Socialförvaltningen
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)*, Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) *Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) samt i Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).*

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 genomförts.

Syfte

Syftet med patientjournal är att säkerställa att patienten får en god och säker vård med god hygienisk standard. Alla hälso- och sjukvårdsinsatser/ 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/företrädares 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 inom kommunen

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

Dokumentationsplikt
Enligt Patientdatalagen (2008:355) och Patientsäkerhetslagen (2010:659) har legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 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. Om en patient nekas tillgång till sin journal har denne rätt att få ett skriftligt beslut som kan överklagas till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO).

Rättighet att läsa och/ eller få kopia på annans journal
Rätten att lämna ut patientjournaler till anhöriga regleras noggrant enligt svensk lag, särskilt genom offentlighets- och sekretesslagen (2009: 400) och patientdatalagen (2008:344). Här nedan är centrala principerna:

1. **Patientens samtycke.** Huvudregeln är att patientens samtycke krävs för att lämna ut patientjournalen till anhöriga. Patienten måste uttryckligen godkänna att anhöriga får ta del av journalen.
2. **Undantag vid patientens oförmåga.** Om patientens inte kan ge sitt samtycke, exempelvis på grund av medvetslöshet, kan vårdgivaren lämna ut journaler till närstående om det bedöms vara i patientens intresse. Detta görs för att möjliggöra att anhöriga kan få viktig information om patientens tillstånd och vård.
3. **Sekretessprövning.** Även om en patient har gett sitt samtycke, görs en sekretessprövning av vårdgivaren. Om informationen i journalen kan skada patienten eller tredje part om den lämnas ut, kan delar av eller hela journalen undanhållas.
4. **Avlidna patienter.** För avlidna patienter kan anhöriga i vissa fall få tillgång till journalerna, men detta kräver också en sekretessprövning. Här vägs anhörigas behov av information mot den avlidnes integritet.

Beslut om att lämna ut journaler fattas av den ansvariga vårdgivaren, och vårdgivaren har skyldighet att dokumentera och motivera sitt beslut, särskilt om delar av eller hela journalen undanhålls.

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

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 dygnen 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.

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;
Patientens personuppgifter: Namn, personnummer och kontaktuppgifter.
Hälsohistoria: Tidigare och nuvarande sjukdomar och hälsotillstånd.
Aktuell omvårdnadsstatus: Bedömning av patientens fysiska, psykiska, sociala och emotionella hälsotillstånd samt beskrivning av eventuella funktionsnedsättningar och deras påverkan på dagliga aktiviteter.
Omvårdnadsdiagnoser: Identifierade omvårdnadsproblem baserade på patientens aktuella tillstånd. Diagnoserna ska vara specifika och baserade på bedömningar och observationer.
Omvårdnadsmål: Tydliga och mätbara mål för omvårdnaden. Kortsiktiga och långsiktiga mål, relaterade till patientens hälsotillstånd och behov.
Omvårdnadsplan: Planerade omvårdnadsåtgärder. Tidsramar för genomförande av åtgärder och uppföljning. Ansvariga personer för varje åtgärd.
Genomförda omvårdnadsåtgärder: Dokumentation av alla utförda omvårdnadsåtgärder. Datum och tid för varje åtgärd samt vem som utförde den.
Utvärdering och uppföljning: Bedömning av resultatet av omvårdnadsåtgärderna. Justering av omvårdnadsplanen baserat på utvärderingen. Återkoppling från patienten och deras upplevelse av vården.
Kommunikation och samordning: Dokumentation av samtal och överenskommelser med patienten och deras anhöriga. Samverkan med andra vårdgivare och dokumentation av överförd dokumentation.
Patientens medverkan och informerat samtycke: Noteringar om patientens medverkan i planering och genomförande av omvårdnaden. Dokumentation av informerat samtycke för specifika åtgärder och interventioner.

Vid nyinflyttning till boende (grupp- och serviceboende) samt kontinuerligt varje år ska Riskbedömning avseende nedan genomföras och dokumenteras i omvårdnadsjournalen;
- Trycksår
- Undernäring
- Fall
- Munhälsa

Blanketter - Senior alert

Läkemedelsdokumentation
Ordinationshandling– varning för överkänslighet ska anges på ordinationshandling
Signeringslistor
Förbrukningsjournal

Epikris
Omvårdnadsepikris är en sammanfattning av vårdtiden

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 vårdtagaren ur ett helhetsperspektiv samt att få en samlad bild av vårdtagarens 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.

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 dras ut från hälso- och sjukvårdens datajournal och lämnas till Ekerö kommun för arkivering. Hälso- och sjukvårdsjournal tas ut i pappersform och arkiveras i Ekerö kommuns arkiv.

Vårdtagare som avlidit
Då vårdtagare avlidit ska all hälso- och sjukvårdsjournal tas ut i pappersjournal och lämnas till Ekerö kommun för arkivering. De hälso- och sjukvårdsjournaler där personer är födda på dag 5, 15 eller 25 ska arkiveras i kommunarkivet för alltid. Övrig personers hälso- och sjukvårdsjournal ska gallras efter 10 år efter senast införda anteckning. Viktigt att det med tydlighet framgår (i akt-omslaget) gällande personer födda 5, 15 och 25 och att de ej blandas med buntar avseende personer födda övriga dagar i månaden.