

Omsorgsenheten

Ansvarig

Helen Hansson Malmgren
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Upprättad den

2018-03-01

Upprättad av

Helen Hansson Malmgren

Rutin för dokumentation och journalföring, hälso-och sjukvård



Innehåll

Dokumentationens syfte	3
Dokumentationsskyldighet.....	3
Definition av journalhandling.....	3
Patientjournalen.....	3
Sekretess.....	4
Samtycke	4
Menprövning	5
Sammanhållen journalföring.....	5
Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård	6
Språket i dokumentationen	7
ICF 7	
Tidsram för dokumentation och signering av journalanteckning.....	7
Telefonsamtal/rådgivning	7
Dokumentation av hälsobedömning och mål Fel! Bokmärket är inte definierat.	
Loggning	8
Fax, e-post, sms	8
Att göra listan i Procapita.....	9
Rutin vid oplanerat/planerat driftstopp i Procapita	9
Förebyggande hantering vid oplanerat/planerat driftstopp	9
Generellt	9
Utlämnande av patientjournal	10
Avslut av patientjournal	10
Journalgranskning	10
Skanning av dokument	11
Regelverk	11

Dokumentationens syfte

Dokumentation är ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet. Syftet med att dokumentera är att bidra till en god och säker vård för patienten.

En väl förd patientjournal ökar tryggheten för både patient och personal samt minskar risken för onödiga missförstånd.

Dokumentationen utgör också en informationskälla för bedömningen av de åtgärder som kan behöva vidtas av personal som inte träffat patienten tidigare eller som tar över ansvaret för patienten. Dokumentationen är också ett underlag vid tillsyn och kontroll och har betydelse i vissa rättsliga sammanhang och för forskningen.

Dokumentationsskyldighet

Enligt Patientdatalagen (PdL) har all legitimerad personal skyldighet att dokumentera. Personal som biträder en legitimerad yrkesutövare i hälso- och sjukvårdsuppgifter och inte är legitimerad ska dokumentera i patientjournalen (exempelvis undersköterska, rehab assistent).

Omvårdnadspersonal ska dokumentera avvikande händelser i hälso- och sjukvårdsjournalen i samband med insatser som är delegerade och ordinerade av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Den som för patientjournal ansvarar alltid för sina uppgifter i journalen.

Definition av journalhandling

Som journalhandling anses en framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas med tekniska hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder” Patientdatalagen (PdL) 2008:355, 1 kap. 3§.

Enligt PdL ska en sammanhållen patientjournal eftersträvas oavsett profession.

Patientjournalen består av de uppgifter om patienten som behövs för vården av honom eller henne.

Patientjournalen

En patientjournal ska föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter. Vellinge kommun har avtal med privata leverantörer för utförande av hälso- och sjukvård. Leverantör ska använda det av kommunen anvisat journalsystem och varje vårdgivare ansvarar för sin journal.

Både kommunens legitimerade personal och leverantörernas legitimerade personal har läsbehörighet till varandras journaler om patienten lämnat sitt samtycke.

Om uppgifterna finns tillgängliga, ska en patientjournal alltid innehålla:

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

Patientjournalen ska också innehålla uppgift om vem som har dokumenterat i journalen samt vilket datum och tid anteckningen gjordes.

Sekretess

Verksamheter enligt HSL, LSS och SoL i Vellinge kommuns regi utgör självständiga verksamheter inom omsorgsförvaltningen. Verksamheterna bedöms inte vara självständiga i förhållande till varandra. Därmed finns ingen sekretessgräns mellan verksamheterna (=inre sekretess).

Privata leverantörer som på uppdrag av omsorgsförvaltningen utför insatser enligt HSL, LSS och SoL utgör självständiga verksamheter i förhållande till egen regi i kommunen. Därmed finns en sekretessgräns mellan privat leverantör och egen regi i kommunen.

Den personal som deltar i vården/omvårdnaden kring en patient har rätt att ta del av de journalanteckningar som behövs för att kunna ge en god och säker vård/omvårdnad om patienten lämnat sitt samtycke.

Personal som inte deltar i arbetet kring patienten får inte läsa i journalen eller på annat sätt ta del av sekretessbelagd information även om tillgänglighet och möjlighet finns. I den elektroniska journalen loggas alla personaktiviteter.

Samtycke

För att kommunal hälso- och sjukvård ska kunna utföra en god och säker vård behöver patienten lämna sitt samtycke.

Legitimerad personal ska informera patienten om sekretesskyddet och fråga om han/hon lämnar sitt samtycke till informationsöverföring till/från andra vårdgivare (ex. vårdcentral, sjukhus, hemtjänst i kommunen) och anhöriga.

Patientens samtycke krävs även för informationsöverföring mellan privat leverantör och kommunal hälso- och sjukvård inom Vellinge kommun.

Samtycket dokumenteras i patientens journal under rubriken samtycke.

Ett samtycke kan återkallas när som helst av den person som gett det och det ska då dokumenteras i journalen. En god man/förvaltare eller anhörig kan inte samtycka till

vård och omsorg mot den enskildes vilja och inte heller samtycka till tvångsåtgärder mot den enskildes vilja.

För att ett samtycke ska vara giltigt krävs:

- Den samtyckande är kapabel att förstå innebörden av samtycket.
- Vederbörande har full insikt om relevanta omständigheter.
- Det har lämnats frivilligt.

Ett samtycke kan ges på olika sätt:

- *Uttryckligt*: skriftligt, muntligt eller genom jakande nick.
- *Konkludent*: den enskilde agerar så att han/hon visar att samtycke ges exempelvis genom att underlätta åtgärdens genomförande.
- *Presumerat*: den som ska vidta åtgärden förutsätter att det är förenligt med den enskildes vilja.

Menprövning

Om en patient inte kan lämna samtycke (t.ex. vid kognitiv svikt) gör legitimerad personal en bedömning (menprövning).

Menprövning innebär att personal tar ställning till om informationen som lämnas ut kan vara till skada för patienten. Menprövning kan inte användas för att överpröva ett nekande samtycke. Menprövningen dokumenteras i patientens journal under rubriken samtycke.

Sammanhållen journalföring

När fler vårdpersonal kan ta del av samma information blir vården säkrare och mer effektiv. Det blir lättare att samordna vårdinsatser och en helhetsbild av patienten ger ett bättre beslutsunderlag för ordination, behandling och uppföljning.

Sammanhållen journalföring innebär att det är möjligt för behörig personal som har en vårdrelation till patienten att ge eller få direktåtkomst till patientuppgifter i ett elektroniskt journalsystem hos en annan vårdgivare (kräver patientens samtycke).

Innan uppgifter om en patient görs tillgängliga för andra vårdgivare genom sammanhållen journalföring ska patienten informeras om vad den sammanhållna journalföringen innebär.

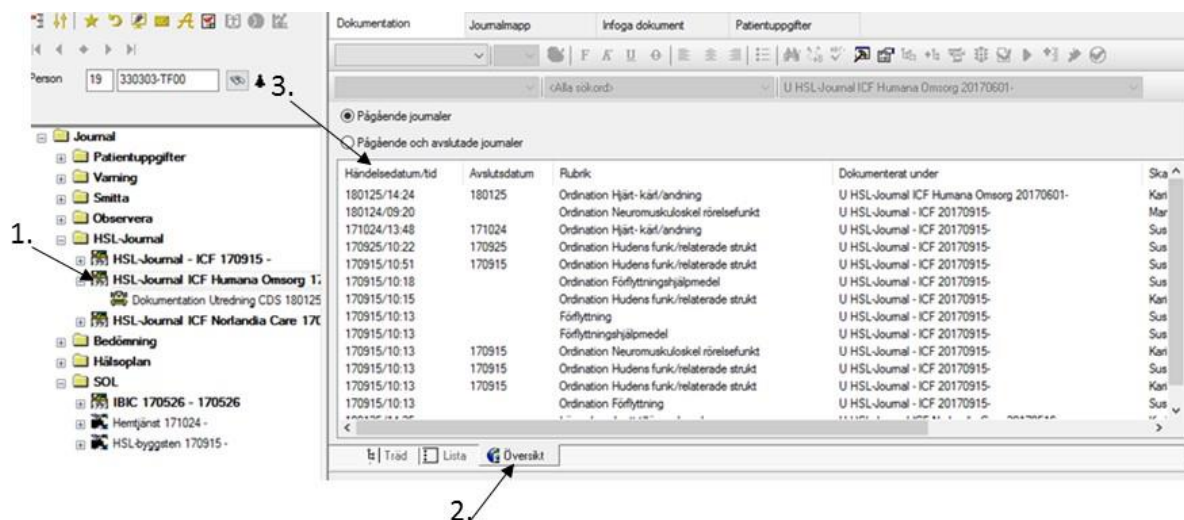
Alla uppgifter om en patient behöver inte ingå i den sammanhållna journalföringen utan kan begränsas till delar av det som dokumenterats.

Tjänsten Nationell Patientöversikt (NPÖ) är exempel på sammanhållen journalföring där vårdgivare kan ta del av journalinformation från sjukhus, vårdcentral etc.

Hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar hos en vårdgivare får inte föra anteckningar i en annan vårdgivares journalhandling.

Legitimerad personal inom hälso- och sjukvård i Vellinge kommun dokumenterar i samma journalsystem, Procapita. Det går att få en översikt på allt som är dokumenterat i patientens journal oavsett om kommunens personal eller en privat leverantör dokumenterat (kräver patientens samtycke), se hantering nedan.

1. Dubbelklicka på journalen för din egen verksamhet.
2. Klicka på fliken "Översikt".
3. Det finns möjlighet att sortera på rubriker genom att klicka på ex. "Händelsedatum/tid"



Samtycke vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Slutenvården ansvarar för att upprätta ett inskrivningsmeddelande (i systemet Mina Planer) när en patient efter sjukhusvistelsen kommer att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunala hälso- och sjukvården och primärvården. För att uppgifter om patientens sjukdomstillstånd ska få lämnas ut mellan vårdgivarna krävs den enskildes samtycke. Om en patient inte kan lämna samtycke kan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i den slutna vården pröva om det är till men för patienten att uppgifter om honom eller henne lämnas ut (=menprövning).

För att kunna inhämta samtycke för samtliga deltagare och hela processen krävs att patienten har fått vetskap om vilka deltagarna är samt vilken information som utbyts mellan vårdgivarna. Samtycket kan således inhämtas för hela processen, förutsatt att patienten har informerats muntligt och skriftligt (regionalt framtagna patientbroschyr finns) om samverkansplanering inför utskrivning och fått tydlig information om innebörden av samtycke.

Språket i dokumentationen

Det som dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen ska vara till nytta för patientens omvårdnad. Texten ska så långt som möjligt formuleras så att den är begriplig även för den som inte är medicinskt kunnig och vara skriven på svenska.

Språket ska vara lättförståeligt och används förkortningar ska de vara vedertagna. Använd ordet patient. Undvik namn på kollegor, skriv istället deras funktion, exempelvis sjuksköterska, kontaktperson i hemtjänst. Patientens integritet ska respekteras och värdeomdömen om patienten av kränkande karaktär får inte förekomma.

ICF

Sökorden i Hälso- och sjukvårdsjournalen baseras på ICF-terminologi. ICF står för Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. ICF är en klassifikation avsedd för att beskriva patienters funktionstillstånd. Det finns användarmanual med hjälpfrastexter för HSL journal ICF.

Tidsram för dokumentation och signering av journalanteckning

Den som dokumenterar i hälso- och sjukvårdsjournalen ansvarar för sina uppgifter i journalen. För att annan personal ska kunna utföra och ta del av vidtagna och planerade åtgärder ska journalanteckning ske så fort som möjligt efter bedömning/åtgärd och skrivas innan den legitimerade personalen slutar sitt arbetspass. Signera direkt efter att dokumentationen är färdigställd.

Uppgifter i patientjournalen får inte tas bort eller göras oläsliga. Om man gör tillägg eller rättelser i dokumentationen måste man ändå kunna läsa tidigare skrivelser. När en felaktig anteckning rättas ska det anges när rättelsen gjordes och vem som gjort den. Både den felaktiga anteckningen och rättelsen ska synas i journalen.

Telefonsamtal/rådgivning

Telefonsamtal som gäller vård och behandling ska alltid dokumenteras. Det samma gäller uppgifter som kan få betydelse för vården/behandlingen framöver. Dokumentationen ska göras i patientjournalen, om möjligt i direkt anslutning till telefonsamtalet.

Handlar kontaktorsaken om något annat än vård och behandling får den legitimerade personalen avgöra om samtalet ska dokumenteras.

Legitimerad personal kan ge både generella råd och individuella råd. Generella råd innebär att legitimerad personal inte har kännedom om patienten och råden är inte

hälso- och sjukvårdsåtgärder och behöver därför inte dokumenteras i patientjournalen. Det kan exempelvis vara när sjuksköterska ger generella råd kring hur ögondroppar ska ges eller när legitimerad personal får förfrågning som gäller medicintekniska produkter. Då kan den legitimerade personalen ge generella råd till patienten kring olika hjälpmedel.

Ett individuellt råd förutsätter att den legitimerade personalen har kännedom om patientens bakgrund. Dessa råd är hälso- och sjukvård och måste dokumenteras i patientjournalen

Loggning

När vårdpersonal läser en elektronisk journal registreras detta i en logg. Kommunen har skyldighet att genomföra regelbundna loggkontroller i verksamhetssystemen för att kunna spåra trafik och systemanvändning.

Loggkontroll genomförs två gånger per år i verksamhetssystemen Procapita, Lifecare utförare och Nationell patientöversikt (NPÖ). Systemförvaltare tar ut logglista på alla användare och aktiviteter som gjorts i Procapita/LifeCare och NPÖ under ett dygn och lämnar till ansvarig chef för uppföljning.

Fax, e-post, sms/mms

Fax

- En handling som skickas via fax utgör en kopia.
- När en handling ska faxas kontaktas mottagaren först så att den person som lämnar ut patientuppgifterna försäkrar sig att det är rätt mottagare.
- Faxapparaten ska vara placerad så att obehörig inte kan komma åt inkomna dokument.
- Personuppgifterna på patientuppgifter som faxas ska avidentifieras och lämnas per telefon.
- Förprogrammerade kortnummer ska användas.
- Mottagaren ska bekräfta att faxet kommit fram.

E-post

Sekretessuppgifter kring en patient får inte lov att skickas via e-post. Till dessa uppgifter räknas även personnummer, initialer, namn, adress eller andra uppgifter där det går att spåra vem personen är.

SMS/MMS

Dataöverföring till och från mobiltelefoner (SMS/MMS) sker över ett öppet nätverk och patientuppgifter får inte överföras denna väg.

Att göra listan i Procapita

Syftet med ”Att göra lista” i Procapita är att ge ett bra stöd i det dagliga arbetet och används för bland annat planering och rapportering mellan personal som tjänstgör dagtid samt till/från jourpersonal (kväll, natt, helg).

Sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast ansvarar för att skriva ut ”Att Göra Listan” för nästkommande dag, helg eller röd dag som infaller en vardag.

Rutin vid oplanerat/planerat driftstopp i Procapita

Vid driftsstopp ska patientens rätt till en god och säker vård och omsorg säkerställas. Driftsstopp kan vara både oplanerat och planerat. Rapportering om patientens hälsotillstånd och åtgärder är av största vikt vid driftstopp.

Förebyggande hantering vid oplanerat/planerat driftstopp

- ”Att Göra listan” ska alltid finnas tillgänglig i pappersform.
- ”Att Göra listan” skrivs ut av sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast som avslutar sitt dagarbetspass i respektive verksamhet.
- Inför helgen skrivs listor ut på fredagen för både lördag och söndag. Samma förberedelser gäller vid röda dagar som infaller en vardag. Dessa ”Att göra listor helg/kväll” skrivs ut av kvällssjuksköterska.

Generellt

- ”Att Göra listan” ska kasseras som sekretess i samband med att en ny ”Att Göra lista” skrivs ut.
- Vid driftstopp måste all dokumentation ske i pappersform på ett journalblad med patientens fullständiga namn och personnummer. Alla anteckningar skrivs med bläckpenna och ska textas för att vara tydliga så att alla kan läsa dem. Dokumentationen skrivs under med namn och yrkestitel, datum och tid. När systemet åter är i drift ska anteckningarna omgående föras in i den elektroniska patientjournalen. Detta görs i första hand av den personal som gjort anteckningarna. Journalblad och förvaring hanteras som lokal rutin inom varje verksamhet.
- Finns det behov av att dokumentation till annan vårdgivare ska det faxas enligt faxrutin.

Utlämnande av patientjournal

Om patienten eller närstående begär att få ta del av en journalhandling ska det utlämnas så snart som möjligt, förutsatt att uppgifterna inte är sekretess skyddade.

Till patient

Bedömning av och beslut om utlämnande av journalhandling på begäran av patient, görs av verksamhetschef/medicinskt ansvarig sjuksköterska inom verksamheten.

Till annan än patient

Annan än patienten själv, t.ex. närstående, har rätt att begära ut journalhandlingar. Sekretessprövning ska göras enligt Offentlighets- och Sekretesslagen (25kap 1§). Menprövning ska göras även om patientens samtycke finns. Annan vårdgivare kan begära ut journalhandlingar vilket kräver patientens samtycke.

Dokumentation

Begäran om utlämnande av en journalhandling ska antecknas i patientjournalen. I anteckningen ska det framgå vem som har fått handlingen, när den har lämnats ut, i vilket syfte och vilken del av journalen som utlämnats.

Avslut av patientjournal

När en patient avlider ska patientjournalen avslutas. Legitimerad sjuksköterska ansvarar för att avsluta journalen om patienten har hälso- och sjukvårdsinsatser. Vid de fall där sjuksköterska inte varit involverad i vården, men patienten har haft rehab insatser ansvarar legitimerad rehab personal för att avsluta patientens journal.

Journalgranskning

Patientuppgifternas kvalitet och ändamål ska granskas för att tillförsäkra patienten en god och säker vård.

Syftet med granskning av patientjournaler är att säkerställa att dokumentationen i patientjournaler följer gällande lagstiftningar, kommunens riktlinjer och instruktioner för Procapita.

Verksamhetschef/enhetschef ansvarar för att journalgranskning genomförs på ett strukturerat sätt inom egen verksamhet minst en gång årligen tillsammans med åtgärder.

Skanning av dokument

Infoga dokument är ett tillval till Procapita och knyts till patientens hälso- och sjukvårdsjournal. Samtliga dokument som är av betydelse för patientens hälso-och sjukvårdsinsats ska skannas. I tabellen nedan visas de mallar som finns för skanning av dokument.

- Skanning sker under fliken ”Infoga dokument” i patientens journal.
- Dokument som skannas i Procapita skannas in under respektive namngiven mapp.
- Säkerhetskopiering av Procapita sker centralt en gång/dygn. Dokument som skannas i Procapita ska därför sparas i minst 24 timmar. Därefter kasseras dokumentet som sekretess.

Mapp	Kommentar
Waranordination	
Ordinationshandling	
Insulin, särskild ordination	
Journalhandling	T.ex. epikriser, daganteckningar.
Remiss	Inkomna remisser samt remiss med svar.
Signeringslistor*	Skannas varje månad. Aktuell månad anges.
Mätvärden	
BPSD-skattning	
Brev/mail	
Träningsprogram	
SIP/SVPL fax	Dokument skannas vid driftstopp i Mina Planer.
Extern avvikelse	Svar på avvikelser från externa vårdgivare.

**Signeringslistor ska arkiveras och verksamhetschef tar beslut om signeringslistor skannas eller om de förvaras på annat sätt inom verksamheten. Medicinskt ansvarig sjuksköterska hos varje vårdgivare ska informeras hur signeringslistor förvaras.*

Regelverk

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40).
- Patientdatalag, PdL (2008:355)