

VEILEDNING - JOURNALSKRIVING

Helsepersonell er pålagt å føre journal for den helsehjelpen som blir gitt til den enkelte pasient/bruker av helsehjelpen.

Det er flere hensyn som skal ivaretas i denne sammenhengen, de viktigste finnes i oppstillingen nedenfor der det også er linker til aktuelle offentlige dokumenter. Linkene er merket med blå farge.

1. Lovpålagte krav

[Pasientjournalloven](#) som har følgende formål:

- skal sikre at behandling av helseopplysninger foregå på en måte som gir brukere og utøvere av helsehjelp nødvendige opplysninger på en rask og effektiv måte.
- at helseopplysninger skal vernes mot innsyn av uvedkommende
- sikre pasienters personvern, pasientsikkerhet og rett til informasjon om helsehjelpen

[Pasientjournalforskriften](#) som har følgende formål:

- a. at pasienter ved hjelp av relevant og nødvendig dokumentasjon kan gis helsehjelp av god kvalitet, inkludert pasientforløp
- b. at personvernet ivaretas, inkludert pasientens rett til informasjon og medvirkning
- c. at helsehjelpen kan kontrolleres i ettertid.

2. Forskjellige regler og bestemmelser

[Ordning for oppbevaring av journaler ved opphør og overdragelse av virksomhet](#)

Ordningen pålegger virksomheter som yter helsehjelp en plikt til å avlevere pasientjournaler som det ikke er aktuelt å overføre til annet bestemt helsepersonell eller virksomhet som driver helsehjelp. Dette gjelder også ved tap av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning dersom Statens Helsetilsyn bestemmer dette. Les de nærmere detaljene ved å følge linken ovenfor.

Foreløpig støtter følgende EPJ-systemer digital innlevering av pasientjournaler:

- Aspit Aspit journalsystemer | Aspit
- Pridok Pridok EPJ – Elektronisk pasientjournal
- Arko Arko | Journalprogram for terapeuter – Arko

Regel for oppbevaring:

Det følger av [pasientjournalloven § 25 første ledd første punktum \(lovdata.no\)](#) at helseopplysninger skal oppbevares til det av hensyn til helsehjelpens karakter ikke lenger antas å bli bruk for dem.

Dette gjelder også for journaler som avleveres til Norsk helsearkiv ved overdragelse og opphør av virksomhet, eller ved tap av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.

Det er ikke noe bestemt antall år en journal skal oppbevares, men som et minimum bør den i alle fall oppbevares i 10 år etter behandlingen er avsluttet.

3. Forskjellige formål som dokumentasjon mv.

Journalopptegnelsene er fysioterapeutens dokumentasjon for utført behandling overfor HELFO.

Dette gjelder også ved behandling i grupper for hver enkelt pasient!!

Dersom det ikke finnes journalnotater for den enkelte behandling som er utført kan HELFO ved en etterfølgende kontroll kreve tilbakebetalt utbetalt refusjon for denne behandlingen.

Journalopplysningene dokumenterer pasientens helsetilstand i forbindelse med sykdom og følgetilstander i erstatningssaker overfor NPE og forsikringsselskaper.

Journalnotatene kan også få stor betydning dersom pasienten søker om forskjellige ytelser hos NAV, som for eksempel uføretrygd.

Videre dokumenterer journalnotatene fysioterapeutens foretatte tiltak i forbindelse med vurdering av erstatningskrav rettet mot fysioterapeuten for den utførte behandlingen.

For å oppfylle disse kravene foreslår PFF at journalen skal inneholde følgende elementer for hver behandling som er utført:

VED BEHANDLINGENS OPPSTART


- Opplysninger som identifiserer pasienten og relevant kontaklinformasjon – nærmeste pårørende
- En grundig anamnese som beskriver pasientens samlede situasjon og helsetilstand.
- Hvilke undersøkelser som er gjort og resultatet av disse (kliniske funn og tegn)
- En vurdering av pasientens helseproblem – evt. en eksakt diagnose om mulig.
- En behandlingsplan med angivelse av type tiltak og forventet progresjon – herunder optimal hyppighet av tiltak og forslag pasienten selv kan gjøre mellom behandlingene
- Et resyme av tiltak som utløser takster med angivelse av medgått tid.

FOR HVER BEHANDLING

- Pasientens informasjon om eventuelle endringer av tilstanden siden siste behandlingstiltak – herunder opplevde virkninger eller bivirkninger.
- Behandlerens foretatte tiltak, evt. resultatet av tilleggsundersøkelser
- Eventuelle justeringer av behandlingsopplegget og forventet progresjon (utvikling)
- Resyme av tiltak som utløser takster med angivelse av medgått tid til hvert tiltak.

VED BEHANDLINGENS AVSLUTNING - EPIKRISE

- Beskrive årsaken til at behandlingen seponeres
 - Behandlingsmålet oppnådd helt eller delvis
 - Pasienten uteblitt
 - Ingen respons på de foretatte tiltakene – behov for nærmere utredning
- Beskrive pasientens helsetilstand ved opphør av behandling/oppfølging
- Beskrive pasientens egen oppfattelse av situasjonen
- Beskrive evt. behov for fortsatt oppfølging av annet helsepersonell eller tjenestenivå
- Sende disse opplysningene som epikrise til fastlege eller annen henviser.


Henning Jensen