

| | | |
|---|--|-------------------------------------|
| Framtagen av: Medicinskt ansvariga | Sökord i diariet: Dokumentation | Fastställt år: 2017-06-15 |
| Fastställt av: Medicinskt ansvariga | Målgrupp: | Revideras: Kontinuerligt |
| | Diarienummer: VON F 2017/00430 003 | |

Dokumentation

- Vård och omsorgskontorets hälso- och sjukvård

Innehåll

| | |
|---|----------|
| INNEHÅLL | 2 |
| 1. INLEDNING | 3 |
| 2. SKYLDIGHET ATT FÖRA PATIENTJOURNAL | 3 |
| 3. ANSVAR | 3 |
| 3.1 MEDICINSKT ANSVARIG SJUJKÖTERSKA OCH MEDICINSKT ANSVARIG FÖR REHABILITERING | 3 |
| 3.2 VERKSAMHETSCHEF | 4 |
| 3.3 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONAL..... | 4 |
| 4. INSTRUKTIONER | 5 |
| 4.1 JOURNALFÖRING | 5 |
| 4.2 VÅRDPLANER | 5 |
| 4.3 TELEFONFÖRFRÅGNING..... | 6 |
| 4.4 AVVIKELSEHANTERING | 6 |
| 4.5 SIGNATURFÖRTYDLIGANDE | 6 |
| 4.6 TYSTNADSPLIKT OCH OLOVLIGT TILLTRÄDE TILL PATIENTUPPGIFTER | 6 |
| 4.7 SAMTYCKE..... | 6 |
| 4.8 PATIENTENS INTEGRITET..... | 6 |
| 4.9 SPRÅKET | 7 |
| 4.10 RÄTTELSE ELLER FÖRSTÖRING AV PATIENTUPPGIFTER..... | 7 |
| 4.11 RÄTTIGHET ATT LÄSA OCH/ELLER FÅ KOPIA PÅ SIN EGEN JOURNAL..... | 7 |
| 4.12 RÄTTIGHET ATT LÄSA OCH/ELLER FÅ KOPIA PÅ ANNANS JOURNAL..... | 7 |
| 4.13 SÄKERHETSROUTINER FÖR DOKUMENTATION I DATORJOURNAL | 8 |
| 4.13.1 <i>Oförutsett driftstopp</i> | 8 |
| 4.13.2 <i>Planerade driftstopp</i> | 8 |
| 4.13.3 <i>Dokumentation vid driftstopp av digital journal</i> | 8 |
| 5. JOURNALHANTERING | 8 |
| 5.1 FÖRVARING | 8 |
| 5.2 DOKUMENTHANTERINGSPLAN | 8 |
| 5.3 ARKIVERING | 9 |
| 5.4 VERKSAMHETS UPPHÖRANDE..... | 9 |
| 6. KVALITETSREGISTER | 9 |
| BILAGA 1. JOURNALBLAD VID DRIFTSTOPP, HÄLSO- OCH SJUKVÅRD..... | 10 |

1. Inledning

Bestämmelser om hur journalföringen ska göras finns reglerat i patientdatalagen¹ och i socialstyrelsens föreskrifter². Enligt patientdatalagen utgör en journal alla handlingar och anteckningar som upprättas i samband med undersökning, vård och behandling och som rör patientens hälsotillstånd och de åtgärder som planeras eller genomförs.

2. Skyldighet att föra patientjournal

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att föra patientjournal för de personer som bor i kommunens särskilda boendeformer och för de som får hemsjukvård i ordinärt boende och är i behov av en sjuksköterskas, arbetsterapeuts eller fysioterapeuts åtgärder. Samma regler gäller även vid vistelse på kommunal biståndsbedömd dagverksamhet samt beslutad daglig verksamhet.

Skyldigheten att dokumentera gäller vid individuellt inriktade bedömningar och åtgärder rörande undersökning, vård och behandling samt vid dödsfall. Bedömningen eller åtgärden är inte slutförd förrän den även är dokumenterad och signerad. Dokumentationen ska utföras i anslutning till en genomförd bedömning eller åtgärd eller senast innan arbetspassets slut och signeras i verksamhetssystem när den sparas.

Syftet med patientjournalen är att den ska vara en informationskälla för patienten och att säkerställa att patienten får en god och säker vård. Patienten har även rätt att införa en avvikande mening i journalen.

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.

3. Ansvar

3.1 Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS och medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR är ansvariga inom sina respektive ansvarsområden för att det inom kommunens hemsjukvård, särskilda boendeformer, dagverksamhet och dagligverksamhet förs journaler i den omfattning som föreskrivs i lag.³ Detta

¹ Patientdatalagen 2008:355

² Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården 2016:40

³ Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30, Patientdatalagen 2008:355, Patientsäkerhetsförordningen 2010:1369

innebär att MAS och MAR ansvarar för att det finns utarbetade direktiv för journalföring och att följa upp att dessa följs i verksamheten. Direktiv finns på Norrköpings kommuns intranät.

3.2 Verksamhetschef

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård ansvarar för att de direktiv som är fastställda av MAS och MAR, är väl kända i verksamheten. Verksamhetschefen ansvarar för att rutiner i verksamheten upprättas utifrån direktivet för dokumentation och har även ansvar för att rutinen är känd, efterlevs och följs upp i det dagliga arbetet. Verksamhetschefen ska säkerställa att all personal har de förutsättningar som krävs för att kunna utföra dokumentationen på ett säkert sätt, exempelvis kunskap, tid och material.

3.3 Hälso- och sjukvårdspersonal

Enligt lag⁴ har legitimerad personal skyldighet att föra journal⁵. 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 ska detta dokumenteras i patientjournalen. Förändringar i 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.

I patientjournaldelen ska all dokumentation som sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeut är skyldig att föra enligt lag utföras. Olika yrkeskategoriers ansvar för dokumentation:

- Icke legitimerade personal måste föra patientjournaler⁶när:
 - personal inom hälso- och sjukvården biträder en legitimerad yrkesutövare
 - personal inom hälso- och sjukvården som deltar i vården av en patient och har kännedom om uppgifter som har betydelse för patientens fortsatta vård och behandling.
- Sjuksköterskan har huvudansvaret för att en patientjournal upprättas för personer som bor i särskilt boende eller vistas på biståndsbeslutad dagverksamhet/dagligverksamhet.
- I hemsjukvård i ordinärt boende ansvara den legitimerade som först får kontakt med patienten för att upprätta en patientjournal.

All hälso- och sjukvårdspersonal ska dokumentera utförda hälso- och sjukvårdsåtgärder och bedömningar i patientjournalen innan arbetspasset är slut.

⁴ Patientsäkerhetslagen 2010:659

⁵ Patientdatalag 2008:355 kap 3:3 och 4§§

⁶ Handbok-Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården

4. Instruktioner

4.1 Journalföring

Vård- och omsorgskontorets patientjournal är en integrerad del av kommunens verksamhetssystem. Vissa dokument räknas som journalhandling men förvaras utanför den digitala journalen, analogt. Patientjournalen är av grundläggande betydelse för vård- och behandlingsarbetet inom hälso- och sjukvården inklusive tandvården. Att åtgärder dokumenteras kan vara helt avgörande för patientsäkerheten. Patientjournalen är främst ett arbetsinstrument för den som ansvarar för patientens vård.⁷ En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för att patienten ska få en god och säker vård såsom;

- Väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården.
- Uppgifter om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder.
- Väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder.
- Uppgifter om den information som patienten har fått och om de ställningstaganden som har gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och möjligheten att få en ny medicinsk bedömning.

Patientjournalen ska också innehålla uppgifter om

- namn, personnummer och adress,
- namn och befattning på den person som svarar för en viss journaluppgift,
- tidpunkten för varje vårdkontakt,
- aktuellt hälsotillstånd, ordinationer om t e x behandlingar, förskrivningsorsaker, undersökningsresultat, smitta och epikriser som berör den medicinska omvårdnaden,
- markering om patienten har en överkänslighet som innebär en allvarlig risk för dennes liv eller hälsa,
- lämnade samtycken,
- patientens egna önskemål,
- medicintekniska produkter som förskrivits, utlämnats, tillförts eller avförts från en patient,
- utfärdade intyg och remisser,
- vårdplanering,

Dokumentationen i patientjournalen ska beskriva vårdens planering, genomförande och resultat. Information om hur dokumentationen görs i verksamhetssystemet finns på Norrköpings kommuns intranät.

4.2 Vårdplaner

Syftet med att upprätta vårdplaner är att påvisa vilka åtgärder som kan vara relevanta vid behandling av rehabiliterings- och omvårdnadsproblem eller risk för rehabiliterings- och omvårdnadsproblem. Vårdplanerna ska dokumenteras i den datoriserade patientjournalen. De legitimerade ska bedöma om patienten har problemområden som ger anledning till att vårdplaner ska utarbetas. Vårdplaner ska om så är möjligt upprättas i samråd med patienten, eventuellt närstående, arbetsterapeut, fysioterapeut, omvårdnadspersonal och läkare. Vårdplaner ska upprättas med rehabiliterings- och omvårdnadsdiagnoser och till varje diagnos ska

⁷ prop. 2007/08:126 s.89 ff.

mål formuleras. För målen ska planerade åtgärder dokumenteras. Datum för uppföljning av målen ska alltid anges.

4.3 Telefonförfrågning

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

4.4 Avvikelsehantering

Avvikelser dokumenteras enligt ”Handbok för avvikelsehantering inom vård- och omsorgskontoret”. Handboken finns tillgängligt på Norrköpings kommuns intranät.

4.5 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 av enhetschefen på enheten som en administrativ handling i 10 år för att ge möjlighet till identifiering och spårbarhet. Vid upphörande av enhet ska listorna sändas till mellanarkivet, vård- och omsorgskontoret, för att där bevaras i totalt 10 år. Blanketten finns på Norrköpings kommuns intranät.

4.6 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.

4.7 Samtycke

Samtycke hanteras enligt direktiv ”Samtycke på hälso- och sjukvårdens område, vård- och omsorgskontoret” upprättat av MAS och MAR i Norrköpings kommun och finns på Norrköpings kommuns intranät.

4.8 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.

4.9 Språket

Journalhandlingen ska vara skriven på svenska, vara tydligt utformad och så långt som möjligt förståelig för patienten⁸. Fackuttryck får användas för att uppfylla kraven på tydlighet men förkortningar ska undvikas.

4.10 Rättelse eller förstöring av patientuppgifter

Uppgifter i patientjournalen får inte utplånas eller göras oläsliga⁹. 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. På ansökan av patienten eller någon annan som omnämns i en patientjournal får Socialstyrelsen besluta att patientjournalen helt eller delvis ska förstöras¹⁰. Förutsättningarna för detta är att det finns godtagbara skäl för ansökan, att patientjournalen eller den del av den som ansökan avser inte behövs för patientens vård och att det från allmän synpunkt inte finns skäl att bevara patientjournalen. Innan ansökan slutligt prövas får den som ansvarar för en journalhandling som omfattas av ansökan ges tillfälle att yttra sig.

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

Patienten har rätt att läsa sin journal om det inte bedöms att hon eller han kan skadas eller att behandlingen skulle kunna bli lidande. Sjuksköterskan ansvarar för att bedöma om en kopia på journalhandlingar ska lämnas ut till patienten. I sjuksköterskans ansvar ingår att inhämta uppgifter för bedömningen av andra legitimerade yrkesgrupper. Verksamhetschef/områdeschef ansvarar för att beslut om utlämnande sker så snart som möjligt om inte det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är viktigt att uppgiften inte lämnas till honom eller henne¹¹.

4.12 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;

1. **Samtycke** - medgivande från den det berör.
2. **Sekretessbrytande bestämmelse** - en bestämmelse som innebär att en sekretessbelagd uppgift får lämnas ut under vissa förutsättningar, t ex. vid smittsamma sjukdomar.
3. **Menprövning** - den som tar ställning till om en uppgift får lämnas ut till annan person än patienten, bör ta reda på vad uppgiften ska användas till för att kunna utföra en menprövning. En menprövning innebär att det inte får finnas någon risk att patienten eller närstående kan komma att lida men på grund av informationen. Sekretess gäller inte om det är klart att en uppgift kan lämnas ut utan att den enskilde eller någon närstående lider men.

⁸ Patientdatalagen 2008:355 kap 3 13§

⁹ Patientdatalagen 2008:355 kap 3 14§

¹⁰ Patientdatalagen 2008:355 kap 8 4§

¹¹ OSL SFS 2009:400 kap 25 6§

Utlämnande av kopia eller avskrift ska dokumenteras i patientjournalen och signeras. Dokumentationen ska innehålla vem som har fått kopian, vad kopian omfattar, när den lämnades ut och vem som har lämnat ut kopian.

4.13 Säkerhetsrutiner för dokumentation i datorjournal

4.13.1 Oförutsett driftstopp

När en person flyttar till särskilt boende eller får insatser insatta från hemsjukvården ska tjänstgörande sjuksköterska ansvara för att ett aktuellt brukarkort med adekvata uppgifter finns utskrivet. Den sjuksköterska som tar emot en ändring avseende innehållet i brukarkortet ska se till att en ny aktuell papperskopia finns utskriven.

4.13.2 Planerade driftstopp

Sjuksköterskan ska i samråd med arbetsterapeut och fysioterapeut besluta vilken dokumentation som ska skrivas ut i pappersform för att säkra den medicinska vården. Dessa tillfälliga utskrifter ska förstöras efter avslutat planerat driftstopp.

4.13.3 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. Hälso- och sjukvårdspersonal ska snarast och senast inom tre dygn efter avslutat driftstopp föra in sin egen dokumentation i datorjournalen.

Undantag: Om en sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut inte är tillbaka i tjänst inom tre dygn i verksamheten och därför inte kan föra in sina journalanteckningar i datorjournalen ska den sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut som tjänstgör på den fjärde arbetsdagen dokumentera en hänvisning i datorjournalen under respektive sökord till journalanteckningen i pappersform. Anteckningen i datorjournalen ska signeras enligt normal rutin. Detta ska tydligt framgå i enhetens rutin. Undantaget gäller inte såtillvida att dagpersonal kan dokumentera nattpersonals insatser så de tillhör olika delar av organisationen.

5. Journalhantering

5.1 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.

5.2 Dokumenthanteringsplan

Dokumenthanteringsplan NSA bet. 89 – Treserva systemen, NSA bet. 69 ÄHO, Särskilda boenden, NSA bet. 33 ÄOH, dagcentraler och bilagor 4 och 7 finns på Norrköpings kommuns intranät. Planernas regler gäller oavsett om handlingen har analog eller digital form.

5.3 Arkivering¹²

Information om gallring och arkivering finns på Norrköpings kommuns intranät.

5.4 Verksamhets upphörande

När en enskild verksamhet¹³ 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 stadsarkivet enligt dokumenthanteringsplanerna.

6. Kvalitetsregister¹⁴

Med kvalitetsregister menas en samling av personuppgifter som inrättats för att utveckla och säkra vårdens kvalitet. Innan personuppgifter behandlas i ett kvalitetsregister ska patienten få information om rätten att när som helst få uppgifter om sig själv utplånade ur registret. Information ska också ges om uppgifter inhämtas från någon annan källa och vilka kategorier av mottagare som personuppgifterna kan komma att lämnas ut till. Om patienten inte vill att personuppgifterna behandlas i ett kvalitetsregister får så inte ske.

¹² Patientdatalagen 2008:355 kap 3, 17 och 18 §§

¹³ Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården 2016:40

¹⁴ Patientdatalagen 2008:355 kap 7

