



Retningslinjer for journalføring og dokumentasjonsplikt

1.0 Innledning

Alle som yter helsehjelp, har plikt til å dokumentere denne hjelpen i pasientens journal. Journalføring skal sikre kontinuitet, kvalitet og pasientsikkerhet. Arbeidsgiver skal sørge for nødvendige systemer og opplæring.

Sola kommune bruker journalsystemet **Gerica**. Når det i retningslinjen henvises til journal, menes tiltaksplan og journalføring i Gerica.

Rutiner, brukermanualer og annet opplæringsmaterieell for journalføring, dokumentasjonsplikt og Gerica finnes i **Compilo**.

2.0 Lovgrunnlag

- Helsepersonelloven (hpl)
- Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl)
- Forskrift om pasientjournal
- Forvaltningsloven (partsinnsyn)
- Personopplysningsloven (GDPR)

3.0 Formål

Formålet med retningslinjen er å sikre at ansatte:

- Kjenner dokumentasjonsplikten sin
- Forstår når og hvordan journal skal føres
- Vet hva som skal dokumenteres og hvorfor
- Bruker Gerica på en faglig forsvarlig måte

4.0 Omfang

Retningslinjene gjelder for alt helsepersonell i levekår, inkludert:

- Fast ansatte
- Vikarer
- Studenter og lærlinger
- Personell uten autorisasjon som yter helsehjelp

5.0 Hensikt med dokumentasjonsplikten

Pasientjournalen fungerer som et **sentralt kommunikasjonsverktøy** mellom alt involvert helsepersonell. En strukturert og lett tilgjengelig journal er en forutsetning for god, helhetlig og trygg oppfølging. Dokumentasjonsplikten skal sikre kvalitet, kontinuitet og pasientsikkerhet i helsehjelpen.

Journalen skal:

- **Sikre forsvarlig helsehjelp** ved at helsepersonell har tilgang til nødvendige og oppdaterte opplysninger.
- **Ivareta personvernet**, gjennom korrekt, relevant og nødvendig dokumentasjon.
- **Understøtte pasientens rett til informasjon og medvirkning**, slik at pasienten kan ta informerte valg og delta i egen helsehjelp.
- **Gjøre helsehjelpen etterprøvable**, slik at vurderinger og beslutninger kan forstås og kontrolleres i ettertid.
- **Legge grunnlag for melde- og opplysningsplikter**, for eksempel ved bekymringsmeldinger, smittevern eller hendelsesavvik.

6.0 Hva menes med helsehjelp og uten ugrunnet opphold?

Dokumentasjonsplikt utløses når helsepersonell gir helsehjelp. Dokumentasjonen skal føres uten ugrunnet opphold.

Med **helsehjelp** menes:

- Medisinsk behandling og observasjoner
- Oppfølging av ernæring, personlig hygiene, kognitiv funksjon, psykisk helse
- Oppfølging ved rus, atferd, funksjonsnivå
- Veiledning, bistand eller tiltak som krever faglige vurderinger
- Situasjoner med endret tilstand

Praktiske gjøremål *uten* faglig vurdering kan være uten journalplikt, men ved usikkerhet skal det dokumenteres.

Journal skal føres **uten ugrunnet opphold**, som betyr at det skal føres journal:

- Innen samme vakt
- Umiddelbart ved akutte hendelser
- Ved alvorlige observasjoner som ikke kan vente

7.0 Journalansvarlig

I følge helsepersonelloven § 39 kreves det at helseinstitusjoner utpeker én journalansvarlig som har overordnet ansvar for den enkelte pasientjournal. I levekår er avdelingsledere er journalansvarlige. Å være journalansvarlig innebærer å:

- Sikre at journalen føres i tråd med gjeldende lov- og forskriftskrav, med riktige og relevante opplysninger.
- Følge opp journalpraksis og kvaliteten på dokumentasjonen
- Sørge for nødvendig opplæring og håndtering av tilgangsstyring i journalsystemet.

8.0 Tiltaksplan i journalen

Tiltaksplanen er et redskap som beskriver hvordan pasienten skal følges opp for å nå sine mål. Krav til tiltaksplanen er at den:

- Skal være oppdatert og faglig begrunnet

- Revideres fortløpende ved endringer
- Skal være utformet sammen med bruker/pårørende når det er mulig

8.1 Hvordan utarbeide tiltaksplan

Se egen rutine og brukermanualer Gerica

Tiltaksplan - Compilo

8.2 Medvirkning til utforming av tiltaksplan

Tiltaksplan og journal skal reflektere brukerens ønsker og mål. Spørsmålet "Hva er viktig for deg?" er sentralt både ved kartlegging, utredning av behov og oppfølging. Dersom tjenestemottaker ønsker at andre skal være til stede sammen med ham/henne når planen utarbeides, må dette imøtekommes så langt det er mulig.

I tiltaksplanen skal der dokumenteres:

- Hva bruker selv sier
- Hvordan bruker deltar i utforming av mål og tiltak
- Eventuell motstand eller reservasjonsrett
- Når pårørende er involvert

8.3 Utforming av mål

Som et hjelpemiddel til å utforme mål i tiltaksplanen bør man bruke SMART-mål. SMATR-mål er en struktur for å lage gode, tydelige og målrettede mål. Med SMART-mål menes at målene skal være:

- **Spesifikke** – Formuler målet så konkret at alle som følger opp pasienten forstår *hva* som skal oppnås.
- **Målbare** – Beskrive *hvordan* man kan måle fremgang (f.eks. antall ganger, varighet, grad av mestring).
- **Attraktive/oppnåelige** – Sikre at målet er *realistisk* ut fra pasientens funksjon og motivasjon.
- **Relevante** – Knytt målet til pasientens *behov og helsetilstand*, slik at det gir mening for pasienten.
- **Tidsbestemte** – Sett en tydelig *tidsramme* (f.eks. «innen 4 uker»).

8.4 Evaluering av tiltaksplan

Tiltaksplanene skal evalueres ved endringer eller minimum hver 3. måned. Ved evaluering still deg selv følgende spørsmål:

1. Er situasjonen den samme? Beskriv.

2. Er målet fortsatt riktig?

- Hvis ja: vurder om tiltakene fører mot målet. Juster evt tiltakene for å bli mer målrettede.
- Hvis nei, juster målet og utarbeid tiltak til nytt/revidert mål

3. Hvordan har bruker medvirket i evalueringen? Dokumenter dette.

9.0 Journalnotater i Gerica

Journalnotatene skal inneholde opplysninger som er **relavante og nødvendige** for den helsehjelpen som blir gitt. Som en hovedregel er dette:

- Nye observasjoner
- Avvik eller unntak fra tiltaksplan
- Oppfølging, effekt, mangel på effekt av iverksatte tiltak

- Faglige observasjoner, vurderinger, og beslutninger
- Medvirkning fra bruker/pårørende

Mangelfull eller dårlig journalføring kan føre til at pasienter får uforsvarlig behandling og pådrar seg skader og unødige plager. Ved mye irrelevant informasjon i journalen forsvinner viktige faktorer.

9.1 Særskilte situasjoner som alltid skal dokumenteres

- Fall, skade, blødning
- Akutt forverring
- Endring i bevissthet, atferd eller psykisk tilstand
- Rusrelaterte hendelser
- Vold og trusler
- Medikamentavvik / uteglemt medisin
- Feil med medisinsk utstyr

9.2 Dokumentasjon ved fravær eller avbestilling

Det skal dokumenteres i Gericca når:

- Bruker ikke åpner døren
- Planlagte tiltak ikke blir gjennomført
- Bruker gjentatte ganger avbestiller viktig helsehjelp

I slike tilfeller skal det beskrives hva som ble gjort for å følge opp situasjonen.

9.3 Dokumentasjon av medisinerings

Det skal ikke registreres i tiltaksplan at medisinene er gitt. Gitt medisin føres på egne skjemaer. Ved medisinerings skal det dokumenteres:

- ved avvik
- ved mistanke om bivirkning, eller mangel på virkning
- evt virkning av ny medisin
- andre faglige observasjoner knyttet til medisinerings (f.eks. smertevurdering)

9.4 Dokumentasjon av muntlige beskjeder og uformell informasjon

Muntlige beskjeder må dokumenteres når de har betydning for helsehjelpen.

Eksempler på dette kan være:

- Telefon fra pårørende med viktige helsemessige opplysninger
- Endringer meldt fra samarbeidsinstanser
- Beskjeder fra fastlege eller legevakt

9.5 Oppbygging av et godt journalnotat

Bruk gjerne OTVP-modellen:

- **O – Observasjon:** Hva så du, målte du, hørte du?
- **T – Tiltak:** Hva gjorde du?
- **V – Vurdering:** Faglig begrunnelse, bekymring eller fortolkning
- **P – Plan:** Hva skal følges opp? Hva meldes videre?

9.6 Hvordan formulere seg?

- Bruk klart og forståelig språk
- Vær konkret og faglig
- Unngå tolkninger uten grunnlag
- Vær nøytral og saklig

Ikke skriv:

- Personlige meninger om bruker
- Sårende eller belastende karakteristikk
- Helseopplysninger om andre (pårørende)
- Unødvendige detaljer

Listen over er ikke uttømmende.

Du skal bruke et språk som alle forstår og observasjoner skal være konkrete. Bruk nøytrale, men beskrivende ord og uttrykk.

10.0 Håndtering av feilføring

Feil i journalen skal **ikke slettes**.

Riktig fremgangsmåte:

- Opprett nytt journalnotat
- Beskriv at det tidligere notatet ble ført feil
- Korrigér informasjonen
- Ikke skjul historikk

Det er egne retningslinjer dersom det er gjort notater i feil brukers journal. Kontakt systemansvarlig Gerica, på TKK for mer informasjon.

11.0 Informasjonssikkerhet

All pålogging og tilgang i Gerica blir loggført.

- Les kun journal når det er nødvendig for helsehjelpen
- Journalsnoking er forbudt
- Bruk sikker pålogging
- Ikke del innloggingen din med andre
- Ikke ta skjermbilder eller lagre informasjon privat

12.0 Innsynsrett

12.1 Innsyn i journal - helsepersonell

Helsepersonell som yter helsehjelp, skal kun lese i journalen dersom det er begrunnet i behov for helsehjelp. Å gå inn i journalen av andre årsaker kan anses som snoking. Journalsnoking er ulovlig.

12.2 Innsyn i journal - pasient

Som hovedregel har pasienten rett til innsyn i, og kopi av egen journal, dersom han/hun ønsker det. Pasienten har rett til en enkel og kortfattet forklaring av faguttrykk eller lignende dersom han/hun ber om det. Pasienten kan nektes innsyn i hele eller deler av journalen dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten, eller innsyn er klart frarådet av hensyn til personer som står pasienten nær.

12.3 Innsyn i journal - pårørende

Pårørende er i utgangspunktet avhengig av pasientens samtykke for å få innsyn i journalen. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, vil nærmeste pårørende ha rett til innsyn i journalen på lik linje med pasienten selv. Nærmeste pårørende er avmerket på brukerstatus i Gericca.

For mer informasjon om innsynsbegjæring og innsynsrett. Se:

[Retningslinjer for innsynsbegjæring og rett til innsyn i pasientjournal \(Gericca\) - Compilo](#)

13.0 Kilder og opplæring

På veilederen.no finner du også e-læringskurs om temaet. Linker til kursene finner du her:

[Journal: Dokumentasjonsplikt \(veilederen.no\)](#)

[Journal: Hvordan skrive i journal \(veilederen.no\)](#)

[Journal: Journalsnoking og innsynsrett \(veilederen.no\)](#)

[Journalføring i tjenesten rus og psykisk helse](#)

[Journalføring i hjemmesykepleien \(veilederen.no\)](#)

[Journalføring i sykehjem eller tilsvarende bolig \(veilederen.no\)](#)

[Journalføring i tjenester til personer med utviklingshemming \(veilederen.no\)](#)

[Journalføring i legetjenesten \(veilederen.no\)](#)

[Rett til innsyn i journal etter dødsfall \(veilederen.no\)](#)

[Brukermedvirkning \(veilederen.no\)](#)

Webinarer

På veilederen.no finner du også webinar om temaet. Opptak av webinarer om journalføring og dokumentasjonsplikt finner du her:

[Journalføring og pasientsikkerhet - hva er utfordringene? \(sendt 30.03.2022\)](#)

[Journalføring og pasientsikkerhet - tiltaksplaner \(sendt 09.06.2022\)](#)

[Tilgangsstyring og internkontroll i kommunale pasientjournalssystemer \(sendt 20.10.2021\)](#)

[Ny forskrift om pasientjournal \(sendt 04.09.2019\)](#)