

Prosedyrenavn: 100.1.1.206 Journaldokumentasjon			
Gjelder for:	Enhet:	Godkjent av/dato:	Revideres innen:
Tjenesteområde helse- og omsorg	Alle Helse- og omsorg	Birger Andreas Bråthen/25.06.2015	15.11.2014

Journaldokumentasjon

Hensikt

- Å 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 hovedjournal og en tilleggsjournal for hver pasient. Det skal klart fremgå av begge journalene hvilken dokumentasjon som føres i hovedjournalen og hvilken dokumentasjon som føres i tilleggsjournalen. Hovedjournalen skal skrives elektronisk, mens tilleggsjournalen føres som papirjournal.

Hovedjournalen skal inneholde alt som kan føres elektronisk i Profil:

1. Tilstrekkelige opplysninger til å kunne identifisere og kontakte pasienten, bla. pasientens navn, adresse, bostedskommune, fødselsnummer, telefonnummer, sivilstand og yrke.
2. Opplysninger om hvem som er pasientens nærmeste pårørende, og hvordan vedkommende om nødvendig kan kontaktes.

Prosedyrenavn: 100.1.1.206 Journaldokumentasjon			
Gjelder for:	Enhet:	Godkjent av/dato:	Revideres innen:
Tjenesteområde helse- og omsorg	Alle Helse- og omsorg	Birger Andreas Bråthen/25.06.2015	15.11.2014

3. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse skal det nedtegnes hvem som samtykker på vegne av pasienten.
4. Dato for innskriving og utskrivning av tjenesten.
5. Bakgrunn for tjenesten, opplysninger om pasientens sykehistorie, og opplysninger om pågående behandling. Beskrivelse av pasientens tilstand, herunder status ved innskriving og utskrivning fra tjeneste. Jf. Pkt 5 under *Tilleggsjournalen skal inneholde*.
6. Foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette.
7. Medisinliste
8. Hvem som er journalansvarlig.
9. Overveielser som har ledet til tiltak som fraviker fra gjeldende retningslinjer.
10. Om det er gitt råd og informasjon til pasient og pårørende, og hovedinnholdet i dette. Pasientens eventuelle reservasjoner mot å motta informasjon.
11. 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 reservasjoner, krav eller forutsetninger.
12. 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.
13. Utveksling av informasjon med annet helsepersonell Jf. Punkt 5 under *Tilleggsjournalen skal inneholde*.
14. Pasientens fastlege.
15. Individuell plan hvis pasienten har dette.

Prosedyrenavn: 100.1.1.206 Journaldokumentasjon			
Gjelder for:	Enhet:	Godkjent av/dato:	Revideres innen:
Tjenesteområde helse- og omsorg	Alle Helse- og omsorg	Birger Andreas Bråthen/25.06.2015	15.11.2014

16. Uttalelser om pasienten, for eksempel sakkyndige uttalelser.

17. 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.

18. Opplysninger om at det også eksisterer en tilleggsjournal som ikke førs elektronisk. Det skal fremgå hva denne tilleggsjournalen inneholder. (Jf. Punktene under *Tilleggsjournalen skal inneholde*)

Tilleggsjournal:

I tillegg til den elektroniske journalen må det eksistere en tilleggsjournal som ikke føres elektronisk. Dette for å sikre at pasienten får hjelp når den elektroniske journalen ikke er tilgjengelig ved f. eks strømstans.

Tilleggsjournalen skal inneholde:

1. Tilstrekkelige opplysninger til å kunne identifisere og kontakte pasienten, blant annet pasientens navn, adresse, bostedskommune, fødselsnummer og telefonnummer.
2. Opplysninger om hvem som er pasientens nærmeste pårørende, og om hvordan vedkommende om nødvendig kan kontaktes.
3. Dersom vedkommende ikke har samtykkekompetanse, skal det nedtegnes hvem som samtykker på vegne av pasienten.
4. Pasientens faste lege.
5. Informasjon fra annet helsepersonell som ikke er blitt gitt elektronisk. For eksempel henvisninger, epikriser, innleggelsesbegjæringer, resultater fra rekvirerte undersøkelser, attestkopier m.m.

Prosedyrenavn: 100.1.1.206 Journaldokumentasjon			
Gjelder for:	Enhet:	Godkjent av/dato:	Revideres innen:
Tjenesteområde helse- og omsorg	Alle Helse- og omsorg	Birger Andreas Bråthen/25.06.2015	15.11.2014

6. Tidligere journal som eksisterte før den elektroniske journal ble innført.
7. Informasjon om at dette er en tilleggsjournal og at det eksisterer en hovedjournal og hva den inneholder.

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 papirjournalen skal det alltid signeres med fullt navn.
- Pasientjournalen skal fortrinnsvis skrives på norsk. Dansk og svensk kan benyttes i den utstrekning det er forsvarlig.
- 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 hver enkelt besøk av vedkommende som utførte besøket. Dokumentasjonen skal sikre kontinuitet og kvalitet i pasientomsorgen.
- 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,

Prosedyrenavn: 100.1.1.206 Journaldokumentasjon			
Gjelder for:	Enhet:	Godkjent av/dato:	Revideres innen:
Tjenesteområde helse- og omsorg	Alle Helse- og omsorg	Birger Andreas Bråthen/25.06.2015	15.11.2014

og de er styrende for utarbeidelse av handlingsplan og iverksetting av tiltak. Det skal utarbeides og benyttes pleieplaner framfor fortløpende rapport.

- Vikarer og andre som utfører helsehjelp må få tilgang og opplæring i Profil, som Kongsvinger kommune benytter for å føre journal. Uten tilgang til kommunens datasystem får vikarene ingen mulighet til å tilfredsstillere kravene til dokumentasjon. De får heller ikke muligheten til å lese journalen og dermed få tilgang til nødvendige opplysninger.
- 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.

4. EGENKONTROLL

- Det skal en gang hvert halvår kontrolleres at denne prosedyren i praksis følges ved at:
 - 5% av tjenestens/tjenestestedets pasienter gjennomgås og vurderes i henhold til denne prosedyre punkt for punkt.
 - Resultat av gjennomgang skriftliggjøres og behandles i kvalitetssirkel.
 - Avvik meldes i avvikssystemet
- Enhetsleder har ansvar for egenkontrollen

Dokumentasjon

Referanser

- ✓ Kommunehelsetjenesteloven
- ✓ Helsepersonelloven
- ✓ Forskrift om pasientjournal
- ✓ "Dokumentasjon og Informasjonshåndtering" av Moen, Hellesø, Quivey og Berge.

Vedlegg