

RIKTLINJER FÖR

Dokumentation i patientjournalen



Antaget av	Vård- och omsorgsnämnden
Antaget	2019-04-02
Giltighetstid	2023-04-02
Dokumentansvarig	Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Diarienummer	2019/00038
Gäller för	Kommunal hälso- och sjukvård, avdelning för äldre och funktionsnedsatta, socialförvaltningen.
Ersätter tidigare versioner	Riktlinje för dokumentation i patientjournalen, 2011-08-02, samt rutin för utlämnande av patientjournal, 2013-08-29.

1. Inledning

Enligt patientdatalagen (2008:355) är legitimerad personal skyldig att föra patientjournal. Syftet är en god och säker vård, att vara ett arbetsredskap för dem som vårdar patienten och att kunna användas för uppföljning och utvärdering av given vård. En patientjournal ska föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter. Patientjournalen kan bestå av en eller flera journalhandlingar som rör samma patient, exempelvis ordinationshandling för läkemedel, signeringslistor samt den elektroniska journalen

2. Syfte

Beskriva regelverket kring dokumentation anpassat till de lokala förutsättningarna, roller och ansvar samt hur vi säkerställer en god dokumentation.

3. Avgränsning

Riktlinjen handlar om patientjournalen i den kommunala hälso- och sjukvården.

4. Ansvar i verksamheten

Verksamhetschef hälso- och sjukvård

- Att det i verksamhetens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns de rutiner och processer som behövs för att säkerställa en god och säker dokumentation i patientjournalen.

Medicinskt ansvariga (MAS och MAR)

- Att regelbundet genomföra journalgranskning av patientjournalen utifrån gällande författningar.
- Att rapport om journalgranskningen redovisas i den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

Enhetschef hälso- och sjukvård

- Att legitimerad personal har kunskap om dokumentation i patientjournalen enligt gällande föreskrifter och riktlinjer.
- Att i samråd med medicinskt ansvariga ta ställning till om annan person än legitimerad ska ha behörighet till patientjournalen.
- Att besluta om kopia av journal ska lämnas ut till patient eller närstående.
- Att vara arkivredogörare för patientjournaler enligt riktlinje kring arkivorganisation.

Enhetschef omsorg

- Att säkerställa att omsorgspersonal kan ta del av hälso- och sjukvårdsordinationer elektroniskt samt att de kan återkoppla enligt "Rutin om informationsöverföring mellan legitimerad personal och omsorgspersonal i hälso- och sjukvårdsfrågor".



- Att omsorgspersonalen har kunskaper kring dokumentation för att ta del av hälso- och sjukvårdsordinationer samt för att återkoppla kring ordinationen.

Legitimerad personal

- Föra patientjournal enligt gällande författningar/lagar och riktlinjer.
- Att skicka hälso- och sjukvårdsordinationer som omsorgspersonalen ska utföra elektroniskt i Treserva till utförar-webben.

5. Patientjournalens innehåll

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (5 kap. 5§HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården ska en patientjournal innehålla följande uppgifter:

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 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 förskrivits till, utlämnats till eller tillförts en patient på så sätt att de kan spåras,*
12. *intyg, remisser och annan för vården relevant inkommande och utgående information och*
13. *vårdplanering.*

Vårdgivaren ska vidare säkerställa att patientjournalen innehåller en markering som ger varning om att en patient har visat intolerans eller har en överkänslighet som innebär en allvarlig risk för hans eller hennes liv eller hälsa. Markeringen ska göras på så sätt att den är lätt att uppmärksamma.

Närmare beskrivning om var i patientjournalen uppgifterna förs in finns i "Vägledning dokumentation Hälsoärende/Treserva" och "Lathund dokumentation Treserva hälsoärende".

6. Patientjournalen, struktur

Dokumentationen i patientjournalen sker elektroniskt, via Treserva. Patientjournalen ska innehålla de uppgifter som behövs för att ge en god och säker vård och upprättas så snart som möjligt. Varje yrkeskategori upprättaren journal för sina patienter i Treserva. Patientjournalen är uppbyggd utifrån den nationella informationsstrukturen (NI). Det innebär i korthet att hälso- och sjukvårdsdokumentation dokumenteras i en gemensam struktur och med ett gemensamt språk i alla patientjournaler i landet, såväl i kommuner som i landsting. Patientjournalen i Treserva består av två delar, en för planerad vård med vårdprocesser och en del som beskriver anamnes, kontaktuppgifter med mera. Den senare delen kallas relaterade faktorer. För att beskriva patientens tillstånd används ICF (klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) och för att ange åtgärder används KVÅ (klassifikation av vårdåtgärder).

Patientjournalen ska vara överskådlig, föras med respekt för patientens integritet, ha ett enhetligt och tydligt språk som i möjligaste mån ska gå att förstås av patienten

ICF(klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa)

Klassifikationen är en av WHO:s huvudklassifikationer. Den erbjuder en struktur och ett standardiserat språk för att beskriva funktionstillstånd och funktionshinder i relation till hälsa. Det finns ett stort antal ICF på olika nivåer och olika detaljeringsgrad. I patientjournalen finns ett antal standardprocesser under hälsoärendet angivna till vilka det hör ett urval av ICF att välja på.

KVÅ (klassificering av vårdåtgärder)

Klassifikation av vårdåtgärder är en gemensam åtgärdsklassifikation för alla kategorier av hälso- och sjukvårdspersonal. Det finns KVÅ som beskriver utredande åtgärder, exempel för vätskelista eller bedöma behov av hjälpmedel och KVÅ som är behandlande, exempel såromläggning eller förskrivning av hjälpmedel.

Hälsoärende, en individanpassad vårdprocess



I processerna ska den planerade och givna vården beskrivas. En vårdprocess startas när ett vårdförlopp ska utredas, bedömas, åtgärdas och följas upp. Består vårdprocessen av omvårdnadsproblem eller rehabiliteringsproblem där legitimerad personal självständigt ansvarar för alla delar i processen så ingår alla steg. I vissa vårdprocesser utför inte legitimerad personal alla steg i processen, exempelvis ordination av läkare om läkemedel eller urinkateter. Den administrativa processen utesluter den utredande delen och den externa ordinationsprocessen utesluter både den utredande och den bedömande delen.

7. Utbyte av information/samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och omsorgspersonal

Hälso- och sjukvårdsuppgifter som omsorgspersonalen utför efter ordination av legitimerad personal skickas elektroniskt i Treserva till webb delen, där den blir synlig för omsorgspersonalen. Återkoppling kring utförd ordination sker genom anteckning i ordinationen. Utförd ordination kan också signeras på signerings lista på papper eller digitalt i app.



8. Utlämnande av journalkopia

De personer som får vård i den kommunala hälso- och sjukvården har rätt att ta del av sin patientjournal. Även närstående har rätt att ta del av journalen efter samtycke från patienten. Detta under förutsättning att det kan ske utan att vården av patienten riskeras att försämrats om patienten eller närstående får läsa journalen (Sekretesslagen 25 kap. §3). Patientansvarig legitimerad personal ska i första hand ta ställning till om uppgiften kan lämnas ut.

Tillvägagångssätt

- Ta samtycke av patienten eller menprövning.
- Informera enhetschef hälso- och sjukvård och medicinskt ansvarig (MAS eller MAR).
- Ta kontaktuppgifter på den person som begär ut handlingen.
- Enhetschef hälso- och sjukvård fattar beslut om journalen kan utlämnas. Medicinskt ansvarig informeras.
- Patientansvarig legitimerad personal dokumenterar i patientjournalen att journalkopia har lämnats ut, till vem, när och varför. Handlingen ska i första hand lämnas över personligen, i andra hand i rekommenderat brev. Om handlingen ska lämnas ut så ska det ske skyndsamt, genast eller så snart som möjligt.
- Om enhetschefen för hälso- och sjukvård beslutar att inte lämna ut handlingen ska den som begärt handlingen få ett brev med beslutet samt information om hur man överklagar beslutet.

8. Arkiveringsrutiner

Patientjournalen ska arkiveras när personens insatser från hälso- och sjukvården avslutas.

- Personen avlider eller flyttar från kommunen.
- Tre år efter senaste anteckningen vid en avslutad hälso- och sjukvårdsinsats.

Pappersdelen av sjuksköterskans omvårdnadsjournal, arbetsterapeutens och fysioterapeutens pappersjournaler, samt tillförda och upprättade handlingar samlas och arkiveras som en patientjournal. Patientansvarig sjuksköterska är ansvarig för att samla ihop pappersdokumenten från sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut, samt att sortering sker enligt nedan. Om en patient avslutas av arbetsterapeut eller fysioterapeut och inte har haft sjuksköterskeinsatser så lämnas pappershandlingar i arkivmapp till enhetschef hälso- och sjukvård. Alla plastfickor, gem eller liknande ska tas bort. Dokumenten läggs i grön aktmapp som sedan läggs i papperskartonger.

Den elektroniska patientjournalen i Treserva arkiveras och gallras i Treserva. Ange på aktmappens framsida att patientjournal finns i Treserva samt att eventuella individuellt förskrivna hjälpmedel finns registrerade i hjälpmedelsportalen Uppsala län (HUL).

Sortering pappersjournal

- Kortfattad epikris om orsak till arkivering



- Ordinationshandling läkemedel
- Förbrukningsjournal narkotikaklassade läkemedel
- Signeringslistor och signaturförtydligande
- Utfärdade intyg

Enhetschef hälso- och sjukvård är ansvarig för arkivering enligt kommunens riktlinje. Patientjournalerna förvaras i närarkiv som finns i källaren Plommonvägen 2. De sparas i 10 år och gallras sedan efter riktlinje om arkivering.

Referenser

Patientdatalagen (2008:335)

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården – handbok vid tillämpning av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.