

Socialkontoret  
Annicka Pantzar  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## **Rutiner för dokumentation och journalhantering inom LSS (gruppboende, serviceboende och daglig verksamhet)**

### **Inledning**

En grundläggande och betydelsefull del av vården till de boende är att dokumentera den medicinska vården, omvårdnaden och omsorgen som utförs. Dokumentationen har stor betydelse både för den enskilde och för myndigheten. Bestämmelser om hur en journalföring ska utformas och dess innehåll är reglerat i *Patientdatalagen (2008:355)* och i *Socialstyrelsen föreskrifter (SOSFS 2008:14)*.

Vid vård av patienter ska det föras patientjournal. En patientjournal ska föras för varje patient och får inte var gemensam för flera patienter.

Skyldighet att dokumentera gäller vid individuellt inriktade åtgärder rörande undersökning, vård och behandling och vid dödsfall. Åtgärden är inte slutförd förrän den även är dokumenterad och signerad. Dokumentationen ska ske i anslutning till genomförd åtgärd eller senast innan arbetspassets slut.

Enligt Patientdatalagen utgör en journal alla handlingar och anteckningar som upprättas i samband med undersökning, vård och behandling och som rör patientens hälsotillstånd och de åtgärder som planeras eller genomförs.

### **Syfte**

Syftet med patientjournal är att säkerställa att patienten får en god och säker vård med god hygienisk standard. Alla hälso- och sjukvårds insatser/ åtgärder/ bedömningar samt uppföljningar ska vara spårbara. Endast uppgifter som är väsentliga för den enskildes hälso- och sjukvård ska dokumenteras. Legitimerad personal har ett personligt ansvar att föra patientjournal och därför skall det alltid framgå av vem och när uppgifter har dokumenterats. Journalen är även ett arbetsinstrument för hälso- och sjukvårdspersonalen.

### **Rättigheter**

Endast den legitimerade personal som är direkt inblandad i vården av den enskilde har rätt att ta del av en journalhandling. Omvårdnadspersonalen har rätt att i samråd med sjuksköterska och arbetsterapeut ta del av journalen som rör patientens omvårdnad. Rättigheten att ta del görs alltid i samråd och tillsammans med legitimerad personal.

### **Behörigheter vid dokumentation av datajournal**

Ansvarig vårdgivare, Ekerö kommuns Socialnämnd, har genom ledningssystemet ansvar för att det finns rutiner som säkerställer att hälso- och sjukvårdspersonalens behörighet begränsas till vad som är nödvändigt för att ge en god och säker vård.

Vårdgivaren ansvarar för att varje användare tilldelas en individuell behörighet för åtkomst till patientuppgifter.

Vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner för tilldelning, förändring, borttagning och regelbunden uppföljning av behörigheter. Endast personliga inloggningar är tillåtna.

### **Informationssäkerhet**

Vårdgivaren ska i ledningssystemet fastställa dokumenterad informationssäkerhetspolicy.

Informationssäkerhetspolicy ska innehålla att

- patientuppgifter i vårdgivarens dokumentation åtkomliga och användbara för den som är behörig (tillgänglighet)
- patientuppgifterna är oförvanskade (riktighet)
- obehöriga inte ska kunna ta del av patientuppgifterna (sekretess)
- i informationssystem som är helt eller delvis automatiserade är möjligt att i efterhand entydigt kunna härleda åtgärder till en identifierad användare (spårbarhet)

### **Termer Begrepp Definitioner**

Begrepp och termer i journalföring och definitionen av de olika termerna/ begreppen ska följa Socialstyrelsens nationella överenskomna begrepp och termer.

<http://www.socialstyrelsen.se/terminologi>

### **Definitioner**

#### **Anamnes**

Anamnes är patientens och/eller en närståendes/företrädarens subjektiva berättelse om till exempel hälsa, levnadsförhållande och kontaktorsak.

#### **Anhörig**

Person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna.  
(Jfr termen närstående)

#### **Autentisering**

Kontroll av uppgiven identitet

#### **Diagnos**

Bestämning av patients sjukdom, skada, störning eller förändring i kroppsfunktionen. Omvårdnadsdiagnoser och rehabiliteringsdiagnoser beskriver patientens hälsoproblem, risker och resurser.

#### **Epikris**

Sammanfattning av patientens vård och behandling under vårdtiden utförd av sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast

#### **Hälso- och sjukvårdspersonal**

Legitimerad sjuksköterska, legitimerad arbetsterapeut, legitimerad fysioterapeut

### **Journalhandling**

Framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder (*Patientdatalagen*). Signeringslistor, samtliga läkemedelslistor är journalhandlingar som alltid skall sparas.

### **Men**

*Men*, omfattar allt som kan kränka en persons integritet. Utgångspunkten för bedömningen är personens egen upplevelse. En *menprövning* kan utföras, vilket innebär att en prövning genomförs för att man ska förvissa sig om att en handling inte är negativ för patienten.

### **Närstående**

Person som den enskilde anser sig ha en nära relation till. Observera att termerna *anhörig och närstående* inte används konsekvent i lagtext. Enligt sekretesslagen räknas make/ maka/ samboende, barn/ fosterbarn, föräldrar och syskon som närstående.

### **Omvårdnadsprocess**

Omvårdnadsprocessen är ett system för att planera omvårdnaden i fem steg: Bedömning/ diagnos, mål, planering, genomförande och utvärdering.

### **Patient**

Person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård.

### **Patientjournal**

En eller flera journalhandlingar som rör samma patient.  
(*Patientdatalagen*)

### **Sammanhållen journalföring**

Ett elektroniskt system som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos annan vårdgivare.  
(*Patientdatalagen*)

Sammanhållen journalföring förutsätter att vårdgivaren upprättar gemensamma rutiner för samarbete vid överföring av patientuppgifter till varandra. Varje vårdgivare för sina egna journaler, men får genom samarbetet om sammanhållen journalföring möjlighet att ta del även av andra vårdgivares patientuppgifter efter inhämtat samtycke från patient.

### **Signering**

Påföra signatur i syfte att styrka riktighet och säkerställa spårbarheten

### **Stark autentisering**

Autentisering som innebär att identiteten kontrolleras på två olika sätt.

### **Status**

Status är en objektiv bedömning av patientens hälsotillstånd med hjälp av observation, undersökning samt värden med olika mätinstrument.

### **Vårdkontakt**

Kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal då hälso- och sjukvård utförs.

### **Vårdgivare**

Statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig verksamhet) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (privat vårdgivare).

### **Hälso- och sjukvårdspersonal**

Enligt Patientdatalagen (2008:355) och Patientsäkerhetslagen (2010:659) har legitimerad personal skyldighet att föra journal. Den som för patientjournal är personligt ansvarig för sina uppgifter i journalen.

### **Sjuksköterska**

Sjuksköterska har huvudansvaret för att en patientjournal upprättas för de boende som är i behov av hälso- och sjukvårdsåtgärder. Omvårdnadsdokumentationen ska följa omvårdnadsprocessen.

### **Arbetsterapeut**

Arbetsterapeutens dokumentation i patientjournalen grundar sig på arbetsterapi/rehabiliteringsprocessen och förskrivningsprocessen.

### **Fysioterapeut, tidigare sjukgymnast**

Fysioterapeutens dokumentation i patientjournalen grundar sig på fysioterapiprocessen.

### **Samtycke**

Patienten ska lämna samtycke innan information om en hälso- och sjukvårdsuppgift lämnas över till annan vårdgivare. Om patienten är beslutsoförmögen kan information till annan vårdgivare ändå överföras om uppgifterna rör en patient som det finns en aktuell patientrelation med och att patientens inställning till sådan personuppgiftsbehandling så långt som möjligt klarlagts, och att det inte finns anledning att anta att patienten skulle ha motsatt sig personuppgiftsbehandlingen (2014:829).

### **Språket**

Journalhandlingen ska skrivas på svenska, vara tydligt utformad och så långt som möjligt förståelig för patienten. Fackuttryck får användas för att uppfylla kraven på tydlighet. Förkortningar ska undvikas.

### **Patientens integritet**

Patientjournalen ska föras på ett sådant sätt att patientens integritet bevaras. Uppgifterna ska vara korrekta och väl underbyggda och inte innehålla subjektiva värdeomdömen. Ovidkommande uppgifter ska undvikas.

### **Datering**

All dokumentation ska vara daterad, det vill säga datum och klockslag ska alltid vara angivet i journalen. Den som dokumenterar ansvarar för att händelsedatum är korrekt. Händelseförloppet ska beskrivas i kronologisk ordning. Dokumentation som inte är datoriserad ska alltid vara daterad och journalblad ska vara numrerad.

### **Signering**

Uppgifter som förs in i journalen ska alltid signeras av den som ansvarar för uppgiften.

Signering ska ske i anslutning till dokumentationen. Signeringen bekräftar riktigheten i uppgifterna och dokumentationen bedöms vara upprättad först efter signering. Därefter får dokumentationen inte förstöras eller göras oläslig utan beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

### **Rättelse**

Uppgifter i patientjournalen får inte utplånas eller göras oläsliga. En rättelse ska alltid göras så att den ursprungliga texten fortfarande går att läsa. Vid rättelser av en felaktighet ska det anges datum när rättelsen har skett och vem som gjort den.

### **Telefonförfrågningar**

Telefonsamtal från patient/ närstående/ personal som resulterar i att vård och behandling påbörjats ska alltid dokumenteras i patientjournalen. Den hälso- och sjukvårdspersonal som mottagit telefonförfrågan avgör själv vad som ska dokumenteras.

### **Hälso- och sjukvårdspersonal som anlitas via bemanningsföretag eller via avtal med entreprenör**

Hälso- och sjukvårdspersonal ska alltid dokumentera utförda hälso- och sjukvårdsåtgärder och bedömningar i patientjournalen innan arbetspasset är slut. I journalen ska alltid fullständigt namn stå på den som dokumenterar och namnet på företaget eller entreprenören hos vilken hälso- och sjukvårdspersonalen är anställd.

### **Studerande**

Studenter har inte dokumentationsplikt eftersom de inte är legitimerad yrkesutövare. En student kan dokumentera i journalen under handledning. Handledaren är ansvarig för studentens bedömning och beslut. Studenten ska skriva sitt namn, ordet student och berörd högskola direkt efter texten. Handledaren ska godkänna och signera dokumentationen.

### **Rättigheten att läsa och/eller få kopia på sin egen journal**

Patienten har rätt att läsa sin egen journal om det inte bedöms att hon/ han kan skadas eller att behandlingen skulle kunna bli lidande. Sjuksköterskan ansvarar för att bedöma om en kopia på journalhandlingen ska lämnas ut till patienten. Detta bör ske i samråd med ansvarig chef. Anser den ansvarige att journalhandlingen eller någon del av den inte bör lämnas ut ska hon/ han överlämna frågan till Socialstyrelsen för prövning. Detta bör ske i samråd med Mas.

### **Rättighet att läsa och/ eller få kopia på annans journal**

Sjuksköterska som tar ställning till om uppgift får lämnas ut till annan person än patienten bör ta reda på vad uppgiften ska användas till för att kunna utföra menprövning. Menprövning ska genomföras av sjuksköterska i samråd med enhetens chef innan anhörig/ närstående tar del av patients journal, Offentlighets- och sekretesslagen (OSL 2009:400).

I de fall en handling inte lämnas ut måste beslut ha fattats av socialnämnden för att avslag ska kunna överklagas. Samråd ska ske med Mas.

Utlämnande av kopia eller avskrift ska dokumenteras i patientjournalen och signeras. Dokumentationen ska innehålla vem som har fått kopian, vad kopian omfattar, när den överlämnades ut och vem som har lämnat ut kopian.

### **Tystnadsplikt**

All personal inom hälso- och sjukvården har tystnadsplikt. Det innebär att uppgifter som rör patientens sjukdom eller behandling skyddas av sekretess. Enbart den hälso- och sjukvårdspersonal som är engagerad i vården av patienten har rätt att ta del av journalen. I de fall uppgifter behöver lämnas ut till andra än de som vårdar patienten ska patienten alltid ha lämnat sitt medgivande.

### **Telefax**

Dokument som innehåller personuppgifter och översänds med telefax omfattas av sekretess.

Då patientinformation/ journal överförs med hjälp av fax ska faxnumret till mottagaren vara kodat till kortnummer.

- Innan faxet skickas ska telefonkontakt tas med mottagaren
- Använd försättsblad för identifiering av sändare och mottagare samt uppge antalet sidor
- Via sändningskvittot kontrolleras av sändningen genomförts utan anmärkning
- Avsändaren och mottagaren ansvarar för att de faxade dokumenten inte blir kvar i faxen
- Faxen bör vara placerad så att obehöriga inte kan komma åt information

### **Säkerhetsrutiner för dokumentation i datajournal**

#### **Oförutsett driftstopp**

Vid inflyttning ska tjänstgörande sjuksköterska ansvara för att följande dokument alltid ska finnas i pappersform

1. Person- och närstående uppgifter
2. Anamnes, uppgifter om överkänslighet, varning (intolerans/ överkänslighet) observation och smitta ska vara ifyllda.
3. Aktuell läkemedelsordination/ läkemedelslista

Den sjuksköterska som tar emot ändringar avseende punkt 1-3 ska alltid se till att aktualisera papperskopior.

#### **Vid planerade driftsstopp**

Tjänstgörande sjuksköterska ska kontrollera att dokumentationen enligt punkt 1 – 3 är aktuella och finns i pappersform.

Sjuksköterska ska i samråd med arbetsterapeut och fysioterapeut besluta vilken övrig dokumentation som ska skrivas ut i pappersform för att säkra den medicinska vården t.ex. för patienter som vårdas i livets slut.

#### **Dokumentation vid driftstopp**

Dokumentationen sker på journalpapper och signeras enligt patientdatalagen. Dokumentationen är en originalhandling och ska förvaras som originalhandling. Hälso- och sjukvårdspersonal ska snarast efter avslutat driftstopp föra in egen dokumentation i datajournalen.

Undantag: Om en sjuksköterska inte är tillbaka i tjänst inom de närmaste dygnet efter driftstoppet och inte kan föra in journalanteckningarna ska tjänstgörande sjuksköterska föra in en hänvisning till journalanteckningarna i pappersform under respektive sökord och spara i journalen.

### **Vårdtagare som flyttar till annan verksamhet i annan kommun**

Om en boende flyttar till enskild verksamhet eller annan kommun ska tjänstgörande sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut skriva och skicka epikris till det nya boendet efter patientens samtycke. I de fall den boende inte själv kan ge samtycke ska anhörig/ närstående ge samtycke.

### **Arkivering**

#### **Vårdtagare som flyttar**

Då vårdtagare flyttar till annan kommun, enskild verksamhet ska pappersjournaler arkiveras i Ekerö kommuns arkiv. Datajournal tas ut i pappersform och arkiveras i Ekerö kommuns arkiv.

#### **Vårdtagare som avlidit**

Då vårdtagare avlidit ska datajournal tas ut i pappersjournal och arkiveras i Ekerö kommuns arkiv.

### **Checklista för upprättande av patientjournal**

#### **Omvårdnadsjournal/ patientjournal**

Omvårdnadsjournal ska föras för varje vårdtagare/ patient. Journalen ska upprättas i samband med inflyttningen. Med omvårdnadsjournal avses de anteckningar som görs och de handlingar som upprättas i samband med vården. En omvårdnadsjournal ska innehålla uppgifter som behövs för en god och säker vård för den enskilde. Enligt Patientdatalagen ska uppgifterna föras in i omvårdnadsjournalen så snart det kan ske.

En omvårdnadsjournal ska innehålla;

- Uppgifter om patientens/ boendes identitet
- Uppgifter om ansvariga för vården– sjuksköterska, läkare, paramedicinare
- Väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
- Uppgifter om hälsotillståndet och förändringar av hälsan
- Uppgifter om smitta
- Uppgifter om ställd diagnos och anledning till mera betydande vård och åtgärder
- Uppgifter om vidtagna, planerade och utvärderade åtgärder
- Överkänslighet, varning ska markeras på anamnes och läkemedelskort

Uppgifter om anhöriga, behov av Medicin tekniska produkter (MTP) samt andra uppgifter som är väsentliga för vårdtagarens allmänna och specifika omvårdnad, medicinska insatser, aktivering och rehabilitering ska dokumenteras.

I omvårdnadsjournalen ska alla insatser och uppgifter om hälsa/ ohälsa signeras av den som utfört uppgiften eller konstaterat hälsotillståndet. Datum för insatser, åtgärder, uppföljningar och förändrat hälsotillstånd ska noggrant dokumenteras.

#### **Utformning av omvårdnadsjournal**

Omvårdnadsjournalen ska utformas så att vårdtagarens integritet respekteras.

Den ska vara skriven på svenska språket, vara tydligt utformad och så långt som möjligt vara förståelig för vårdtagaren. Dokumentationen ska utifrån den enskildes individuella behov beskriva vårdens planering, genomförande och resultat och utvärdering. Utformning och dokumentation sker enligt VIPS- sökord (välbefinnande, integritet, prevention, säkerhet).

Omvårdnadsjournalen ska sammanfattas i en omvårdnadsepikris i samband med flytt eller dödsfall.

#### Allmänna uppgifter

Vårdtagarens namn, personnummer, adress, telefonnummer, nationalitet

Anhörigas namn, telefonnummer, adress

Vårdtagarens medgivande till utlämnad av information

Inflyttningsdatum

Namn på ansvarig sjuksköterska, läkare, paramedicinare

Medicinsk diagnos, ställd av läkare

#### Omvårdnadsanamnes

Beskrivning av patientens hälsa och levnadsförhållande beskriven av patienten själv och/eller anhörig

Ex på sökord; *egenvård, social bakgrund, hälsohistoria, överkänslighet, smitta*

#### Omvårdnadsstatus

Sjuksköterskans bedömning av vårdtagarens hälso- och livssituation.

Ex på sökord: *kommunikation, elimination, hud, andning, cirkulation, sömn, smärta och nutrition*

#### Omvårdnadsplan

1. Omvårdnadsdiagnos/ problem: *Beskrivning av problem baserad på observationer, undersökningar och uppgifter på anamnes och status*
2. Omvårdnads mål: *Planering av vårdtagarens vård och resultat som ska uppnås*
3. Omvårdnadsåtgärder: *Styrs av omvårdnadsdiagnos. Planerade åtgärder ska vara formulerade med sökord*
4. Omvårdnadsresultat/ utvärdering: *En beskrivning av hur målen har uppnåtts.*

#### Läkemedelsdokumentation

Ordinationshandling– varning för överkänslighet ska anges på ordinationshandling

Signeringslistor

Förbrukningsjournal

#### Epikris

Omvårdnadsepikris är en sammanfattning av vårdtiden

#### Rapportblad

Rapportblad/ daganteckningar ska användas som omvårdnadsplaner. *Ex läkarkontakter, anhörigkontakter, aktuella händelser*

#### **Paramedicinares dokumentation**

Arbetsterapeuts dokumentation av vårdtagares behov, insatser samt uppföljning och utvärdering av utförda insatser ska finnas i vårdtagarens omvårdnadsjournal.



Paramedicinarnas dokumentation är viktig för att se vårddagaren ur ett helhetsperspektiv samt att få en samlad bild av vårddagarens hälsa/ ohälsa.

I vissa fall upprättas aktivering – och rehabiliteringsplaner vilka ska finnas med i omvårdnadsjournalen.

### **Förvaring**

Varje omvårdnadsjournal ska hanteras och förvaras så att obehöriga ej får tillgång till den. Pappersjournalerna ska förvaras inlåsta i brandsäkert dokumentskåp.