



Socialförvaltningen
Annicka Pantzar
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Riktlinje för dokumentation och journalhantering i särskilda boendeformer för äldre

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 *Socialstyrelsens 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 genomförts.

Syfte

Syftet med patientjournal är att säkerställa att patienten får en god och säker vård med god hygienisk standard. 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, sjukgymnast 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 inloggningarna är tillåtna.

Informationssäkerhet

3 kap. 2 § HSLFS-FS 2016:40

Vårdgivaren ska genom ledningssystemet säkerställa 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*).

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 (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 besluts- oförmögen 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 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 ska 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. Gamla läkemedelslistor räknas som journalhandling och ska arkiveras.

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.

Journalhantering vid byte av bostad och arkivering

Växelvård

Vid avlastnings- och växelvård ska journalen avslutas och öppnas vid varje vårdtillfälle. Efter patients samtycke kan information skickas till ansvarig inom primärvården.

Byte av boende inom Ekerö kommun

Om boende flyttar till annat boende inom Ekerö kommuns egen regi ska tjänstgörande sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut skriva och skicka en epikris. Samtycke för att överföra utdrag/ kopia av samtlig journal till annat särskilt boende ska lämnas av den boende eller av anhörig/ närstående.

Byte av boende till entreprenör inom Ekerö kommun

Om en boende flyttar till annat särskilt boende som drivs på entreprenad av Ekerö kommun ska tjänstgörande sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut skriva och skicka en epikris. För att epikris ska få skickas krävs samtycke från den boende eller från anhörig/ närstående.

Enskild verksamhet eller 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 eller till boende som drivs på entreprenad av Ekerö kommun ska pappersjournaler (avseende hälso- och sjukvård) arkiveras i Ekerö kommuns arkiv. Datajournal tas ut i pappersform och arkiveras i Ekerö kommuns arkiv.

Vårdtagare som avlidit

Då vårdtagare avlidit ska Hälso- och sjukvårdsjournalen/ Datajournal tas ut i pappersjournal och arkiveras i Ekerö kommuns arkiv. Däremot ska SoL dokumentationen sparas minst två år efter senaste anteckningen på enheten. Därefter kan gallring ske. Undantag, personer födda på dag 5, 15 och 25 ska all SoL dokumentation sparas och sändas till kommunens arkiv; Ekerö kommunhus.

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 dokumenteras så att det tydligt syns i patientjournalen.

Uppgifter om anhöriga, behov av Medicintekniska produkter (MTP) och Hjälpmedel 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.

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, häsohistoria, 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- räknas som journalhandling och ska sparas

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

Fysioterapeut och 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.

Dokumentation vid Dagverksamhet

Omvårdnadsjournaler ska upprättas vid dagverksamhet för personer med demenssjukdom **när medicinska insatser utförs på dagverksamheten.** Dokumentationen ska ske enligt gällande författningar i HSL och SoL. Journalen ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård. Dokumentationen ska bygga på en helhetssyn.

Omvårdnadsjournal ska innehålla;

- Uppgifter om den boendes identitet, ansvarig sjuksköterska för verksamheten
- Uppgifter om ansvarig distriktsköterska och husläkare i primärvården
- Uppgifter om diagnos och anledning till vården
- Uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder/ insatser samt utvärdering av vidtagna åtgärder/ insatser
- Uppgifter om förändrat hälsotillstånd
- Uppgifter om överkänslighet och aktuella mediciner

Omvårdnadsjournalen ska signeras av den som ansvarar för uppgift/ insats eller utvärdering av insats. Signeringslista ska finnas.

Förvaring

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