

Dokumentet gäller för

Hälso-och sjukvårdspersonal inom särskilda boenden och dagverksamheter på Nacka Seniorcenter.

Inledning

All personal som är verksam inom kommunens hälso- och sjukvård är skyldiga att dokumentera uppgifter som kan ha betydelse för vården av den enskilde. Dokumentation är ett viktigt verktyg för informationsutbyte inom och mellan olika yrkesgrupper för att garantera en god och säker vård. En journal ska upprättas i samband med inflyttning för personer med biståndsbeslut om heldygnsomsorg och för personer med behov av hälso- och sjukvårds insatser på dagverksamhet. En patientjournal ska föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter.

Ansvar

Verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen

Verksamhetschefen har ett lednings- och kvalitetsansvar och ska se till att det finns förutsättningar att genomföra den lagstadgade journalföringsplikten, till exempel tid, kompetens och utrustning. Verksamhetschefen ansvarar vidare för att rutinbeskrivning för dokumentation och informationsöverföring är känd och följs av legitimerad personal. Bedöms det att lokala rutiner behöver utformas ansvarar verksamhetschefen för att upprätta dessa.

Verksamhetschefen ansvarar för att rutin finns som reglerar åtkomst av vårdinformation i NPÖ. Att en organisation finns för administration av behörighet, samtycken och spärrar. Verksamhetschefen ansvarar även för att personalen får utbildning/information gällande patientrelation, samtyckeshantering och spärrhantering och att loggkontroller sker. All legitimerad personal ska känna till att olovligt intrång är straffbart enligt Patientdatalagen.

Verksamhetschefen ansvarar för att utse namngivna loggansvariga samt skriva rutinerna för hur logguppföljningen ska ske samt frekvensen. Att kontroller av loggarna dokumenteras och sparas och att loggarna sparas minst fem år för att möjliggöra kontroll av åtkomsten av uppgifter om en patient. Verksamhetschefen

ansvarar för att utredning sker vid misstanke om olovligt intrång. Medicinskt ansvarig sjuksköterska informeras därefter för vidare handläggning. Verksamhetschefen ansvarar enligt HSLF-FS 2016:40 för att det finns en informationssäkerhetspolicy som inkluderar riskanalyser, och att namngivna personer finns som ansvarar för informationssäkerhetsarbetet. Verksamhetschefen ansvarar för att upprätta en lokal rutin om hur gallring ska ske av den digitala journalen efter 10 år.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (mas)

Mas ansvarar för att journaler finns och att de förs i den omfattning som föreskrivs i gällande lagstiftning och enligt rutinbeskrivning för dokumentation och informationsöverföring.

Legitimerad hälso-och sjukvårdspersonal

Legitimerad hälso-och sjukvårdspersonal är skyldig att föra journal för de patienter som är i behov av insatser från hälso-och sjukvården. Personalen är ansvarig för att de personliga lösenorden och hjälpmedel för uppgiven identitet inte är tillgängliga för andra. Att datorer eller andra enheter som används inte lämnas utan att uppgifterna är skyddade mot obehörig åtkomst.

Studerande

Studerande i utbildning till arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska som deltar i omvårdnaden har rätt att ta del av och föra anteckningar i elektronisk patientjournal under handledarens överinseende och ledning. Det ska framgå studentens namn, befattning och namnet på högskolan. Journalanteckningen ska godkännas och signeras av ansvarig handledare.

Journalföring

Journalen ska i möjligaste mån upprättas i samråd med patienten. Journalen ska spegla innehållet i de viktigaste delarna av vården och omsorgsprocessens samt rehabiliteringens olika steg; det vill säga initiera, utreda, ta ställning, sätta mål, genomföra och följa upp, ska kunna följas i dokumentationen. Journalen ska föras på ett sådant sätt att en uppgift inte behöver dokumenteras på flera olika ställen. Uppgifterna ska vara korrekta, väl underbyggda och inte innehålla subjektiva omdömen.

Personer med skyddade personuppgifter

Personer med skyddade personuppgifter ska kunna legitimera sig och visa en handling från Skatteverket om att de har skyddade personuppgifter. Personuppgifter som är skyddade ska var tydligt märkta. Tillsammans med patienten ska nivån på skyddsbehovet bestämmas. Vårdgivare kan tillsammans med patienten besluta att journalen endast ska föras på papper.

Journalen ska innehålla:

- Uppgift om patientens identitet
- Kontakt och närståendeuppgifter
- Uppgift om ansvariga läkare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska
- Uppgift om lämnat samtycke till sammanhållen journalföring, registrering i kvalitetsregister Senior Alert, BPSD (symtom vid demenssjukdom), Palliativa registret och att nödvändig information om vård, behandling och vårdkontakter får delas mellan Nacka kommuns utförare av hälso- och sjukvård (sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut) och aktuella vårdgivare
- Uppgift om samtycke till eventuella begränsningsåtgärder
- Uppgift om eventuella återkallade samtycke
- Väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
- Uppgift om ställd diagnos; uppgifter som är verifierade av läkare
- Uppgift om aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
- Uppgifter om planerade och vidtagna åtgärder samt resultat av dessa
- Uppgifter om vårdplanering
- Uppgifter om ordinationer som hälso-och sjukvårdspersonal gjort eller tagit emot per telefon och orsak till ordinationerna
- Uppgifter om överkänslighet för läkemedel eller andra ämnen; uppgifter som är verifierade av läkare
- Uppgifter om vårdhygienisk smitta; uppgifter som är verifierade av läkare.
- Uppgift om förskrivna och utlämnade medicintekniska produkter
- Uppgifter om information som getts till patient och närstående
- Uppgifter om de ställningstaganden som gjorts av patienten och hälso-och sjukvårdspersonalen i fråga om val av behandlingsalternativ
- Resultat från genomförda riskbedömningar ska dokumenteras i journalen
- Intyg, remisser och annan för vården relevanta inkommande och utgående information
- Epikriser och andra sammanfattningar.

Vidare ska patientjournalen innehålla uppgifter om vem som har gjort viss anteckning i journalen och när anteckningen gjordes. En journalanteckning ska om inte synnerliga hinder finns så långt som möjligt signeras av den som ansvarar för uppgiften. Det ska signeras i samband med anteckningen men senast inom två veckor.

- Varje uppgift i patientjournalen ska utformas så att patientens integritet respekteras.
- Journalhandlingar ska skrivas på svenska, vara tydligt utformade och vara så lätta som möjligt att förstå för patienten. Förkortningar ska undvikas.

- Varje journalhandling ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till den.
- En journal ska vara ett stöd för den eller de personer som svarar för patientens behandling, så att patienten får en god och säker vård.
- Journalen ska vara underlag för bedömning av åtgärder som ska utföras av de som inte tidigare träffat patienten till exempel jourhavande läkare och sjuksköterska från mobilt team.
- Journalen ska vara ett instrument i kvalitetssäkringsarbetet.
- Journalen ska vara underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll.
- Journalen ska kunna ge patienten insyn i den vård och behandling hon/han har fått.
- En journalhandling ska bevaras i 10 år efter det att sista anteckningen gjordes i journalen.

När en patient flyttar till boendet påbörjas dokumentationen med de uppgifter som finns till hands. Dessa skrivs in under respektive sökord, med hjälp av den hjälpfrästext som finns. Under sökorden där det finns problem skrivs aktuellt status in. Under de sökord där det inte finns problem skriv inget. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) och klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) ska användas.

Inflyttningsdagen

Kontroll av identitet, närståendeuppgifter, information från andra vårdgivare. Eventuella överkänsligheter, behandlings begränsningar, begränsningsåtgärder och vårdhygienisk smitta. Dokumentation ska göras om patienten har egenvård eller behöver stöd/hjälp med sin läkemedelshantering. Status är lika med att ICF trädet under kroppsfunktioner, aktiviteter och delaktighet och omgivningsfaktorer vid hjälpmedel gås igenom. Det ska göras om möjligt göras inflyttningsdagen.

Inom en vecka

Riskbedömningar av fall, undernäring och trycksår, munhälsobedömning, bedömning av eventuell inkontinens och ADL bedömning ska göras inom en vecka. Mätvärden som vikt, längd, BMI, puls och blodtryck ska tas inom en vecka. **Var och en som för patientjournal svarar för sina uppgifter i journalen.** När en boende flyttar/ avlider skrivs en epikris och journalen avslutas och arkiveras enligt gällande lokala bestämmelser.

Dagverksamhet

En journal ska upprättas för de personer som besöker dagverksamheten och har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser. Visar bedömningen att det inte längre finns några behov av hälso-och sjukvårdsinsatser görs en anteckning om detta.

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 felaktig anteckning ska det anges när rättelsen har skett och vem som har gjort den.

Rätten att ta del av patientjournal

Patienten har som huvudregel rätt att ta del av sin egen journal.

För närstående gäller som huvudregel att patienten behöver lämna sitt samtycke för att närstående ska få ta del av journalen. Det ska framgå av verksamhetens lokala rutiner vem som tar beslut om utlämnande av journalhandlingar och vem som beslutar om avslag. När förfrågan avser journalhandlingar gällande en person som inte kan ge sitt samtycke på grund av beslutsoförmögenhet ska en menprövning göras. Detsamma gäller även för en avlidens persons journalhandlingar.

Information om att sekretess- eller menprövning gjorts, att journal har lämnats ut och till vem journalen har lämnats ut, ska dokumenteras i journalen.

Rättelse och förstörande av patientjournal

Om en patient anser att en uppgift i patientjournalen är oriktig eller missvisande ska det antecknas i journalen.

En patient eller någon annan som omnämns i en patientjournal kan ansöka hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om att journalen ska förstöras helt eller delvis.

Sammanhållen journalföring

Sammanhållen journalföring innebär att vårdgivare delar patientuppgifter i varandras journaler. Nationell Patientöversikt (NPÖ) är en IT-lösning som ger behörig vårdpersonal direkt åtkomst till sammanhållen journalföring under förutsättning att patienten ger sitt samtycke. Vad man hittar i NPÖ beror på vilka vårdssystem och informationsmängder en vårdgivare har valt att ansluta.

Patienten kan säga nej till att ingå i sammanhållen journalföring och NPÖ. För att använda NPÖ krävs att vårdpersonal har en vårdrelation med patienten och giltig e-tjänstelegitimation. Patienten ska ge sitt samtycke när vårdpersonal vill använda NPÖ. Det är viktigt att informera patienten om rätten att de när som helst kan återkalla sitt samtycke.

Säkerhetstjänster finns inbyggda i systemet så att Patientdatalagens krav på hantering av vårdinformation, patientintegritet, identifikation och åtkomstkontroll säkerställs.

Inhämtande av samtycke

Patient med bristande förmåga att lämna samtycke

Om patienten saknar förmåga att fatta egna beslut så kan inte samtycke inhämtas från närstående, så till vida den närstående inte är legal företrädare. Om patienten har svårt att förstå eller göra sig förstådd ska legitimerad personal i samråd med patientens legala ställföreträdare fastställa patientens ställningstagande. En legal ställföreträdare är god man eller förvaltare med rätt att företräda patienten i vård- och omsorg.

Nödåtkomst

Om patientens vilja inte kan fastställas, och samtycke inte kan inhämtas, får direktåtkomst i sammanhållen journalföring endast ske om en nödsituation inträffar (nödåtkomst). Nödåtkomst kan enbart användas i akuta situationer när allvarlig fara föreligger för den enskildes liv och hälsa.

Dokumentation av samtycke

Nödåtkomst, inhämtat eller nekat samtycke ska alltid dokumenteras i patientjournalen. Det ska också framgå om samrådet har skett med legal ställföreträdare.

Driftsstopp

Då det förekommer både planerade och oförutsetta driftsstopp i det digitala dokumentationssystemet ska det finnas papperskopior på vissa nödvändiga nedanstående uppgifter.

Oförutsett driftstopp

För att säkra nödvändiga uppgifter vid ett oförutsett driftsstopp ska tjänstgörande sjuksköterska vid inskrivning ansvara för att följande dokument alltid ska finnas i pappersformat;

1. Person- och närståendeppgifter
2. Anamnes, uppgifter om överkänslighet, varning, observation och smitta
3. Aktuell läkemedelslista/ordinationshandling

Den sjuksköterska som tar emot en ändring avseende punkt 1 – 3 ska alltid se till att aktuella papperskopior finns.

Planerade driftstopp

Tjänstgörande sjuksköterska ska kontrollera att dokumentation enligt punkt 1 till och med 3 är aktuell och finns i pappersform. Sjuksköterskan ska i samråd med arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast besluta vilken övrig dokumentation som ska skrivas ut i pappersform för att säkra den medicinska vården.

Dokumentation vid driftstopp

Dokumentationen sker på journalpapper (bilaga: Journalblad vid driftstopp).

Dokumentationen ska innehålla:

- patientens namn och personnummer
- datum och klockslag
- fullständig dokumentation kring händelsen
- fullständigt namn, titel på den som dokumenterat
- signering enligt patientdatalagen

Hälso- och sjukvårdspersonal ska snarast och senast inom tre dygn efter avslutat driftstopp föra in sin egen dokumentation i journalsystemet.

Om den personen som har fört pappersjournal inte är tillbaka inom tre dygn ska aktuell hälso- och sjukvårdspersonal dokumentera under aktuellt sökord i datajournalen att det finns dokumentation/anteckning i pappersform.

Journalanteckningen i pappersform ska sparas i journalen.

Arkivering och gallring av pappersjournal

När vårdperioden avslutas antingen på grund av flytt till annat boende eller när patient avlidit ska journalen rensas på ovidkommande innehåll. Gem, plastfickor och dylikt ska avlägsnas ur journalen. Journalhandlingar som är publicerade av en annan vårdgivare ska kasseras.

De pappersdokument som finns ska sorteras i ordning som beskrivs nedan.

Journalen ska sparas på enheten 10 år efter den sista anteckningen. Därefter ska journaler för kunder som är födda 5, 15, 25 varje månad bevaras i kommunarkivet och övriga journaler hanteras enligt lokal rutin.

Arbetsterapeutens, fysioterapeutens och sjuksköterskans fullständig hälso- och sjukvårdsjournal (anamnes, status, anteckningar, epikris)

Signeringslistor

Signaturförtydligandelista

Läkemedelslistor

Förbrukningsjournal narkotika

Sårjournal

Den digitala journalen ska inte skrivas ut. För gallring av den digitala journalen, se under verksamhetschefens ansvar.

Avvikelse rapporter och fallrapporter ska sparas i tre år.

Verksamheten ska ha lokala rutiner för hur arkivering och gallring genomförs.

Bilaga

Journalblad för dokumentation vid driftsstopp

<https://www.nacka.se/4ad7a9/globalassets/underwebbar/anordnare-socialtjanst/mas/blankettbanken-mas-aldre/journalblad-att-anvanda-vid-datastopp.pdf>

Styrdokument

SFS 1990:782 Arkivlagen med ändringar 1993 - 2015

SFS 1998:204 Personuppgiftslag

SFS 2008:355 Patientdatalagen

SFS 2009:400 Offentlighets- och sekretesslagen

SFS 2010:659 Patientsäkerhetslagen

SOSFS 2008:14 Föreskrifter och allmänna råd för Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården

SOSFS 2011:9 Föreskrifter och allmänna råd för Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

HSLF-FS 2016:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården

HSLF-FS 2017:30 Hälso-och sjukvårdslagen

Ansvarig för dokumentet 2021-10-28

Susanne Karlsson

Medicinskt ansvarig sjuksköterska