



Dokument-ID: bc07ff51
Dokument tema: Mål og planer
Revisjonsansvarlig: Line Christin Moen
Godkjent dato: 20.06.2024

Versjon: 1
Dokumenttype: Prosedyre
Godkjenner: Arnhild Julseth

Journalføring og arkivering

Endringsbeskrivelse

Nyopprettet prosedyre

Hensikt

Helsepersonell er pålagt å dokumentere relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen i pasientens journal. Helsepersonells dokumentasjonsplikt er hjemlet i Lov om helsepersonell kapittel 8 og Forskrift om pasientjournal. Den gjelder alle som yter helse- og omsorgstjenester. Plikten gjelder ved helsehjelp, og journal skal føres fortløpende, når helsehjelp er gitt.

Formålet med at helsepersonells dokumentasjonsplikt er flere. Først og fremst skal det sikre forsvarlige tjenester – rett og god helsehjelp. Den som skal følge opp pasienten må ha nødvendige bakgrunnsopplysninger. Pasientjournalen skal være et kommunikasjonsverktøy for helsepersonell.

Pasientjournalen er også viktig for internkontroll og kvalitetssikring. Den danner basis for eksternt tilsyn, skal ivareta innsynsrett for tjenestemottaker, tjene som grunnlag for undervisning, opplæring og forskning, og er nødvendig for å oppfylle melde- og opplysningsplikter som helsepersonell har.

Prosedyren skal sikre at kommunens journalsystem er i samsvar med lovgivningens krav og helsepersonellens dokumentasjonsplikt.

Journalsystemet skal være med på å sikre at pasientene får forsvarlig helsehjelp, og det skal også sikre god kommunikasjon mellom de som yter tjenester slik at brukerne får nødvendig og riktig behandling.

Journaldokumentasjonen skal være et juridisk dokument med høy etterrettelighet, hvor helsehjelpen kan evalueres i ettertid.

Omfang

Alle ansatte som har dokumentasjonsplikt.

Handling

Det skal opprettes en journal per tjenestemottaker.

Journalen skal føres elektronisk i CGM og skal inneholde:

Tilstrekkelige opplysninger til å kunne identifisere og kontakte pasienten, bla. pasientens navn, fødselsnummer.

- Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse skal det nedtegnes hvem som samtykker på vegne av pasienten.
- Foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette.
- Medisinliste
- Hvem som er journalansvarlig.
- Overveielser som har ledet til tiltak som fraviker fra gjeldende retningslinjer.
- Om pasienten har samtykket til eller motsatt seg nærmere angitt helsehjelp. Pasientens alvorlige overbevisning eller vegring mot helsehjelp. Pasientens samtykke eller reservasjon vedrørende informasjonsbehandling. Pasientens øvrige reserverasjoner, krav eller forutsetninger.
- Om det er gjort gjeldende rettigheter som innsyn i journal og krav om retting og sletting, utfallet av dette, ved avslag at pasienten er gjort kjent med klageadgangen, og eventuell klage i slik sak.
- Utveksling av informasjon med annet helsepersonell.
- Individuell plan hvis pasienten har dette.
- Uttalelser om pasienten, for eksempel sakkyndige uttalelser.
- Om det er gitt opplysninger til politi, barneverntjenesten, sosialtjenesten mv., og om samtykke er innhentet fra pasienten eller den som har kompetanse til å avgi samtykke i saken. Det skal angis hvilke opplysninger som er gitt.

Andre krav og momenter i forhold til journalføringen:

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og den helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov.

- Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen. I den elektroniske journalen vil det automatisk komme frem hvem som dokumenterer, mens i evt papirjournal skal det alltid signeres med fullt navn. Papirjournaler scannes inn i CGM.
- Journalen skal føres fortløpende. Med fortløpende menes at nedtegnelser skal gjøres uten ugrunnet opphold etter at helsehjelpen er gitt.
- Helsepersonell skal ta stilling til eventuell retting eller sletting av opplysninger i pasientjournalen. Retting eller sletting kan skje som eget tiltak fra helsepersonells side eller etter krav fra den opplysningene gjelder.
- Pasienten har rett til innsyn i sin egen journal.

· Det skal dokumenteres etter hvert enkelt besøk av vedkommende som utførte besøket. Dokumentasjonen skal sikre kontinuitet og kvalitet i pasientomsorgen. Dokumentasjonens innhold skal være nødvendig og relevant, og skrives på en saklig og objektiv måte. Det skal ikke brukes stigmatiserende eller nedlatende ord. Det skal ikke være syensing, men fakta som blir dokumentert. Kommer pårørende med opplysninger, skal man skrive det de sier. Det skal ikke tolkes eller legges til noe man tror. Vær obs på ordbruk. Husk det skal kunne leses av pasienten selv eller pårørende ved innsyn i journal, av tilsynsmyndighetene ved etterprøving, og ikke minst annet helsepersonell.

Vær kort og presis. Andre skal kunne forstå, og lett finne fram i journalen. Det skal være en rød tråd i dokumentasjonen. Helsepersonell skal kunne følge opp annet helsepersonells tiltak.

· Dokumentasjonen skal være et skriftlig uttrykk for hva helsepersonell vurderer, planlegger, utfører og evaluerer som helsehjelp i samhandling med pasienten. Journalen skal inneholde oversikt over problemområder og aktuelle tiltak hos den enkelte pasient. Problemområdene klargjør hva helsepersonellet skal fokusere på, og de er styrende for utarbeidelse av handlingsplan og iverksetting av tiltak. Det skal utarbeides og benyttes pleieplaner/tiltaksområder framfor fortløpende rapport.

· Det er virksomhetens eier og ledelse som har det overordnede ansvar for at det opprettes et journalsystem som tilfredsstiller kravene. Helsepersonellet har et selvstendig ansvar for å føre journal i samsvar med lovens og forskriftens krav, men virksomheten som sådan har ansvar for å tilrettelegge dette. Plikten til å føre journal inntreer når opplysningene er relevante og nødvendige for at pasienten skal få forsvarlig hjelp.

· Alle vurderinger, observasjoner, beslutninger, iverksatte tiltak og evalueringer av tiltak er opplysninger som skal inn i journal. Du må ha grunnlag for det du dokumenterer, det er ikke alltid man kan lene seg på det pasienten selv sier. Informasjon som er irrelevant skal ikke stå i journalen, og husk at det som skrives må være korrekt og etterrettelig.

· Det er hensiktsmessig å operasjonalisere opplysningene, da er det enklere for annet personell og følge opp videre. Ikke skriv lange avhandlinger for å beskrive observasjonen. Er det et utslett skriv at det er på størrelse med en 5 kroning, som en fyrstikkeske, 2×1 cm. Bruk målbånd eller ta bilder.

Helsepersonells dokumentasjonsplikt henger sammen med forsvarlighetskravet i Lov om helsepersonell § 4. For å kunne gi forsvarlige tjenester, må helsepersonell lese pasientens journal før de overtar ansvaret for pasienten. De må vite hva de skal følge opp.

· Dette er et selvstendig krav til hver enkelt som skal gi helsehjelp

Journalføring ved driftsstans i CGM eller datasystem

Når datasystemet ligger nede og man ikke får dokumentert på PC, skal mobil omsorg benyttes dersom man har det tilgjengelig. Ved motsatt tilfelle benyttes PC for dokumentasjon. Skulle CGM være nede så må man dokumentere skriftlig på ark, arket skal navnes med pasienten/brukers navn, fødsel og personnummer. Hver rapport skal være dokumentert med dato og årstall, samt vakttype D for dagvakt, K for kveldsvakt og N for nattevakt. Det skal dokumenteres forløpende på hver beboer, og det skal signeres med initialer hvem som har dokumentert. Det er viktig å dokumentere så likt som mulig i forhold til tiltakene i CGM slik at man kan skanne inn disse arkene under rett tiltak! (Eks. et ark til sårstell, et ark til hygiene osv.)

Når dataen fungerer som normalt igjen skal alle håndskrevne rapport ark skannes inn i pasientens elektroniske pasientjournal CGM. Dette skal skannes inn under den enkeltes tiltak.

Alle ark skal tas vare på i 3 måneder før makulering, ref. skanning i CGM.

Sikkerhetskopiering av journal gjøres en gang i døgnet.

Referanser

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm
- Lov om helsepersonell
- Forskrift om pasientjournal

Vedlegg