AE *Medicinskt ansvarig sjuksköterska*
HÄGERSTEN-LILJEHOLMENS
STADSDELSFÖRVALTNING

2008-05-22
ERT DNR:44-8393/2007
VÅRT DNR:151-08-602

Socialstyrelsen

Regionala tillsynsenheten i Stockholm
106 30 Stockholm

ÖVERSYN AV JOURNALFÖRINGEN MED FOKUS PÅ OMVÅRDNADSJOURNALENS ÖVERSKÅDLIGHET OCH DATAPROGRAMMETS ANVÄNDNINGSMÖJLIGHETER

Bakgrund
Socialstyrelsen har gjort en granskning av hälso- och sjukvårdsverksamheten vid demensenheterna Elingården och Ljusglimtens gruppboende inom Fruängsgårdens vård- och omsorgsboende samt Kastanjens vård- och omsorgsboende med inriktning demens i stadsdelen Hägersten-Liljeholmen. Vid granskningen uppmärksammades brister rörande journalföringen och Socialstyrelsen kräver åtgärder för att rätta till dessa. Under slutet av år 2006 införde dåvarande stadsdelarna Hägersten och Liljeholmen ett digitalt journalföringssystem, VODOK. Systemet är gemensamt för Stockholms stad och upphandlades centralt.
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har med anledning av kritiken tagit fram bifogad åtgärdsplan för att säkra dokumentationen. Åtgärdsplanen har fastställts av Hägersten-Liljeholmens stadsdelsnämnd. Sedan granskningen genomfördes i oktober 2007 har en del organisationsförändringar genomförts. Stadsdelsnämnden har beslutat att avdelningschefen för äldreomsorg är verksamhetschef enligt § 29 Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Hon har i sin tur uppdragit vissa ledningsuppgifter till respektive enhetschef. De granskade enheterna vid Fruängsgården har omorganiserats. Elingården ingår numera i Lingården och Ljusglimten är en del av Axgården. Den gemensamma sjuksköterskeorganisationen har upphört från januari 2008 och sjuksköterskorna ingår numera i respektive enhet. Vidare har en av Kastanjens tre demensenheter, Vallmon, flyttat till Axgården.

ÅTGÄRDSPLAN

Problemområden	**Arbetssätt/Åtgärd**	**Ansvarig**	**Påbörjas/ Klart**
Kunskapsbrister i användning av VODOK	VODOK-specialist anställs med uppdrag att identifiera kunskapsbrister på individplanet och åtgärda dessa	Verksamhetschef	Augusti 2008

Brister i samsyn av användningen av sökorden samt brister i överskådlighet	VODOK-specialisten leder en arbetsgrupp med uppdrag att få en samsyn av användningen av sökorden för att uppnå en bättre överskådlighet	Verksamhetschef	September 2008
Brister i introduktion i användning av VODOK för nyanställd hälso- och sjukvårdspersonal	Kontinuerlig utbildning. Stockholms stad tillhandahåller utbildning för användare i VODOK via E-learning/nätutbildning. En person per enhet utses som ansvarig för att introducera ny hälso- och sjukvårdspersonal i dokumentationssyst-emet.	Verksamhetschef Enhetschef	Kontinuerligt Kontinuerligt
Brister i rutiner för åtkomst av systemet centralt (driftsavbrott)	*		
Helpdesk saknas för viss jourtid	*		
Brister i rutiner för åtkomst av systemet lokalt (kuvertrutin, upplåsning)	Följa uppgjord rutin för kuverthantering och upplåsning	Enhetschef	Kontinuerligt
Brister i sekretess Rondellen lokalt (Rondellen=organisations-enhet för digital överföring av journaler mellan enheter inom staden)	Följa uppgjorda rutiner vid överföring av journaler mellan enheter enligt manualen för VODOK	Enhetschef	Kontinuerligt
Brister i sekretess Rondellen centralt	*		
Granskning/uppföljning av journalföring	Årlig granskning av 15 % av journalerna per enhet	MAS	Kontinuerligt

Informationsöverföring av enskildas vårdtagares hälsotillstånd och hälso- och sjukvårdsinsatser till berörd omvårdnadspersonal	Fördjupa kunskaperna i VODOK-systemets möjligheter för att kunna skriva ut planer så att omvårdnadspersonalen har adekvata uppgifter om vårdtagarnas hälsotillstånd och hälso- och sjukvårdsinsatser.	Sjuksköterska/ Sjukgymnast/ Arbetsterapeut	Kontinuerligt

Följande frågor lyfts till Stockholms stads centrala IT-enhet inom stadsledningskontoret som är systemförvaltare av VODOK:

- * Brister i rutiner för åtkomst av systemet centralt
  - Statistik över systemets avbrottsfrekvens och avbrottslängd undersöks för närvarande
- * Helpdesk saknas för viss jourtid
  - 2008-04-14 infördes en utökning av tiden då en central helpdesk finns tillgänglig (bilaga om servicecentrum bifogas)
- * Brister i sekretess i organisationsenheten Rondellen centralt
  - Översyn bör göras av funktionen i organisationsenheten Rondellen som ger icke behöriga möjlighet att ta del av enskilds journal

Staden har bildat en gemensam dokumentationsgrupp med representanter för samtliga stadsdelsförvaltningar sam fyra medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Gruppen möts var sjätte vecka. Syftet är att fånga upp de problem som finns med dokumentationssystemet samt hitta lösningar och utveckla systemet så att användningen förbättras och blir lika över hela staden.
Systemförvaltaren deltar i dessa möten för att ta emot synpunkter och för att kunna lämna information om vilka förändringar som är möjliga.

Följande fråga lyfts till Stockholms stads äldreförvaltning:

- Hägersten-Liljeholmens stadsdelsförvaltning anser att det inte räcker med E-learning/nätutbildning för VODOK–användare och önskar att centrala utbildningar i dokumentationssystemet VODOK

kontinuerligt ska genomföras för nyanställd hälso- och sjukvårdspersonal.

Den lokala arbetsgruppen för dokumentationssystemet kommer, utöver uppgiften att hitta en samsyn av användningen av sökorden, även att ha ett motsvarande uppdrag på det lokala planet i Hägersten-Liljeholmens stadsdelsförvaltning som den gemensamma arbetsgruppen har för hela staden. Uppgiften är dessutom att informera och implementera alla beslut och rutiner som tas centralt till alla lokala enheter. Frågor och problemområden ska också kunna lyftas till den lokala arbetsgruppen från den hälso- och sjukvårdspersonal som använder VODOK.
Arbetsgruppen är tänkt att bestå av representanter från alla kommunala enheter i stadsdelen. För entreprenörsdrivna enheter får en överenskommelse göras i varje enskilt fall.
Arbetsgruppen leds av VODOK-specialisten och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ingår.
Förslagen i åtgärdsplanen är diskuterade med sjuksköterskor och enhetschefer vid möten under vecka 21, 2008.
Lokala rutiner för dokumentationen bifogas.

JOURNALFÖRING OCH DOKUMENTATION VID SÄRSKILDA BOENDEFORMER

Allmänt om dokumentation:
För alla boende/patienter med insatser av sjuksköterska, sjukgymnast och/eller arbetsterapeut skall det föras en kommunal hälso- och sjukvårdsjournal (omvårdnadsjournal).

Av patientjournallagen framgår att en patientjournal bl a ska innehålla uppgifter om bakgrunden till vården, anledning till mera betydande åtgärder, väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder.

Journalföringen skall vara utformad så att den tillvaratar den boendes medbestämmanderätt och medverkan, samt utgöra grund för uppföljning och utvärdering av insatta åtgärder.

Omvårdnadsjournalen skall utgå från omvårdnadsprocessen och innehålla omvårdnadsanamnes, omvårdnadsstatus, omvårdnadsdignos, omvårdnadsmål, omvårdnadsåtgärder och omvårdnadsepikris.

Ansvar:
Verksamhetschefen ansvarar för att det finns förutsättningar att genomföra den lagstadgade journalföringsplikten (t ex tid och kompetens). Verksamhetschefen ansvarar vidare för att rutinerna för dokumentation och journalföring är kända och följs av personalen.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att rutiner för dokumentation finns så att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientjournallagen.

Sjuksköterskans ansvar
Sjuksköterskan skall inom sitt medicinska och omvårdnadsmässiga yrkesansvar
- kunna identifiera den boendes behov
- kunna föra dialog med den boende/närstående om dessa behov
- utföra givna ordinationer
- utifrån sin kompetens och erfarenhet bedöma den boendes tillstånd
- vidtaga lämpliga åtgärder och vid behov tillkalla läkare
- ansvara för att sammankalla vårdtagaren/närstående, sjukgymnast, arbetsterapeut, kontaktperson och i förekommande fall ansvarig läkare till planering av vården och samverkan i vårdprocessen

Sjukgymnasten/Arbetsterapeutens ansvar
Sjukgymnast och arbetsterapeut skall journalföra sina behandlingsinsatser. I dokumentationen skall det tydligt framkomma vilken bedömning, planering, genomförande och utvärdering som sjukgymnast/arbetsterapeut gjort.

Läkarens ansvar
I Stockholm stad finns inga läkare anställda. Ansvaret för läkarinsatserna åvilar landstinget. Organisatoriskt har läkaren en ställning som konsult. Läkarens ansvar gentemot patienten förändras inte av detta. Läkaren har det övergripande ansvaret för den enskildes vård och behandling och skall utifrån sitt medicinska yrkesansvar vidta de åtgärder som patientens tillstånd fordrar. Läkaren ansvarar helt för den medicinska journalen.

Samverkan
Det ankommer på kommunens hälso- och sjukvårdspersonal att utifrån sitt medicinska yrkesansvar och i samförstånd med varandra och läkaren ge patienterna erforderlig vård och behandling.
Dokumentationen skall vara utformad så att det utan risk för missförstånd klart och tydligt framkommer vilken bedömning, planering, genomförande och utvärdering sjuksköterskan/sjukgymnasten/arbetsterapeuten/läkaren gjort.
För att upprätta vårdplanen ska ett ankomstsamtal genomföras, där sjuksköterskan är sammankallande. Den boende/närstående ska ges möjlighet att delta vid upprättandet av vårdplanen. Den boendes/närståendes förväntningar på vården ska antecknas och så långt möjligt beaktas.

För dokumentation/journalföring gäller följande:
Journaler ska föras enligt sökordssystemet i VODOK. Rutinerna i manualen ska följas och den senast uppdaterade manualen finns i VODOK.

Omvårdnadsjournalen skall innehålla:
- den boendes namn och personnummer på samtliga handlingar
- datum: år, mån, dag, ev. klockslag
- namn på omvårdnadsansvarig sjuksköterska
- namn på kontaktperson
- namn på ansvarig läkare
- namn på och telefonnummer till närstående
- namn på den som gör journalanteckning samt yrkesfunktion
- läkemedelslista/ordinationskort
- OBS! ev överkänslighet måste noteras
- uppgift om att ansvar för läkemedelshanteringen tas över av sjuksköterska inklusive datum
- väsentliga uppgifter om bakgrund och orsak till vården (omvårdnadsanamnes och status)
- uppgift om diagnos och planering av åtgärder (omvårdnadsdiagnos, omvårdnadsmål, omvårdnadsåtgärder = omvårdnadsplan)
- uppgift om åtgärd (dokumentation om given omvårdnad)
- uppgift om resultat av åtgärd (utvärdering, uppföljning och ev. revidering av omvårdnadsplan)

- riskbedömningar: trycksår (Nortonskala), fall (Downton Fall Risk Index, malnutrition (Mini Nutrional Assesment)
- vid ankomst tas blodtryck, puls,längd och vikt.

I förekommande fall:

- uppgift om förekomst av MRSA (Meticillinresisenta stafylococcus aurerus).
- uppgift om att person med sår, eksem, infartskanyl, PEG-sond, stomi och kateter är odlad för MRSA-infektion i samband med inflyttning.
- uppgift om förekomst av ESBL (Extended Spectrum Beta-Lactamaser)
- uppgift om förekomst av VRE (Vancomycinresistena enterokocker)
- uppgift om utprovat inkontinenshjälpmedel
- uppgift om individuellt utprovade hjälpmedel t ex sänggrindar, lyftskynke, rollator etc.
- bältesordination, ordinerad och signerad av läkare
- temperaturkurva, sökord Mätvärden
- lista för provtagning och undersökning
- blodsockerlista sökord Mätvärden: B-glukos
- Waranlista (läkemedelsordination)
- Mat- och vätskelista
- Checklista för sjuksköterskor - åtgärder vid viktnedgång och undernäring
- Checklista för vårdbiträden/undersköterskor - åtgärder vid viktnedgång och undernäring
- Lathund - näringsdrycker/kosttillägg
- 3 frågor var 3:e månad (Riskbedömning för undernäring)
- sondnäringslista, vårdplan skrivs och tas ut på signeringslista
- vändschema, vårdplan skrivs och tas ut på signeringslista
- sårvårdsjournal, vårdplan skrivs och tas ut på signeringslista

Följande dokument ska alltid finnas i pappersformat:

- Person- och närståendeuppgifter
- Anamnes- uppgifter om överkänslighet, varning, observation och smitta
- Aktuell läkemedelslista

Heldygnsomsorg

Vid ankomsten upprättas:

- läkemedelslista- kontroll att den är aktuell och att alla läkemedel finns
- journalmapp VODOK
- allmänna uppgifter-ID-kontroll, upplysning/samtycke, uppgiftslämnare
- anamnes- överkänslighet, varning, observation, smitta, medicinska diagnoser

Övrig anamnes och omvårdnadsstatus görs inom två veckor. Omvårdnadsdiagnos/omvårdnadsmål/vårdplan upprättas så snart det är möjligt, dock senast inom fyra veckor.

OBS! Vid uppenbara problem samt vid vård i livets slutskede ska alltid en vårdplan kopplad till åtgärder upprättas snarast möjligt.

Omvårdnaden skall kontinuerligt följas upp, omvårdnadsplanen revideras och utvärderas. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska skall vid behov och minst var tredje månad gå igenom och aktualisera omvårdnadsstatus och omvårdnadsplan. Även vid oförändrat status skall sjuksköterskan dokumentera att uppföljning är gjord och att omvårdnadsplanen fortfarande är aktuell.

Servicehus
När en person flyttar in på servicehus ska sjuksköterskan snarast ta kontakt med den nyinflyttade och informera om hemsjukvården samt upprätta omvårdnadsanamnes om samtycke för detta kan erhållas. Detta innebär inte att personen inskrivs i hemsjukvården. Vid insatser av mer tillfällig karaktär ska relevant dokumentation upprättas, anteckningar föras och insatser följas upp (problem, åtgärd, utvärdering). Då en person behöver regelbundna insatser av hemsjukvården mer än två veckor, ska personen skrivas in och fullständig omvårdnadsjournal upprättas (anamnes, status, omvårdnadsdiagnos, vårdplan, utvärdering samt epikris vid flytt till annat boende). Notering ska göras att personen är hemsjukvårdspatient och datum när personen skrivs in.
Fullständig journal ska vara upprättad senast inom fyra veckor efter att personen skrivs in i hemsjukvården.

OBS! Vid uppenbara problem samt vid vård i livets slutskede ska alltid en vårdplan kopplad till åtgärder upprättas snarast möjligt.

Resultat av journalföringen
Journalen skall
- vara ett stöd för den eller de personer som svarar för den boendes behandling så att han/hon får en god och säker vård
- utgöra underlag för bedömningar av åtgärder som skall vidtagas av dem som inte tidigare träffat den boende
- vara ett stöd i utvärderingen av vården
- utgöra underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll
- kunna ge den boende eller i förekommande fall dennes närstående information om den vård och behandling som han/hon erhållit
- vara ett instrument i kvalitetssäkringsarbetet

Sekretess
Enligt sekretesslagen (1980:100) gäller sekretess inom hälso- sjukvård för uppgift om enskilds hälsotillstånd. Den boende själv har alltid rätt att ta del av uppgifterna i journalen.

Grundprincipen är att den boendes samtycke alltid skall inhämtas innan uppgift lämnas ut till annan än behörig personal vid den egna boendeenheten och/eller kopia på hela eller delar av journalen lämnas till annan vårdgivare. Detta hanteras praktiskt så att samtycket till att journalkopior kan lämnas ut till annan framtida vårdgivare inhämtas i samband med att journalen upprättas. Det är även lämpligt att ta reda på vilka uppgifter om hälsotillståndet som får eller inte får lämnas ut och till vem. Anteckning om samtycket och eventuella restriktioner om utlämnande av uppgift av hälsotillstånd skall föras in i journalen. Om den boende p g a sitt hälsotillstånd inte själv kan lämna samtycke kan kontakt tas med närstående för att utröna vad den boendes inställning skulle kunna vara. Sjuksköterskan kan även göra en menprövning,

vilket innebär att hon/han bedömer om den boende kan lida men av att uppgifterna förs över till annan vårdgivare.

Om en boende behöver vård hos annan huvudman och journalkopia medföljer skall sålunda den boendes (i förekommande fall närståendes) samtycke inhämtas innan uppgifter ur journalen kopieras.

Om det i ett akut läge inte går att få uppgift om samtycke gör sjuksköterskan en menprövning.
I normalfallet är det till gagn för den boende om uppgifter lämnas ut, eftersom uppgifterna i journalen är nödvändiga för att den boende skall kunna erhålla en god och säker hälso- och sjukvård.

När kopior översändes, eller medföljer en boende, till annan enhet/vårdgivare skall det alltid göras en anteckning i journalen om:

- vilka handlingar som översändes/medföljer den boende
- datum för översändande
- mottagande enhet

Förvaring
Journaler förvaras betryggande så att ingen obehörig kan ta del av dem. Tillgång till journaler har samtliga berörda sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter samt medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).
Sjuksköterskestuderande har inte tillgång till egen behörighet i VODOK. Alla anteckningar som görs av studerande måste signeras av handledande sjuksköterska.
Ansvarig sjuksköterska avgör vilka uppgifter behörig personal bör ha tillgång till.
Behörig personal är de som har med den boendes vård och behandling att göra.
Den medicinska journalen och omvårdnadsjournalen skall förvaras åtskilda. Den medicinska journalen tillhör landstinget och omvårdnadsjournalen tillhör kommunen.
Enhetschef/ bitr. enhetschef ansvarar för att journaler förvaras på ett betryggande sätt och inte är åtkomliga för obehöriga.
Rutinen gäller oberoende om journalen är förd på papper eller förs digitalt.

Transport av journalhandlingar
Vid överföring av journaler mellan enheter inom Stockholms stad ska den som placerar journalen i organisationsenheten Rondellen ringa till mottagande sjuksköterska. Under telefonkontakten hämtar mottagande sjuksköterska omgående journalen ur Rondellen.
Inga journaler ska finnas kvar i Rondellen.

I de fall delar av dokumentationen är förda på papper gäller vid transport att journalhandlingarna skall ligga i ett igenklistrat kuvert och om det är möjligt medfölja den boende. Mottagarenheten skall vara angiven på kuvertet.
Inom Stockholms stad kan journalkopian skickas med internpost under förutsättning att handlingen ligger i ett förslutet kuvert i cirkulationspåsen. Såväl innerkuvert som cirkulationspåse skall förses med uppgift om mottagarenhet.
I annat fall kan journalkopian skickas i slutet kuvert per post.

Fax-rutiner
Journalhandlingar skall endast i undantagsfall skickas per fax. Om en journalhandling måste skickas per fax, skall handlingen avidentifieras före sändningen.

Endast journalhandlingar rörande en och samma boende får faxas till mottagaren vid ett och samma tillfälle, för att förhindra förväxling av journaler.
Vid sändning av journalhandling skall ett försättsblad användas, där det skall finnas uppgift om antal sidor, vem som är mottagare resp. sändare samt ett kodnummer.
Sändning får inte ske förrän sändaren förvissat sig om att mottagaren finns på plats.
Faxtelefonnumret skall alltid kontrolleras med mottagaren innan sändning påbörjas.
Omedelbart efter sändning skall telefonkontakt tas med mottagaren som uppger kodnumret på försättsbladet. När detta har skett och avsändaren därmed fått bekräftelse på att journalen kommit fram lämnas muntligt namn och personnummer på den boende.

Arkivering

Vid avflyttning
- Vid flyttning mellan enheter drivna i egen regi inom stadsdelen ska, för de digitala delarna av journalen, rutinen i Rondellen följas. De delar av journalen som förts på papper ska i original medfölja den boende.
- Vid flyttning till enhet i annan stadsdel som drivs av staden ska, för de digitala delarna av journalen, rutinen i Rondellen följas. En epikris och en ev. kopia på de delar av journalen som förts på papper medföljer den boende. Originalen arkiveras.
- Vid flyttning till enhet i.annan kommun eller annan vårdgivare stannar originaljournalen på enheten och en epikris och en ev. papperskopia på hela journalen medföljer den boende. Originaljournalen arkiveras genom att VODOK-journalen avslutas och journaler förda på papper arkiveras i nedan beskriven ordning.

Avliden
- Omvårdnadsjournalen avslutas. Det ska verifieras med en signerad slutanteckning att den boende har avlidit. Originaljournalen arkiveras.

Arkivering kan ske på två olika sätt:

1. Nya omvårdnadsjournaler som i huvudsak förts i VODOK:
   Avslutas i VODOK och arkiveras digitalt. De delar av omvårdnadsjournalen som förts på papper inklusive läkemedelslista/ordinationskort följer den ordning som beskrivs för äldre journaler. OBS! I detta fall ska VODOK-delen INTE dras ut som papperskopia.

2. Äldre journaler som förts både som pappersjournal (med omvårdnadsanamnes, omvårdnadsstatus, omvårdnadsplan och omvårdnadsåtgärder) samt i VODOK:
   Dra ut VODOK-delen i papperskopia och bifoga den övriga journalen. Sortera in VODOK-kopian efter övriga delar av pappersjournalen.

Före arkivering av pappersjournal rensas journalen på:
- gem, plastmaterial, patientbricka
- kopior som finns förvarade i andra akter eller journaler i original.

Följande handlingar ska arkiveras:
- sjuksköterskans omvårdnadsjournal (inklusive läkemedelskortet)
- arbetsterapeutens och sjukgymnastens journal bifogas omvårdnadsjournalen vid arkivering.

- Signeringslistor för överlämnande av läkemedel i original från de senaste tre åren. (Listorna sparas i en pärm tre år på enheten)
- listor äldre än tre år kasseras, d v s tuggas.

Vid arkivering ska journalens innehåll sorteras i följande ordning:
(placera journalbladen med senaste datum överst)

1. Journalblad för anamnes
2. Journalblad för status
3. Journalblad för omvårdnadsdiagnos (=vårdplan)
4. Journalblad för dagantecknings
5. Epikris
6. Läkemedelslista/ordinationskort
7. Signaturlista
8. Temperaturkurva
9. Riskbedömningar
10. Lista för provtagning, undersökning och behandling
11. Sjukgymnastens journalblad
12. Arbetsterapeutens journalblad
13. Ev. anhörigbrev med synpunkter på vården.
14. Ev. övriga listor och originalhandlingar.

- lägg journalen i aktomslag märkt med vårdtagarens namn och personnummer.
- journalerna i aktomslaget läggs i arkivkartonger i personnummerföljd med den äldsta överst.
- kartongryggen märks med Hägersten-Liljeholmens stadsdelsförvaltning, enhetens namn, patientjournaler, födelseår fr o m – t o m , avställd år
- en förteckning över innehållet (personnummer och namn) ska bifogas arkivkartongen samt en kopia som skickas till nämndsekreteraren när kartongen skickas in till förvaltningen.

Omvårdnadsjournalerna förvaras i kartongerna för all framtid. Minst 3 år eller så lång tid som möjligt ska kartongerna förvaras på enheten.
Därefter skickas kartongerna av arkivredogöraren till stadsdelsförvaltningens arkiv, där de arkiveras. Journalerna bevaras för framtida forskning. När en arkivkartong skickas in till stadsdelsförvaltningen måste en kopia av listan på innehållet sändas till nämndsekreteraren.
Entreprenör får följa vad som anges i avtalet mellan stadsdelsförvaltningen och entreprenören angående journalhantering och arkivering.

Referenser:
Patientjournallagen SFS 1985:562
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om patientjournallagen SOSFS 1993:20.
Socialstyrelsens allmänna råd, SOSFS 1993:17, om omvårdnad inom hälso- och sjukvården.
Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område
Förordning om förlängd bevarandetid för vissa journalhandlingar inom hälso- och sjukvården SOSFS 1986:203.
Socialstyrelsens och Riksarkivets allmänna råd om handhavandet av patientjournaler i vissa fall SOSFS 1991:22
Sekretesslag 1980:100

Sevicecentrum

- Fr om måndagen den 14 april kan alla VODOK-användare ringa till sevicecentrum för att få hjälp eller felanmäla.
  Telefonnummer 020-83 83 00 eller maila till adress
  stockholms.stad@tietoenator.com

- Mellan kl 08.00 – 17.00 helgfria vardagar finns applikationssupport tillgänglig som kan svara på frågor som rör användarfrågor i program VODOK.

- Mellan kl 18.00 – 00.00 samt mellan 05.00 – 07.00 helgfria vardagar finns support för lösenordsbyte och information om eventuella driftstörningar.

- Mellan kl. 08.00 - 00.00 lördagar och söndagar finns support för lösenordsbyte och information om eventuella driftstörningar.

- Vid hjälp med lösenordsbyte via servicecentrum måste en arbetsledare vidimera att det gäller aktuell användare.