

# MAS Riktlinje

## Dokumentation och informationshantering

### 1 Inledning

Vid vård av personer i hälso- och sjukvården är det viktigt för säkerheten att de som arbetar kring den enskilde kan ta del av vad som förevarit och vilka insatser som gjorts och som planeras. Det ska föras patientjournal över den som vårdas i hälso- och sjukvården. En journal ska föras för varje person och får inte vara gemensam för flera personer.

**En otillräcklig dokumentation utgör en stor patientsäkerhetsrisk.**

#### 1.1 Definition av journalhandling

Patientdatalagen är teknikneutral. Med patientjournal avses de anteckningar som görs och de handlingar som upprättats eller inkommer i samband med vården och som innehåller uppgifter om den enskildes hälsotillstånd, andra personliga förhållanden och vårdåtgärder. Som journalhandling kan anses framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniska hjälpmedel.

#### 1.2 Syfte

Syftet med att föra patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av den enskilde. Den är också en informationskälla för den enskilde och personal samt utgör underlag för bedömning av åtgärder som kan behöva vidtas av någon som tidigare inte träffat den enskilde. En patientjournal utgör också ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet inom vården samt ett underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll av den vård som de enskilde fått.

Journalanteckningar ska så snart som möjligt föras in i journalen. Informationshantering inom hälso- och sjukvården ska enligt Patientdatalagen vara organiserad så att den tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet.

Handboken – ett stöd för vårdgivare, verksamhetschefer, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och hälso- och sjukvårdspersonal från Socialstyrelsen ger utförligt stöd för hur man kan tillämpa det omfattande regelverk som styr dokumentation av hälso- och sjukvård.

#### Bakomliggande lagstiftning

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Patientdatalagen (2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården samt patientlag 2014:861.

#### Uppföljning och uppdatering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

## Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	1
Definition av journalhandling .....	1
Syfte.....	1
<b>Ansvar</b> .....	3
<b>Dokumentationsskyldighet</b> .....	4
<b>Respekt för integritet, språk och tydlighet i journalen</b> .....	5
Den enskildes integritet.....	5
<b>Informationsöverföring vid upprättande av ny journal och efter återkomst från slutenvård</b> .....	5
<b>Journalens innehåll</b> .....	7
Uppgifter som journalen ska innehålla .....	7
Resultat av riskbedömning .....	8
Förtydliganden om journalföring av uppgifter, sår och information.....	9
Personcentrerad vård .....	9
Vårdplan .....	9
Information .....	10
Samtycke .....	10
Delaktighet för patient och närstående .....	11
<b>Hantering, förvaring sekretess och samtycke m.m.</b> .....	10
Förvaring .....	12
Ändring eller utplåning av uppgifter .....	13
Sekretess och samtycke .....	13
Den enskilde har rätt att ta del av sin journal .....	14
Utlämnande av uppgifter från journal till annan .....	14
Fax och e-post .....	14
<b>Utskrivna uppgifter i pappersjournal och driftstopp m.m.</b> .....	15
Utskrift av väsentlig information på papper .....	15
Sjuksköterska som saknar åtkomst till datajournal .....	15
Driftstopp.....	15
<b>Inre sekretess och elektronisk åtkomst inom kommunens verksamhet</b> ....	16
Ansvar för informationssäkerhet.....	16
Styrning av behörigheter .....	16
<b>Kontroll av åtkomst av patientuppgifter</b> .....	16

### Bakomliggande lagstiftning

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Patientdatalagen (2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården samt patientlag 2014:861.

### Uppföljning och uppdatering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

## 2 Ansvar

### 2.1 *Vårdgivarens ansvar*

Vårdgivaren har enligt patientdatalagen bl.a. ansvar för att

- ge direktiv och säkerställa att det i verksamhetens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns en dokumenterad informationssäkerhetspolicy. Informationssäkerhetspolicy ska säkerställa att
  1. uppgifter om enskilda i vårdgivarens dokumentation är åtkomliga och användbara för den som är behörig (tillgänglighet),
  2. uppgifterna om enskilda är oförvanskade (riktighet),
  3. obehöriga inte ska kunna ta del av uppgifterna (sekretess), och
  4. det i sådana informationssystem som är helt eller delvis automatiserade är möjligt att i efterhand entydigt kunna härleda åtgärder till en identifierad användare (spårbarhet).

Vårdgivaren ska utse en eller flera personer som ska ansvara för informationssäkerhetsarbetet. Den eller de som fått denna uppgift ska en gång om året till vårdgivaren rapportera:

- granskningar och skyddsåtgärder av större betydelse som har gjorts i enlighet med informationssäkerhetspolicyen,
- riskanalyser som har utförts avseende informationssäkerheten, och
- förbättringsåtgärder som har vidtagits.

Vårdgivaren ska även ansvara för att det i ledningssystemet finns rutiner som säkerställer att hälso- och sjukvårdspersonalens och andra befattningshavares behörighet begränsas till vad som är nödvändigt för att ge en god och säker vård.

### 2.2 *Verksamhetschefens ansvar*

Verksamhetschefen har inom ramen för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete an-svar för

- att rutiner för informationsöverföring skapas så att patientsäkerheten tillgodoses,
- att planera verksamheten så att det finns tid avsatt för dokumentation enligt patientdatalagen och socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.
- att tillsammans med enhetschef/gruppchef ansvara för att lagar, föreskrifter från socialstyrelsen och riktlinjer som är fastställda av MAS samt lokala rutiner är väl kända, används och följs upp i det dagliga arbetet inom enheten.

#### Bakomliggande lagstiftning

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Patientdatalagen (2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården samt patientlag 2014:861.

#### Uppföljning och uppdatering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

- att följa upp dokumentationens kvalitet och ändamålsenlighet
- att utdelade behörigheter för åtkomst till uppgifter om enskilda är ändamålsenliga och förenliga med hälso- och sjukvårdspersonalens och andra befattningshavares aktuella arbetsuppgifter
- att själv eller genom uppdrag till annan följa upp informationssystemens kvalitet och användning samt att personalen följer bestämmelser för hantering av personuppgifter genom regelbunden kontroll av loggar,
- att loggar sparas i tio år i systemet.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar**

Att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen

Att patienter får den hälso- och sjukvård som läkare förordat om

Att patienter får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård inom kommunens ansvarsområde

### **2.3 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar**

Hälso- och sjukvårdspersonalen, entreprenörer, uppdragstagare eller annan som utför hälso- och sjukvårdsarbete på uppdrag av vårdgivaren ansvarar för

- att föra patientjournal enligt patientdatalagen, Socialstyrelsens föreskrifter andra författningar och MAS riktlinje.
- att personliga lösenord och loggar inte blir tillgängliga för obehöriga.
- att datorer som används inte lämnas oskyddade från obehörig åtkomst.
- att endast ta del av uppgifter om enskilda som han/hon behöver för sitt arbete inom hälso- och sjukvården.

## **3 Dokumentationsskyldighet**

Skyldig att föra patientjournal är bl.a. den som enligt patientsäkerhetslagen har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke. I kommunens hälso- och sjukvård är det främst sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Kravet på dokumentationsskyldighet är mycket högt ställt. Det finns beslut i HSAN där man inte tagit hänsyn till stor arbetsbelastning. Den dokumentationsskyldiga personalen måste vidta åtgärder för att freda sina möjligheter att fullgöra sin dokumentationsskyldighet.

Den som för patientjournal ansvarar för sina uppgifter i journalen.

Den som har delegering för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter (t.ex. överlämnande av läkemedel) eller på annat sätt biträder legitimerad yrkesutövare har skyldighet att på signeringslista eller i journalanteckning dokumentera det som aktuellt.

#### **Bakomliggande lagstiftning**

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Patientdatalagen (2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården samt patientlag 2014:861.

#### **Uppföljning och uppdatering**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

## 4 Respekt för integritet, språk och tydlighet i journalen

Journalhandlingarna ska vara skrivna på svenska språket, vara tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå både för den enskilde och för personal som använder journalen.

### 4.1 Den enskildes integritet

Personuppgifter ska utformas och i övrigt behandlas så att enskildas och övriga personers (som det finns uppgifter om) integritet respekteras. Dokumentationen ska vara

- **Respektfull** - ta hänsyn till den enskildes integritet och inte innehålla ovidkommande omdömen, nedsättande eller kränkande uppgifter eller formuleringar. Den enskilde har rätt att få en rättelse införd i journalen om denne anser att en anteckning är felaktig eller missvisande.
- **Korrekt** - uppgifterna ska bygga på ett korrekt underlag och det ska framgå vem som har lämnat uppgifterna. Det ska även framgå vad som är faktiska omständigheter, vad som är uppgifter från annan och vad som är bedömningar samt vem som gjort en viss bedömning.
- **Tillräcklig** – så att den säkerställer den enskildes patientsäkerhet och ger relevant information för att genomföra och följa upp hälso- och sjukvårdsinsatser.
- **Väsentlig** – endast innehålla uppgifter av betydelse för arbetet kring den enskilde och som visar hur situationen för den enskilde utvecklar sig.
- **Tydlig** - alla anteckningar ska vara sakliga, väl strukturerade, tydligt formulerade, föras löpande, vara daterade och signerade.

## 5 Informationsöverföring vid upprättande av ny journal och efter

### återkomst från slutenvård.

Innan en person flyttar in i särskilt boende eller börjar vistelse i dagverksamhet ska information om personens hälsotillstånd finnas på enheten. Information kring livssituation i övrigt. Information ska inhämtas från personen själv, där så är möjligt, och efter samtycke från den enskilde från andra aktörer som haft ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser för den enskilde.

Om den enskilde flyttar in från ordinärt boende kan det vara t.ex. distriktsläkare, distrikts-sköterska, distriktsarbetsterapeut och distriktssjukgymnast. Viktiga dokument att begära in är:

#### Bakomliggande lagstiftning

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Patientdatalagen (2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården samt patientlag 2014:861.

#### Uppföljning och uppdatering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

- ställda diagnoser.
- aktuella läkemedelsordinationer, och läkemedelsberättelse,
- sammanfattningar (epikriser) från tidigare behandling, vård och rehabilitering,

Om en person flyttar in i särskilt boende efter vistelse i slutenvården gäller överenskommelse mellan kommunen och landstinget om samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården. Här står att följande uppgifter förutom vårdplanen senast den dag den enskilde flyttar in ska överlämnas till verksamheten.

1. inskrivningsorsak och hälso-och funktionstillstånd vid inskrivningen,
2. läkemedelslista och läkemedelsberättelse
3. vilka som varit ansvariga för den enskildes vård, behandling och rehabilitering inom slutenvården
4. i utskrivningsinformationen ska det framgå vem som är ansvarig läkare i öppenvården
5. den enskildes aktuella hälso- och funktionstillstånd,
6. den enskildes upplevda hälsotillstånd
7. riskbedömning utifrån den enskildes hälsotillstånd
8. den enskildes arbetsförmåga
9. närstående, förvaltare eller god man
10. andra kontinuerliga läkarkontakter
11. ansvarig biståndshandläggare
12. sammanfattning av genomförd vård, behandling och rehabilitering

Om denna information inte överlämnats ska sjuksköterskan med hänvisning till överenskommelsen ta kontakt med slutenvården för att få dessa uppgifter så att det finns ett gott underlag för att starta eller fullfölja dokumentationen.

I nämnda överenskommelse finns även uppgifter om vilka uppgifter som ska medfölja den enskilde från det särskilda boendet om denne behöver uppsöka slutenvården.

## 6 Journalens innehåll

En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av den enskilde under den tid denne vistas på enheten. Uppgifterna ska föras in i journalen så snart som möjligt. I de flesta fall ska anteckningen göras samma dag eller möjligen dagen efter en situation uppmärksammas. Initiala/aktuella utredningsområden (status) ska dokumenteras senast inom en vecka och en vårdplan ska vara upprättad inom två veckor från inflyttning i särskilt boende.

### Bakomliggande lagstiftning

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Patientdatalagen (2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården samt patientlag 2014:861.

### Uppföljning och uppdatering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

## 6.1 Uppgifter som journalen ska innehålla

Datainsamling av uppgifter kan ske såväl med intervju och observation som med skalor, bedömningsinstrument, vikt, längd, m.m. Journalen ska alltid innehålla uppgifter om:

- den enskildes identitet och hur denna fastställts samt kontaktuppgifter till närstående,
- överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen,
- riskbedömning av risk för trycksår, fall, felnäring och vårdrelaterad infektion,
- lämnade samtycken och hur de inhämtats,
- väsentligheter i bakgrunden till vården,
- ställd diagnos,
- aktuellt hälsotillstånd,
- bedömningar (gällande medicinska, omvårdnads- ADL- och förflyttnings- samt rehabiliteringsfrågor),
- den enskildes egna önskemål om vård- och behandlingsåtgärder,
- ställningstagande som gjorts av den enskilde och hälso- och sjukvårdspersonalen i fråga om alternativ till behandling, omvårdnad, förflyttning eller rehabilitering och om möjlighet till förnyad medicinsk bedömning,
- väsentliga planerade och vidtagna åtgärder samt resultat av dessa,
- ordinationer som sjuksköterskan gjort eller tagit emot per telefon och orsak till ordinationerna,
- information som givits till den enskilde och dennes närstående,
- uppgifter om förskrivna och utlämnade medicintekniska produkter,
- uppgifter om munhälsobedömning<sup>1</sup> och nödvändig tandvård,
- epikriser och andra sammanfattningar,
- vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjordes,

Om det inte går att fastställa en persons identitet, får man använda den identitet den enskilde eller närstående kan uppge eller där detta inte är möjligt ge den enskilde ett för enheten unikt fingerat namn eller kod och dokumentera situationen i journalen. Vårdgivaren kan komma att ge ytterligare direktiv kring detta.

En journalanteckning ska signeras av den som svarar för uppgiften. Signering av en införd uppgift ska helst göras i samband med anteckningen och senast inom två veckor. För inhyrd personal och timvikarier gäller att anteckningen ska signeras senast vid arbetspassets slut.

---

1

### Bakomliggande lagstiftning

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Patientdatalagen (2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården samt patientlag 2014:861.

### Uppföljning och uppdatering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.



En journal ska utöver detta även innehålla de uppgifter som enligt lag eller annan författning ska antecknas i en patientjournal.

## 6.2 Resultat av riskbedömning

Vid inflyttning till särskilt boende ska så snart som möjligt och senast inom två veckor nedanstående riskbedömningar och i förekommande fall odlingar dokumenteras:

- **Risk för trycksår** enligt Modifierad Norton-skala
- **Fallriskbedömning** enligt Downtons fallindex och MAS riktlinje för fallprevention och fallincidenter

- **Risk för undernäring/felnäring** genom
  - Vikt och längd och beräknat Body Mass Index, BMI
  - Mini Nutritional Assessment, MNA

**Finns en känd risk ska prioriterade åtgärder sättas in snarast då boende flyttar in på enheten.**

Samtliga ovanstående riskbedömningar utförs i Senior alert om inte den enskilde tackat nej till detta.

- **Risk för vårdrelaterad infektion** genom MRSA-, VRE- och ESBL-odling vid riskfaktorer enligt Vårdhygiens, Stockholms län, handlingsprogram för
  - Screeningodlingar av utlandsvårdade patienter vid inläggning på sjukhus och inflyttning/återkomst till särskilda boenden
  - Meticillinresistent Staphylococcus aureus (MRSA) PM 1.

## 6.3 Förtydliganden om journalföring av uppgifter, sår och information

- Om en uppgift skrivs in vid annan tidpunkt än i omedelbar anslutning till situationen/ händelsen ska datum klockslag för händelsen eller (upptäckt av) situationen anges.
- För varje händelse/situation som uppmärksammas och dokumenteras ska även genomförda och planerade åtgärder i samband med händelsen/situationen dokumenteras.

### Bakomliggande lagstiftning

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Patientdatalagen (2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården samt patientlag 2014:861.

### Uppföljning och uppdatering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.



- Vid bedömningar och beslut ska bakgrund och skäl för beslutet anges.
- Samtal med- och information till läkare angående situationer/händelser samt resultat av läkarkontakten ska dokumenteras.
- Samtal med- och information som givits till och överenskommelser gällande vården som gjorts med den enskilde och eller dennes närstående ska alltid dokumenteras.

## **SÅR**

- Sårvårdsjournal ska upprättas då det finns behov av det för att följa sårbehandlingens progress. Vid varje nyupptäckt sår ska bedömning och ställningstagande dokumenteras om en sårvårdsjournal ska upprättas eller ej.
  - Vid sår och andra skador ska storlek, utbredning och omfattning anges (t.ex i cm). Där det är lämplig kan anteckningar kompletteras med fotografi

Nödvändiga uppgifter ska dokumenteras även på vårdplan inom ämnet sårvård.

### **6.4 Vården som genomförs ska vara personcentrerad**

Personcentrerad vård kan beskrivas som en vård som strävar efter att synliggöra hela individen och prioriterar att tillgodose andliga, existentiella, psykiska och sociala behov i lika hög utsträckning som fysiska behov. Personcentrerad vård innebär att respektera och bekräfta personens egen upplevelse och tolkning av sin sjukdom och ohälsa och med utgångspunkt i vad hälsa betyder för just denna person.

Ohälsa och sjukdom beskrivs ofta som ett hot mot självet eftersom sjukdom och ohälsa kan öka avståndet mellan vad vi vill och vad vi kan göra mellan den person vi vill vara och den person vi kan vara. Att plötsligt tvingas leva med en i större eller mindre utsträckning sviktande kropp kan göra att man blir beroende av andra.

Utifrån ett personcentrerat synsätt

Utifrån att människors identitet skapas i mötet med andra, blir det ytterst viktigt för den professionella yrkesutövaren att reflektera över vårdens vad och hur.

#### **Bakomliggande lagstiftning**

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Patientdatalagen (2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården samt patientlag 2014:861.

#### **Uppföljning och uppdatering**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

## Evidensbaserad vård och omvårdnad - EBV

Vården ska bedrivas utifrån vetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet. Begreppet evidensbaserad vård (EBV) innebär att man utifrån sin kliniska expertis väger samman en patients unika förutsättningar och preferenser med bästa tillgängliga vetenskapliga bevis för nytta av olika åtgärder när man utformar vården.

Begreppet evidensbaserad vård inkluderas i Socialstyrelsens beskrivning av kunskapsbaserad vård som är ett av kraven för att god vård ska uppnås.

### **6.5 Vårdplan**

#### Omvårdnadsplan och rehabplan

Enligt patientdatalagen ska en patientjournal som ovan nämnts bland annat innehålla uppgifter om planerade och vidtagna åtgärder." För detta ändamål ska en vårdplan, som beskriver planerad hälso- och sjukvård och omvårdnad för en enskild person, upprättas om den enskilde har behov av specifik omvårdnad och hälso-och sjukvårdsinsatser. Vårdplanen ska om möjligt utformas tillsammans med den enskilde och/eller dennas anhörig/närstående.

Finns ordinationer kring omvårdnad definierade av sjuksköterska på omvårdnadsplan Eller av arbetsterapeut/sjukgymnast/fysioterapeut på rehab plan ska de utförda insatserna dokumenteras och utvärderas. Resultat ska noteras minst en gång per månad eller vid behov utifrån det som händer kring den enskilde.

#### **Signeringslistor**

Ska omvårdnadsinsatser utföras fortlöpande av annan personal än legitimerad yrkesutövare ska signeringslistor användas. Legitimerad yrkesutövare samlar in listorna månadsvis och noterar att insatserna är givna samt effekt av dessa.

Om insatser inte har blivit utförda/glömts bort etc. ska avvikelserapport skrivas och resultatet användas i det lokala kvalitetsarbetet.

#### **Information** Patientlag (2014:821) 3 kap.

- Patienten ska få information om sitt hälsotillstånd
- De metoder som finns för undersökning, vård och behandling
- De hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning
- Vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård
- Det förväntade vård och behandlingsförloppet

#### **Bakomliggande lagstiftning**

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Patientdatalagen (2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården samt patientlag 2014:861.

#### **Uppföljning och uppdatering**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

- Väsentliga risker för komplikationer och biverkningar
- Eftervård
- Metoder att förebygga sjukdom eller skada

### **Samtycke** Patientlag (2014:821) 4 kap.

- Patientens självbestämmande och integritet ska respekteras
- Hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens samtycke om inte annat följer av denna lag
- Innan samtycke inhämtas ska patienten få information enligt stycket ovan
- Patienten kan om inte annat följer av lag lämna sitt samtycke skriftligen, muntligen eller genom att på annat sätt visa att han/hon samtycker till den aktuella åtgärden
- Patienten får när som helst ta tillbaka sitt samtycke. Om en patient avstår från viss vård eller behandling ska han/hon få information om vilka konsekvenser detta kan medföra.
- Patienten ska få den hälso- och sjukvård som bedöms för att avvärja fara som akut eller allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om hans eller hennes vilja på grund av medvetlöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas

### **Medverkan och delaktighet för den enskilde och närstående i vårdplanens upprättande**

Varje område som säkras upp på vårdplanen ska den enskilde informeras om samt i förekommande fall dennes närstående. Genomgången ska tydligt beskriva problem eller resursområden. Målformuleringar ska tydliggöras samt vilka åtgärder den professionella yrkesutövaren föreslår som lämpliga att genomföra. Den enskilde ska också få information om när målformuleringen är tänkt att följas upp.

Att detta är genomgången med boende och/eller närstående och att den boende eller företrädare tackar ja till insatserna ska klart framgå i själva vårdplanen vid varje tillfälle.

I patientlagen 2014:821, 5 kap står följande

1§ Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

2§ En patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar

#### **Bakomliggande lagstiftning**

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Patientdatalagen (2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården samt patientlag 2014:861.

#### **Uppföljning och uppdatering**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

**3§ Patientens närstående** ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården om det är lämpligt och om bestämmelser som sekretess eller tynadsplikt inte hindrar detta.

Vårdplanen upprättas inom två veckor efter ankomsten till enheten och ska vara utformad så att all berörd personal tydligt förstår hur arbetet ska genomföras. Den ska innehålla planerade och pågående insatser och uppföljning av resultat av genomförda insatser. Den ska innehålla mål för planerade insatser/åtgärder utifrån den enskildes behov. Av vårdplanen ska framgå omvårdnadsordinationer, ADL-bedömning och förflyttningsbedömning och utprovade och förskrivna hjälpmedel. Vårdplanen ska vidare beskriva insatser/åtgärder inom ett verksamhetsområde eller samordnade insatser/åtgärder mellan flera verksamhetsområden.

I journalsystem som inte tillåter en sammanhållen vårdplan kan den bestå av olika delar som respektive yrkesgrupp ansvarar för; omvårdnadsplan, ADL-bedömning, förflyttningsbedömning och hjälpmedel. Även aktiviteter som planeras av andra än huvudmän inom vård och omsorg bör dokumenteras.

Vårdplanen utformas lämpligen enligt nedanstående modell:

- **Bedömning**
  - Objektiva och subjektiva observationer samlas in och analyseras, t.ex. genom ett ankomstsamtal och en omvårdnadsanamnes, som kan utgöra grunden för den individuella omvårdnadsplanen.
  - En eller flera omvårdnadsdiagnoser ska utarbetas. Bedömning om behov av annan experthjälp kan dokumenteras
  - Mål för omvårdnadsinsatser fastställs.
- **Planering**
  - *Omvårdnadsplan/rehabplan* upprättas
  - Omvårdnadsåtgärder prioriteras
  - Den enskildes tillstånd, resurser och förmåga att samverka mot uppställda omvårdnads mål, beskrivs.
- **Genomförande**
  - Det som framkommit under bedömning och planering åtgärdas och dokumenteras.
- **Uppföljning och utvärdering av resultat**
  - Åtgärdernas resultat och måluppfyllelse följs upp.
  - Resultat av omvårdnadsåtgärder och dess betydelse analyseras och utvärderas.
  - Vid behov revideras omvårdnadsplanen eller delar av den.

**Bakomliggande lagstiftning**

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Patientdatalagen (2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården samt patientlag 2014:861.

**Uppföljning och uppdatering**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

## **7 Hantering, förvaring sekretess och samtycke m.m.**

### **7.1 Förvaring**

Varje journalhandling ska hanteras och förvaras så att de är läsbara och så att obehöriga inte får tillgång till dem. Journalhandlingar i pappersjournal ska förvaras i en pärm för varje brukare. Pärmerna ska förvaras i särskilt låsbart utrymme som är lätt tillgängligt för dem som behöver tillgång till uppgifterna.

För datajournal gäller inloggningsregler där verksamhetschef ansvarar för kontroll av loggar. Datorn får aldrig lämnas obebvakad när journaler finns tillgängliga.

En journalhandling ska bevaras på enheten i låst skåp under vårdtiden och sparas på enheten fram till 31 mars året efter det året journalen avslutats. (Se MAS riktlinje för hantering av avslutade journaler.)

Läkarjournal tillhör landstinget. Läkemedelslistan tillhör läkarjournalen.

### **7.2 Ändring eller utplåning av uppgifter**

Uppgifter i en journalhandling får inte utplånas eller göras oläsliga i annat fall än på patientens begäran. Vid rättelse av en felaktighet ska det anges när rättelsen har skett och vem som gjort den.

Om den enskilde anser att en uppgift i journalen om hans/hennes situation är oriktig eller missvisande, ska det antecknas i journalen liksom den enskildes egen uppfattning om situationen. Den enskildes egna ord om det som anses felaktigt skrivs in under samma sökord. Hänvisning skrivs till den text den enskilde har synpunkter på. Datum och tidpunkt för den text den enskilde haft synpunkter på antecknas på den plats den enskildes uppfattning förs in.

Endast socialstyrelsen har behörighet att besluta om förstöring av patientjournal helt eller delvis. Det kan ske efter ansökan från den enskilde eller annan person som omnämns i journalen. Godtagbara skäl måste föreligga samtidigt som det måste vara uppenbart att uppgifter som önskas förstörda inte behövs för patientens framtida vård.

### **7.3 Sekretess och samtycke**

I förhållande till anhöriga/närstående, mellan andra vårdgivare och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård gäller sekretess. För att få lämna ut uppgifter om en enskild person krävs att den enskilde gett sitt samtycke. Samtycke ska dokumenteras i journalen.

Då den enskilde inte själv kan svara för sig behöver menprövning göras. Med detta menas att man prövar om personuppgifter kan röjas utan att det är till men för en person eller dess närstående. Prövning görs i samråd med verksamhetschef eller vid

#### **Bakomliggande lagstiftning**

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Patientdatalagen (2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården samt patientlag 2014:861.

#### **Uppföljning och uppdatering**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

behov Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS).

Undantag är om en enskild sedan tidigare fått antecknat i journalen, att samtycke inte lämnas för utlämning av uppgifter till anhöriga/närstående. Då kan handlingar inte lämnas ut till dem som den enskilde inte vill att handlingar ska lämnas till.

Samma person får ofta insatser både enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Handlingarna ska då hållas åtskilda. Uppgifter får inte utan vidare utväxlas mellan olika verksamheter. I förarbeten till Ädelreformen menas dock att man utan särskilt samtycke kan utbyta information mellan den socialtjänst och den hälso- och sjukvård som bedrivs inom ett särskilt boende. Mellan andra enheter gäller däremot sekretess. Endast med den enskildes samtycke kan uppgifter utväxlas mellan olika myndigheter eller verksamhetsgrenar. Sekretess gäller inom socialtjänsten för uppgifter om enskilds personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men.

#### **7.4 Den enskilde har rätt att ta del av sin journal**

En journalhandling ska på begäran av den enskilde så snart som möjligt tillhandahållas för läsning, i avskrift eller kopia. Det kan vara klokt att den enskilde erbjuds stöd i läsningen av någon hälso- och sjukvårdspersonal som kan förklara eventuella oklarheter. Det finns dock vissa undantag från detta i sekretesslagstiftningen som skulle kunna vara aktuellt vid något enstaka tillfälle. Vid tveksamhet ska MAS kontaktas.

#### **7.5 Utlämnande av uppgifter från journal till annan**

Efter samtycke från den enskilde kan kopia på journalanteckning lämnas ut till annan vård-givare. När kopior skrivs ut från datajournal till annan vårdgivare ska det i datajournalen framgå vem som fått kopian, när den lämnades ut och från vilken del av journalen utskriften är gjord.

När en person flyttar mellan olika boenden inom kommunen ska journalen följa personen. När en person flyttar till annan kommun eller till boende med annat journalsystem avslutas journalen och arkiveras enligt MAS riktlinjer. Omvårdnadsjournal för personer i växelvårdsboende eller korttidsboende stannar på boendet som en aktiv journal så länge personen har beviljad plats.

#### **7.6 Fax och e-post**

Journalhandling ska endast i undantagsfall skickas via fax. När journalhandling faxas ska mottagaren först kontaktas så att sändningen kan bevakas alternativt att faxen finns i ett låst utrymme där obehöriga inte har något tillträde. Personuppgifter ska aidentifieras och lämnas per telefon. Mottagare ska bekräfta att faxet kommit fram.

Sekretessuppgifter ur journalen om en person får inte lov att skickas via E-post. Hit

##### **Bakomliggande lagstiftning**

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Patientdatalagen (2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården samt patientlag 2014:861.

##### **Uppföljning och uppdatering**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

räknas även personnummer, initialer, namn, adress eller andra uppgifter där det går att spåra vem personen är.

## **8 Utskrivna uppgifter i pappersjournal och driftstopp m.m.**

### **8.1 Utskrift av väsentlig information på papper**

Eftersom det förekommer både planerade och oplanerade driftstopp ska det för varje boende finnas papperskopior på vissa nödvändiga delar av dokumentationen utdraget från den datoriserade journalen. Utdragen är till för att säkerställa att vården kan utföras med säkerhet och kvalitet, då datajournalen inte finns tillgänglig samt för de personer som kan behöva tillgång till uppgifterna men inte har behörighet till den datoriserade journalen (t.ex. sjuksköterskor från annan organisation). Uppgifter som ska finnas utskrivna är vårdplan för personer med omfattande vårdbehov, omvårdnadsstatus, överkänslighet, varning, smitta, givna samtycken, medicinsk diagnos och anamnes samt närstående kontakter.

Kopior som skrivs ut från datajournal i ovanstående syfte ska vara aktuella samt förvaras oåtkomligt för obehöriga. Kopiorna ska efterhand då det bytts ut rensas ut och förstöras av omvårdnadsansvarig sjuksköterska, sjukgymnast eller arbetsterapeut för respektive ansvars-område. När kopior skrivs ut av ovannämnd anledning behöver detta inte dokumenteras i journalen.

### **8.2 Sjuksköterska som saknar åtkomst till datajournal**

Om en legitimerad yrkesutövare undantagsvis inte skulle ha tillgång till journalsystemet (t.ex. jourhavande från annan organisation) kan denne göra en journalanteckning på papper som sparas i pappersjournalen. (Den som gjort anteckningen spar lämpligen en kopia för att tillföra journal på egen arbetsplats.) Anteckningen kan skrivas in i journalsystemet av annan som har åtkomst på samma sätt som man kan anteckna uppgifter man fått muntligen. Det ska då antecknas vem som ursprungligen lämnat informationen och att uppgiften finns en i en originalanteckning i pappersjournalen. Uppgiften kan även där så är praktiskt möjligt skannas in i journalen.

### **8.3 Driftstopp**

Vid driftstopp ska hälso- och sjukvårdspersonalen utgå från befintlig dokumentation på enheten och vid frågor vända sig till läkaren. Varje yrkeskategori för sina journaler på papper så länge driftstoppet varar. Den manuella dokumentationen sparas sedan i patientens pappersjournal och räknas som en journalhandling. Då systemet åter är i bruk görs en sammanfattning av de anteckningar som förts på papper, och förs in i

#### **Bakomliggande lagstiftning**

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Patientdatalagen (2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården samt patientlag 2014:861.

#### **Uppföljning och uppdatering**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.



datajournalen. I anteckningen ska framgå: vem som fört anteckningen på papper, under vilken period dokumentationen är manuellt utförd. Anteckningen signeras av den som för in anteckningen.

Alla papper tillhörande en journal ska vara märkta med namn och personnummer. Den som dokumenterar ansvarar för att datum och signatur finns med. Det är viktigt att alla anteckningar som görs med papper och penna är tydliga så att alla kan läsa dem; texta därför med arkivbeständig kulspetspenna.

## **9 Inre sekretess/elektronisk åtkomst inom kommunens verksamhet**

### **9.1 Ansvar för informationssäkerhet**

Vårdgivaren har ansvar för att det finns informationssäkerhetspolicy som säkerställer att patientuppgifter i dokumentationen är tillgängliga och riktiga för dem som är behöriga samt att obehöriga inte ska kunna komma åt patientuppgifterna. Informationssystemet ska ha möjlighet till spårbarhet och att kunna identifiera användare.

### **9.2 Styrning av behörigheter**

Vårdgivaren har ansvar för att det finns rutiner som säkerställer att hälso- och sjukvårds-personalens och andra befattningshavares behörighet begränsas till vad som är nödvändigt för att ge god och säker vård.

Vårdgivaren ansvarar för att för varje användare tilldelas en individuell behörighet för åtkomst av patientuppgifter. Innan behörighet tilldelas ska en behovs- och riskanalys utföras bl.a. gällande vilken typ av behörighet användaren ska tilldelas. Vårdgivaren ansvarar för att det finns rutiner för tilldelning, förändring, borttagning och regelbunden uppföljning av behörigheterna.

## **10 Kontroll av åtkomst av patientuppgifter**

Vårdgivaren ansvarar för att det finns rutiner som säkrar att det av åtkomsten (loggarna) framgår

- vid vilken enhet inloggning skett,
- tidpunkt för inloggningen
- användarens och patientens identitet
- att bedömning gjorts om inloggning gjorts av behörig person.

Vårdgivaren ska även ha rutiner som säkerställer att återkommande

#### **Bakomliggande lagstiftning**

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Patientdatalagen (2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården samt patientlag 2014:861.

#### **Uppföljning och uppdatering**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

stickprovskontroller görs och dokumenteras och att loggarna sparas i tio år.

Ann-Christin Nordström  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Referenser

- Patientdatalag (2008:355)
- Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Patientlag (2014:821)
- Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:11) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering
- Handboken – ett stöd för vårdgivare, verksamhetschefer, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och hälso- och sjukvårdspersonal som ska tillämpa Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen april 2009.
- Vårdhygiens Stockholms län, handlingsprogram för
  - Screeningodlingar av utlandsvårdade patienter vid inläggning på sjukhus och inflyttning/återkomst till särskilda boenden
  - meticillinresistent Staphylococcus aureus (MRSA) PM 1.Båda finns att läsa eller ladda ned på [www.vardhygien.nu](http://www.vardhygien.nu)

### Bakomliggande lagstiftning

Dessa riktlinjer beslutas av Finansieringsnämnden för äldreomsorg, och beslutas med stöd av Patientdatalagen (2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården samt patientlag 2014:861.

### Uppföljning och uppdatering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.