska kunna utföra sitt arbete på rätt sätt, ska dokumenteras så att omvårdnadspersonalen på ett enkelt sätt kan ta del av informationen. Sjuksköterskan har huvudansvaret för att en patientjournal upprättas för personer som bor i särskilt boende eller vistas på biståndsbeslutad dagverksamhet/daglig verksamhet.

Vid hemsjukvård, i ordinärt boende ansvarar den legitimerade som först får kontakt med patienten för att upprätta en patientjournal.

Icke legitimerade personal för patientjournal via vårdplaner när:

- biträder en legitimerad yrkesutövare,
- deltar i vården av en patient och har kännedom om uppgifter som har betydelse för patientens fortsatta vård och behandling.

5. Journalföring

5.1 Journalföring

Vård- och omsorgskontorets patientjournal är en integrerad del av kommunens verksamhetssystem. Vissa dokument räknas som journalhandling men förvaras utanför den digitala journalen. Patientjournalen är av grundläggande betydelse för vård- och behandlingsarbetet inom hälso- och sjukvården inklusive tandvården och kan vara helt avgörande för patientsäkerheten. Patientjournalen är främst ett arbetsinstrument för den som ansvarar för patientens vård och ska beskriva vårdens planering, genomförande och resultat. Vilka uppgifter som en patientjournal ska innehålla regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring.²

Information om hur dokumentationen görs i verksamhetssystemet Treserva finns på Norrköpings kommuns intranät/web

För att säkerställa tillgång till nödvändig information från Regionen bör kopior på läkarjournal efterfrågas vid exempelvis rond eller ordinationer.

5.2 Vårdplaner

Syftet med vårdplanen är att alla personer som är involverade i patientens vård ska arbeta mot samma mål och gemensamt genomföra de åtgärder som beslutats. Planen ska innehålla åtgärder som kan vara relevanta för omvårdnads- och rehabiliteringsbehov, problem eller risker. Den legitimerade ska bedöma när vårdplaner ska utarbetas. Vårdplaner ska om så är möjligt upprättas i samråd med patienten.

5.3 Telefonförfrågning

Telefonsamtal från patient/närstående/personal som resulterar i att vård och behandling påbörjats ska alltid dokumenteras i patientjournalen. Den hälso- och sjukvårdspersonal som mottagit telefonförfrågan avgör själv vad som ska dokumenteras.

² HSLF-FS 2016:40

5.4 Avvikelsehantering

Avvikelser dokumenteras enligt handboken för avvikelsehantering inom vård- och omsorgskontoret.

5.5 Signaturförtydligande

All legitimerad och delegerad personal ska dokumentera sitt personnummer, namn, signatur och befattning på blankett ”Signaturförtydligande”. Syftet med att upprätta lista för signaturförtydligande är för att kunna identifiera personer vid inträffade händelser. Den ifyllda blanketten ska sparas på enheten. Enligt arkiveringsrutin. Vid upphörande av enhet ska listorna sändas till mellanarkivet, vård- och omsorgskontoret. Blankett ”Signaturförtydligande” finns på Norrköpings kommuns intranät/web

5.6 Tystnadsplikt och olovligt tillträde till patientuppgifter

All personal inom hälso- och sjukvården har tystnadsplikt. Det innebär att uppgifter som rör patientens sjukdom eller behandling och personliga förhållanden skyddas av sekretess. Enbart den hälso- och sjukvårdspersonal som är engagerade i vården av patienten har rätt att ta del av journalen. Ett olovligt efterforskande i ett journalsystem kan vara straffbart enligt straffbestämmelser om dataintrång. Även läsning i utbildningssyfte räknas som dataintrång. I de fall uppgifter behöver lämnas ut till andra än de som vårdar patienten ska patienten alltid ha lämnat sitt medgivande. Sekretess hindrar inte att uppgifter lämnas ut till vissa myndigheter.

5.7 Patientens integritet

Patientjournalen ska föras på ett sådant sätt att patientens integritet bevaras. Uppgifterna ska vara korrekta och väl underbyggda och inte innehålla subjektiva värdeomdömen. Ovidkommande uppgifter ska undvikas.

5.8 Språket

Journalhandlingen ska vara skriven på svenska, vara tydligt utformad och så långt som möjligt förståelig för patienten. Fackuttryck får användas för att uppfylla kraven på tydlighet men förkortningar ska undvikas.

5.9 Rättelse eller förstöring av patientuppgifter

Uppgifter i patientjournalen får inte utplånas eller göras oläsliga. En rättelse ska alltid göras så att den ursprungliga texten fortfarande går att läsa. Vid rättelser av en felaktighet ska det anges när rättelsen har skett och vem som har gjort den.

5.10 Rättighet att läsa och/eller få kopia på sin egen journal

Patienten har rätt att läsa sin journal om det inte bedöms att hen kan skadas eller att behandlingen skulle kunna bli lidande.

Ansvarig legitimerad personal ansvarar för att bedöma om en kopia på journalhandlingar ska lämnas ut till patienten. I ansvaret ingår att inhämta uppgifter för bedömningen från andra legitimerade yrkesgrupper. Ska en handling lämnas ut ska uppgifterna lämnas som en kopia, avskrift eller genom att den sökande får läsa journal/handling på plats. Den enskilde ska erbjudas hjälp vid läsningen. Den som lämnar ut journal/handling ska förvissa sig om att det är rätt mottagare som tar emot handlingarna

5.11 Rättighet att läsa och/eller få kopia på annans journal

Den som tar ställning till om en journal får läsas eller lämnas ut till annan person än patienten ska i första hand inhämta samtycke, i andra hand används sekretessbrytande bestämmelse och i sista hand görs menprövning.³ Förfrågan om kopia på journal kan med fördel begäras skriftligt. Utlämnande av kopia eller avskrift ska dokumenteras i patientjournalen. Dokumentationen ska innehålla vem som har fått kopian, vad kopian omfattar, när den lämnades ut och vem som har lämnat ut kopian. Vid utlämnande av kopia på avlidens journal utgår man från den avlidne patientens synvinkel, gör en bedömning, dels av hur patienten skulle ställt sig i frågan om utlämnande och dels om ett utlämnande kan tänkas skada den avlidnes minne. I en del fall kan det även bli fråga om medgivande/samtycke från andra anhöriga. Observera att det inte är en självklarhet att en nära släkting har rätt att få ut journalen. Sekretess hindrar inte att uppgifter lämnas ut till vissa myndigheter.

6 Säkerhetsrutiner för dokumentation i datorjournal

6.1 Oförutsett driftstopp

När en person flyttar till särskilt boende eller får insatser insatta från hemsjukvården ska tjänstgörande sjuksköterska ansvara för att ett aktuellt brukarkort från Treserva med skrivs ut med adekvata uppgifter. Den sjuksköterska som tar emot en ändring avseende innehållet i brukarkortet ska se till att en ny aktuell papperskopia finns utskrivet. I hemsjukvård ska det finnas rutin för att arbetsuppgifter kan utföras vid ett oplanerat driftstopp.

6.2 Planerade driftstopp

Vid planerade driftstopp ska legitimerad personal besluta vilken dokumentation som ska skrivas ut i pappersform för att säkra den medicinska vården. Dessa tillfälliga utskrifter ska förstöras efter avslutat planerat driftstopp.

6.3 Dokumentation vid driftstopp av digital journal

Vid driftstopp av digital patientjournal ska dokumentationen utföras på journalpapper och signeras enligt patientdatalagen. Journalblad vid driftstopp (bilaga 1) ska skrivas ut så exemplar finns på enheten vid oförutsett datorstopp. Dokumentationen är en originalhandling och ska förvaras enligt direktiv. Under driftavbrottet ska journalblad förvaras på så vis att det underlättar arbetet att föra in anteckningarna efter avslutat driftstopp. Hälso- och sjukvårdspersonal ska snarast och senast inom tre dygn efter avslutat driftstopp föra in sin egen dokumentation i datajournalen.

Undantag: Om sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut inte är tillbaka i tjänst inom tre dygn och därför inte kan föra in sina journalanteckningar i datajournalen ska den sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut som tjänstgör på den fjärde arbetsdagen dokumentera en hänvisning i datorjournalen under respektive sökord att journalanteckningen finns i pappersform.

³ Se direktiv inhämtande av samtycke

6.4 Informationssäkerhet

Löpande granskning av dokumentation ska genomföras som egenkontroller och i samband med händelseanalyser och klagomålsärenden.

Loggkontroller i verksamhetssystemet Treserva ska genomföras två gånger per år enligt riktlinje⁴.

7 Journalhantering

7.1 Förvaring

Varje journal ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte har tillgång till patientjournalen. De delar av patientjournalen som förekommer i pappersform ska förvaras inlåsta i brand- och vattensäkert skåp och klart separerade från läkarjournalens papperskopior.

7.2 Arkivering

Information om gallring och arkivering finns på Norrköpings kommuns intranät/web

7.3 Verksamhets upphörande

När en enskild verksamhet inte ska drivas vidare ska vårdgivaren se till att patientjournalerna som finns i verksamheten tas om hand på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem. Hälso- och sjukvårdsjournalerna ska skrivas ut, gallras och skickas till arkivet enligt regelverk för gallring och arkivering.

⁴ Riktlinje för loggkontroller

Referenser:

Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30

Patientdatalagen 2008:355

Patientsäkerhetsförordningen 2010:1369

Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården HSLF-FS 2016:40

