

Riktlinjer för informationshantering och journalföring.

Informationshantering och journalföring inom hälso- sjukvården regleras i Patientdatalagen SFS 2008:355 och Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2008:14 om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra med god och säker vård av vårddagaren.

Följande yrkesgrupper inom den kommunala hälso- och sjukvården är skyldiga att föra journal:

- Legitimerad sjuksköterska
- Legitimerad arbetsterapeut
- Legitimerad sjukgymnast

Delegerade uppgifter signeras på signlista. Alternativt skrivs i HSL-ruta i SoL-journal(införs u 2011).

Information till den enskilde om personuppgiftshantering

Vi upprättande av en patientjournal ska den enskilde informeras om att han/hon är med i en omvårdnadsjournal vilket innebär att den enskildes personuppgifter blir upptagna i ett register för behandling. Syftet med behandlingen är att ge ett IT-stöd inom vård- och omsorgsverksamheten för att kunna föra en patientjournal som bidrar till god och säker vård samt för att möjliggöra administration. Den enskilde ska informeras om sin rätt att ta del av sina egna uppgifter och om att han/hon kan begära rättelse av felaktiga uppgifter. Information kan ske muntligen eller skriftligen. Information lämnas genom broschyr om samtycke.

Patientjournalen ska innehålla uppgifter om:

- Patientens identitet
- Patientansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och läkare
- Anamnes; Väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
- Vårdplan; Problem och anledning till omvårdnads- och/eller rehabiliteringsåtgärder. Väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder. Utvärdering av planerade och genomförda åtgärder.
- Status; Uppgift om patientens tillstånd, aktuella problem och behov i en sammanställning. Status uppdateras vid förändringar men minst en gång per år.
- Aktuell medicinsk diagnos, medicinska ordinationer och läkemedelsordination.
- Förskrivning av medicintekniska produkter.
- Vilken information som patienten och/eller närstående fått.
- Epikris; sammanfattning av den omvårdnad, rehabilitering och medicinska vård som patienten fått under vården samt de behov eller problem som finns vid den aktuella tidpunkten. Epikris skrivs för vidarebefordran till annan vårdenhet
- Anteckning om överkänslighet; Allergiska reaktioner som kan leda till allvarliga eller livshotande tillstånd ska markeras i patientjournalen som VARNING med ”gul triangel” och information ska finna i journalen.

- Telefonförfrågning/rådgivning; Om vård och behandling av en patient anses inledd genom telefonsamtal ska journal upprättas eller anteckning göras i redan upprättad journal.

Uppgifter som ska antecknas ska föras in i journalen så snart som möjligt.

Signering och rättelse

En journalanteckning ska signeras i omedelbar anslutning till att anteckningen förs in i journalen om det inte finns något synnerligt hinder för detta. Efter signering får anteckningen inte ändras. Ska felaktig uppgift därefter rättas måste såväl felaktiga uppgifter som rättelsen återfinns i journalen. Endast vårdplaner och Epikriser har signeringsfrist.

Patientjournalens utformning

Journaltexten ska vara tydlig och entydig och måste utformas med omsorg så att den inte kan feltolkas eller uppfattas som kränkande av patienten eller dennes närstående, samt skrivas med hänsyn till patientens integritet. Journalen ska vara skriven på lättbegriplig svenska så att såväl patient som den vårdande personalen kan förstå informationen.

I journalanteckningen bör det framgå på vilket sätt personalen varit i kontakt med patienten (via hembesök, telefonkontakt)

Patientuppgifter ska så långt möjligt dokumenteras med hjälp av nationellt fastställda termer och begrepp.

Hantering

Varje journalhandling ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till den. Hälso- och sjukvårdspersonal får endast ta del av patientuppgifter om han/hon deltar i vården av patienten.

Utlämnande av patientjournal

En journalhandling inom hälso- och sjukvård ska på begäran av patienten så snart som möjligt tillhandahållas för läsning. Om det är av synnerlig vikt, med hänsyn till ändamålet med vård eller behandling, kan journal inte lämnas till vårdtagare. Bedömning och utlämnande av journalhandling på begäran av vårdtagaren görs av den person som har handlingen i sin vård men kontakt ska alltid tas med MAS innan utlämnandet.

Begäran om utlämnande av en journalhandling, avskrift eller kopia samt utlämnande av densamma ska antecknas i patientjournalen. I anteckningen ska det framgå vem som fått handlingen och när denna lämnats ut.

Arkivering och gallring av patientjournal

Se dokumenthanteringsplan.

Referensdokument.

Patientdatalagen, SFS 2008:355

Föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården, SOSFS 2008:14

Offentlighet- och sekretesslagen (2009:400)

Patientsäkerhetslagen 2011 1 jan

Dokumenthanteringsplan för Gislaveds kommun.

Riktlinje för omvårdnadspersonalens dokumentation.