**Rutin för journalföring och hantering av patientjournaler på vård- och omsorgsboenden**

Syfte

Tydliggöra journalföring samt hantering av patientjournalen utifrån MAS riktlinje.

Omfattning

All hälso- och sjukvårdspersonal inom vård- och omsorgsboenden i Haninge kommun.

Genomförande

1. Allmänt
2. På inflyttningsdagen
3. Inom två veckor
4. Kontinuerlig journalföring
5. Journalföring av åtgärder kopplade till läkarens ordinationer
6. Akut/oplanerade utförda åtgärder
7. Personuppgifter i kvalitetsregister och övriga system
8. Rätta journaltext
9. Driftstopp
10. Hantering av patientjournaler
11. Utlämnande av journaler
12. Personer med skyddade personuppgifter

Bilaga: Checklista journalföring

**1 Allmänt**

Uppgifterna i journalen ska vara sakliga och inte innehålla subjektiva omdömen.

**2 På inflyttningsdagen**

Tjänstgörande ansvarig sjuksköterskan startar en patientjournal på inflyttningsdagen. I de fall inget biståndsbeslut hunnit komma används pappersjournal.

På inflyttningsdagen dokumenterar respektive yrkeskategori information från andra vårdgivare samt funktionstatus i journalsystemet.

Inhämtade samtycken dokumenteras innan patientens uppgifter hanteras på ett sätt som kräver samtycke. Om patienten saknar förmåga att fatta egna beslut skall fastställer legitimerad personal i samråd med patientens legala ställföreträdare patientens ställningstagande.   
Av dokumentationen skall det framgå vad patienten samtyckt till och vilkets sorts samtycke som givits.

Sjuksköterskan dokumenterar att identitetskontroll av patienten genomförts, närståendeuppgifter, eventuella överkänsligheter, eventuell vårdhygienisk smitta, namn på omvårdnadsansvarig sjuksköterska, namn på ansvarig läkare samt om patienten har egenvård eller behöver stöd/hjälp med sina hälso- och sjukvårdsinsatser.

Arbetsterapeut och fysioterapeut dokumenterar eventuella begränsningsåtgärder utifrån respektive yrkeskategori.

Resultat av riskbedömningar som genomförs på inflyttningsdagen dokumenteras och vårdplaner upprättas vid behov.

Vårdplanerna skall innehålla en omvårdnadsdiagnos, mål, åtgärd samt tid för uppföljning.

Åtgärden i planen skall innehålla Vad som skall utföras, När det skall utföras, Hur det skall utföras och Vem som skall utföra det.

En vårdplan kan vara utredande eller behandlande. När en utredning är klar avslutas den utredande vårdplanen och en behandlande vårdplan skapas vid behov.

**3 Inom två veckor**

Sjuksköterskan ansvarar för att vitalparametrar som vikt, längd, BMI, puls och blodtryck tas och dokumenteras.

Alla samtycken/nekande till samtycke skall nu vara inhämtade. Av dokumentationen skall det framgå exakt vad patienten samtyckt till.

Respektive yrkeskategori ansvarar för att resultat av genomförda riskbedömningar gällande:

-munhälsa

-nutrition

-fall

-trycksår

-inkontinens

-beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD)

-vård i livets slut

-smärtproblematik

är dokumenterade och vårdplaner upprättade vid behov.

En vårdplan kan vara utredande eller behandlande. När en utredning är klar avslutas den utredande vårdplanen och en behandlande vårdplan skapas vid behov.

I utredning skall även patientens önskemål samt hur teamet resonerat och kommit fram till vald åtgärd framgå av dokumentationen kring utförda åtgärder.

Vårdplanerna skall innehålla en omvårdnadsdiagnos, mål, åtgärder samt tid för uppföljning. Omvårdnadsdiagnosen beskriva funktionsnedsättningen av hälsotillståndet (kroppsstruktur, kroppsfunktion, förmåga till aktiviteter och delaktighet eller omgivningsfaktorer)som kräver en åtgärd.

T.ex

Omvårdnadsdiagnos: Sväljsvårigheter relaterat till pares i svalget leder till risk för undernäring

Mål: Bibehålla/ öka BMI  
Uppföljning: 1 månad

Åtgärderna i planen skall innehålla Vad som skall utföras, När det skall utföras, Hur det skall utföras och Vem som skall utföra det.

T.ex.

Vad: Konsistensanpassad kost

När: Vid alla måltider

Hur: Passerad kost samt förtjockningsmedel i dryck

Vem: Omvårdnadspersonalen

Vad: Optimera sittställningen vid måltidssituationen

När: Vid alla måltider

Hur: HD-stolens ryggstöd ska vara helt upprätt och stolen skall vara i framåttiltat läge

Vem: Omvårdnadspersonalen

**4 Kontinuerlig journalföring**

Det dokumenterade funktionstillståndet ska uppdateras minst var 6:e månad samt vid förändringar av patientens hälsotillstånd (kroppsstruktur, kroppsfunktion, förmåga till aktiviteter och delaktighet eller omgivningsfaktorer), se även rutin för teammöte.

Vårdplanerna uppdateras om funktionstillståndet har förändrats. Inaktuella planerade åtgärder avslutas och nya läggs till.

Samtycken/återtagna samtycken uppdateras och dokumenteras vid behov innan patientens uppgifter hanteras på ett sätt som kräver samtycke.   
Av dokumentationen skall det framgå exakt vad patienten samtyckt till.

Egenvårdsbedömningen uppdateras och ny bedömning dokumenteras om funktionstillståndet har förändrats eller senast inom 6 mån.

Sjuksköterskan ansvarar för att hålla patientens uppgifter gällande närståendekontakter, eventuella överkänsligheter samt eventuell vårdhygienisk smitta uppdaterade.

Arbetsterapeut och fysioterapeut ansvarar för att hålla listan på förskrivna hjälpmedel uppdaterad.

**5 Journalföring av åtgärder kopplade till läkarens ordinationer**

Åtgärder relaterade till läkarens ordination kan vara kopplad till en omvårdnadsdiagnos eller vara en fristående åtgärd.   
Åtgärden skall alltid innehålla Vad som skall utföras, När det skall utföras, Hur det skall utföras och Vem som skall utföra det.  
Om sjuksköterskan får en telefonordination skall händelsen dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Ordinationen dokumenteras i ordinationshandlingen och signeras av läkaren vid nästa rond efter påminnelse från sjuksköterskan.

Vid vaccination skall batchnummer på givet vaccin dokumenteras.

**6 Akut/oplanerade utförda åtgärder**

Åtgärden skall alltid innehålla Vad har genomförts, När genomfördes åtgärden, Hur genomfördes åtgärden, Vem genomförde åtgärden, Vilket resultat fick åtgärden samt Vem som ansvarar för att följa upp åtgärden och när skall uppföljningen ske.

**7 Personuppgifter i kvalitetsregister och övriga system**Information: Se rutin för inflytt

Samtycke: Se rutin för samtycke  
Risk och konsekvensanalys: Se rutin för samtycken  
Uppgiftsminimering: Se rutin för Hantering av personuppgifter i kvalitetsregister

Gallring: Se rutin för Hantering av personuppgifter i kvalitetsregister

Borttagning: Se rutin för Hantering av personuppgifter i kvalitetsregister

Korrigering: Se rutin för Hantering av personuppgifter i kvalitetsregister

Lämna ut: Se rutin för Hantering av personuppgifter i kvalitetsregister

Avvikelsehantering: Se rutin för Avvikelsehantering

**8 Rätta journaltext**

Rättning av felaktig journaltext genomförs i enlighet med riktlinje så snart som möjligt efter upptäckt.

**9 Driftstopp**

Innan driftstopp:   
Sjuksköterskan ansvarar för att det alltid finns uppdaterade papperskopior på nödvändig dokumentation, se riktlinje.

Vid driftstopp:   
Tjänstgörande legitimerad personal skriver ut journalblad från HINT, under MAS dokument, alternativt hämtar journalblad för dokumentation från enhetens beslutade plats för förvaring av tomma pappersjournalblad.

Ett journalblad används per patient. Dokumentera patientens namn och personnummer på varje journalblad. Dokumentera datum och klockslag, utförd åtgärd samt signera varje utförd åtgärd.

Efter driftstopp:   
Tjänstgörande legitimerad personal skriver in sin respektive yrkeskategoris anteckningar i patienternas journaler inklusive vem som utfört åtgärden och sorterar in pappersdokumentationen i respektive patients pappersjournal.

Se även kontinuitetsplan.

**10 Hantering av patientjournaler**

Lås alltid din dator innan du lämnar den utan uppsyn. Lämna aldrig journaldokument liggande framme utan uppsyn. Håll alltid arkivskåp stängda och låsta samt förvara nycklarna enligt rutin.

Ta endast del av patientuppgifter hos patienter där du deltar i vården, eller då du behöver uppgifter för ditt arbete inom hälso- och sjukvården.

Sjuksköterskan avslutar journalen efter att ha säkerställt att övriga yrkeskategorier har fört in alla sina avslutande journalanteckningar.  
Arkivering av patientjournalen genomförs enligt rutinen för arkivering.

**11 Utlämnande av journalhandlingar**

Om sjuksköterska i samråd med patient och verksamhetschef beslutar att journalanteckningar kan lämnas ut dokumenteras detta enligt gällande riktlinje.

**12 Personer med skyddade personuppgifter**

Sjuksköterska i samråd med patient och verksamhetschef bestämmer nivån på skyddsbehovet samt tar fram en rutin för hur detta skall genomföras. Märk tydligt upp att patientens personuppgifter är skyddade.

Bilaga:

Checklista journalföring

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **På inflyttningsdagen** | **Ansvarig** | **Utfört** |
| Samtycken | Alla legitimerade yrkeskategorier |  |
| Dokumentera information från andra vårdgivare | Alla legitimerade yrkeskategorier |  |
| Bedömt status | Alla legitimerade yrkeskategorier |  |
| Identitetskontroll | Sjuksköterskan |  |
| Närståendeuppgifter | Sjuksköterskan |  |
| Eventuell överkänslighet | Sjuksköterskan |  |
| Eventuell vårdhygiensk smitta | Sjuksköterskan |  |
| Namn på omvårdnadsansvarig sjuksköterska | Sjuksköterskan |  |
| Namn på ansvarig läkare | Sjuksköterskan |  |
| Resultat av egenvårdsbedömningen | Alla legitimerade yrkeskategorier |  |
| Eventuella begränsningsåtgärder | Arbetsterapeut/ fysioterapeut |  |
| Resultat av inflyttningsdagens genomförda riskbedömningar | Alla Legitimerade |  |
| Vårdplaner | Alla Legitimerade |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Inom två veckor** | **Ansvarig** | **Utfört** |
| Vitalparametrar | Sjuksköterskan |  |
| Resterande samtycken | Alla legitimerade yrkeskategorier |  |
| Komplett status | Alla legitimerade yrkeskategorier |  |
| Resultat av riskbedömningar inom alla riskområden | Alla legitimerade yrkeskategorier |  |
| Vårdplaner inom alla områden där risk identifierats | Alla legitimerade yrkeskategorier |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kontinuerlig journalföring** | **Ansvarig** | **Utfört** |
| Resultat av uppdaterade riskbedömningar uppdateras senast inom 6 månader | Alla legitimerade yrkeskategorier |  |
| Status uppdateras inom senast 6 månader | Alla legitimerade yrkeskategorier |  |
| Vårdplaner uppdateras om status har förändrats | Alla legitimerade yrkeskategorier |  |
| Samtycken/återtagna samtycken uppdateras senast inom 6 månader | Alla legitimerade yrkeskategorier |  |
| Egenvårdsbedömning uppdateras inom 6 månader | Alla legitimerade yrkeskategorier |  |
| Uppdatera närståendekontakter vid behov | Sjuksköterskan |  |
| Uppdatera eventuella överkänsligheter om status har förändrats | Sjuksköterskan |  |
| Uppdatera eventuell vårdhygiensk smitta om status har förändrats | Sjuksköterskan |  |
| Uppdatera listan med förskrivna hjälpmedel om status har förändrats | Arbetsterapeut/ fysioterapeut |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Journalföring av åtgärder kopplade till läkarens ordinationer** | **Ansvarig** | **Utfört** |
| Åtgärder beroende av läkares ordination uppdateras när ordinationen förändras så att åtgärden påverkas | Sjuksköterskan |  |
| Att telefonordination givits dokumenteras omgående | Sjuksköterskan |  |
| Batchnummer på givet vaccin dokumenteras | Sjuksköterskan |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Akut/oplanerade utförda åtgärder journalförs under aktuellt sökord enligt följande** | **Ansvarig** | **Utfört** |
| Akuta/oplanerade utförda åtgärder dokumenteras omgående | Alla legitimerade yrkeskategorier |  |
| Status uppdateras om detta har förändrats | Alla legitimerade yrkeskategorier |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rätta journaltext** | **Ansvarig** | **Utfört** |
| Felaktig journaltext rättas så snart detta upptäckts | Alla legitimerade yrkeskategorier |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Driftstopp** | **Ansvarig** | **Utfört** |
| *Innan:* |  |  |
| Uppdatera utskrivna papperskopior omgående efter att uppgifterna förändrats | Sjuksköterskan |  |
| *Vid:* |  |  |
| Ta fram tomma journalblad | Alla legitimerade yrkeskategorier |  |
| Dokumentera enligt rutin | Alla legitimerade yrkeskategorier |  |
| *Efter:* |  |  |
| För in journalanteckningar i journal enligt rutin | Alla legitimerade yrkeskategorier |  |
| Spara pappersjournaler enligt rutin | Alla legitimerade yrkeskategorier |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hantering av patientjournaler** | **Ansvarig** | **Utfört** |
| Lås alltid datorn innan du lämnar den utan uppsyn | Alla legitimerade yrkeskategorier |  |
| Lås alltid in journalanteckningar i pappersform | Alla legitimerade yrkeskategorier |  |
| Håll alltid arkivskåp stängda och låsta | Alla legitimerade yrkeskategorier |  |
| Förvara nycklar enligt rutin | Alla legitimerade yrkeskategorier |  |
| Läs endast patientuppgifter du är behörig till | Alla legitimerade yrkeskategorier |  |
| Avsluta journal | Sjuksköterskan |  |
| Arkivera journal | Alla legitimerade yrkeskategorier |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Utlämnande av journalhandlingar** | **Ansvarig** | **Utfört** |
| Ta in samtycke från patienten | Sjuksköterskan |  |
| Samråd med verksamhetschef | Sjuksköterskan |  |
| Lämna ut patientjournalen i enlighet med riktlinje | Sjuksköterskan |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personer med skyddade personuppgifter** | **Ansvarig** | **Utfört** |
| Ta in dokumentation på skyddsbehovet | Sjuksköterskan |  |
| Bestäm behovsnivån | Sjuksköterskan |  |
| Skapa rutin för att tillgodose behovet | Sjuksköterskan |  |
| Märk tydligt upp skyddsbehovet på/i journalen | Sjuksköterskan |  |