

Riktlinje hälso- och sjukvårdsdokumentation

Avsnitt Dokumentation, HSL-pärmen

FALKENBERGS KOMMUN

Författare: Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Medicinskt ansvarig för rehabilitering



FALKENBERG

Socialförvaltningen	Riktlinje för kommunal hälso- och sjukvårdsdokumentation		Dnr
MAS/MAR	Datum för beslut 2017-02-16	Reviderad	Version 1.0

Innehåll

Syfte	3
Omfattning/avgränsning	3
Målgrupp/berörda	3
Ansvar	3
Genomförande och uppföljning	3
Vad är en patientjournal?	4
Sekretess	4
Vad är syftet med en patientjournal?	4
När ska en patientjournal upprättas och föras?	4
Vem ska föra patientjournal?	4
Vad ska antecknas i patientjournalen?	5
Hur snabbt ska uppgifter föras in i en patientjournal?	6
Vad gäller om anteckning och signering av patientjournaler?	6
Spärr av patientuppgifter	6
Yttre spärr:	6
Inre spärr:	6
När får patientjournaler gallras?	6
Vad säger regelverket om förstörelse och rättning av en patientjournal?	6
Ansvar för patientjournalen	7
Verksamhetschef för hälso- och sjukvård/enhetschefer	7
MAS/MAR	7
IT	7
Hälso- och sjukvårdspersonal	8
Studerande	8
Omsorgspersonal	8
Var och hur förs patientjournal	8
Utlämnande av journalhandling till enskild	9
Utlämnande av journalhandling till annan vårdgivare	9
Extern informationsöverföring	9
Bevarande och gallring av journaler	9
Loggning av digital journal	9
Styrdokument	10

Syfte

Syftet med denna riktlinje är att förtydliga de krav som ställs genom lagar och kommunala beslut, på kommunal hälso- och sjukvårdsdokumentation i journal samt andra former av dokumenterad information.

Omfattning/avgränsning

De digitala eller manuella system som används för dokumentation av patientuppgifter.

Målgrupp/berörda

Denna riktlinje gäller samtlig personal(samt deras chefer) som är ålagd att föra hälso- och sjukvårdsjournal, det vill säga legitimerad personal samt omsorgspersonal som utför delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser, nedan kallade hälso- och sjukvårdspersonal. Den gäller också samtlig personal(samt deras chefer) som arbetar med drift och utveckling av ovan nämnda system.

Ansvar

Det är respektive chefs ansvar att säkra att riktlinjen är känd och tillämpas. Det är berörd personals ansvar att tillämpa gällande riktlinje samt att påtala behov av förtydligande.

Genomförande och uppföljning

Denna riktlinje upprättas av MAS/MAR och återfinns i HSL-pärmen/Dokumentation i kommunens intranät. Ansvarig för uppdaterande är MAS/MAR. Uppdatering ska ske vid behov samt uppföljning årligen.

Grönmarkerad text indikerar hänvisning till när andra kommunalt upprättade dokument krävs.

Vad är en patientjournal?

Med patientjournal avses de anteckningar som görs och de handlingar som upprättas eller inkommer i samband med vården, och som rör patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Det gäller även den dokumentation som omsorgspersonal producerar rörande patientens hälso- och sjukvårdssituation. Anteckningar om behandlingsåtgärder av olika slag tillhör också journalen. Journalhandling är alltså inte bara det särskilda dokument i vilket uppgifter om patientens hälsotillstånd med mera förs in löpande. Till patientjournalen hör även alla de dokument, intyg, rapporter med mera som kommer in till den aktuella sjukvårdsenheten eller som upprättas där. Även videofilmer, röntgenbilder, EKG-kurvor och fotografier är journalhandlingar. Vävnadsprover räknas dock inte till journalhandling.

Journal ska föras för varje patient. Gemensamma journaler för två eller flera patienter får inte förekomma.

Vårdgivarens [dokumenthanteringsplan](#) ger vägledning i vad som ska betraktas som journal samt förvaring av dessa.

Sekretess

Den som hanterar journalhandlingar ansvarar personligen för att dessa handlingar hanteras med respekt för patientens sekretess.

Vad är syftet med en patientjournal?

Huvudsyftet med en patientjournal är att säkerställa att patienten ges en god och säker vård. Patientjournalen är därför först och främst ett viktigt verktyg för vårdpersonal för att kunna ge patienten en god och säker vård. Patientjournalen har stor betydelse för personal som tillfälligt eller i ett senare skede får överta vårdansvaret för patienten. Journalen har även betydelse för patienten själv som genom journalen får insyn i den vård och behandling han eller hon erhållit. Patientjournalen ska också kunna användas vid verksamhetsuppföljning, kontroll och tillsyn eller i rättsliga sammanhang samt som källmaterial vid forskning och kvalitetssäkring.

När ska en patientjournal upprättas och föras?

Journal ska föras vid vård av patienter. Med hälso- och sjukvård avses enligt hälso- och sjukvårdslagen att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Redan då personal, som är skyldig att föra journal, gör en utredning som leder fram till en bedömning ska journal föras, även om detta inte leder till någon vård eller behandling.

Kravet på journalföring gäller vid vård av patienter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen. Det är inte nödvändigt att en patient själv har tagit initiativet till undersökning, behandling eller vård. Den som är skyldig att föra journal kan inte heller underlåta detta av den anledningen att patienten inte vill att journal förs.

Om en telefonförfrågan ska föras in som en anteckning i patientjournalen eller inte, beror på om samtalet gäller utredning och behandling. Denna bedömning görs av den som besvarar förfrågan. Vid tveksamhet är dokumentation att föredra.

Vem ska föra patientjournal?

Den som har legitimation eller särskilt förordnande att utöva ett visst yrke inom hälso- och sjukvården är skyldig att föra journal vid vård av patienter. I vissa fall är även icke-legitimerad personal skyldig att föra patientjournal. Det gäller t.ex. den som biträder en legitimerad yrkesutövare eller utför delegerade insatser.

Dokumentation av delegerade uppgifter sker genom att omsorgspersonalen signerar på anvisad signeringslista, vilket är en journalhandling. Övrig dokumentation ska ske avgränsat från SoL-dokumentation. Biträdande av legitimerad antecknas i journalen utifrån behörighet.

Vad ska antecknas i patientjournalen?

Patientdatalagen är teknikneutral. Det innebär att lagens regler ska tillämpas oberoende av på vilket medium uppgifterna förs. Journalhandlingar är således inte bara pappershandlingar utan även uppgifter som förs på data. Även videofilmer, röntgenfilmer, EKG-kurvor och fotografier är journalhandlingar. Om det används ska det finnas **skriftliga rutiner** för att bilder raderas från mediet efter införande i journal för att säkerställa att uppgifterna inte kan återskapas och obehöriga kan ta del av informationen. Vårdgivare ska säkerställa att det i **skriftlig rutin för dokumentation** framgår hur patientuppgifter ska dokumenteras i patientjournaler.

Följande uppgifter ska alltid finnas i patientjournalen;

- patientens identitet eller annan patientidentifikation,
- senast kända adress eller andra kontaktuppgifter,
- väsentliga uppgifter om bakgrunden till den vård patienten fått,
- uppgifter om den diagnos som ställts och anledningen till mer betydande åtgärder,
- väsentliga uppgifter om vad som gjorts och vad som är planerat,
- uppgifter om den information som lämnats till patienten om de ställningstaganden som gjorts om val av behandlingsalternativ och möjligheterna till förnyad medicinsk bedömning, och
- uppgift om vem som gjort en viss anteckning och när den gjordes.
- anteckningar om bedömning, mål, vidtagna och planerade åtgärder samt uppföljning.

Följande uppgifter ska antecknas när de förekommer;

- aktuellt hälsotillstånd och aktuella vårdkontakter,
- ordinationer av till exempel läkemedel och olika behandlingar,
- förskrivningsorsak vid ordination av läkemedel,
- undersökningsresultat,
- komplikationer av vård och behandling,
- överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen, vårdhygiensk smitta,
- epikris och andra sammanfattningar av genomförd vård, samt
- eventuellt vaccins batchnummer eller något annat identifikationsnummer.
- lämnade och återkallade samtycken,
- patientens egna önskemål vad avser vård och behandling,
- de uppgifter som behövs för att tillgodose spårbarhet avseende de medicintekniska produkter som har förskrivits till, utlämnats till eller tillförts en patient,
- utfärdade intyg och remisser och andra inkommande och utgående uppgifter, samt vårdplanering,
- information om det finns spärrade uppgifter.
- en patient anser att en uppgift i patientjournalen är oriktig eller missvisande.

För att säkerställa att uppgifterna i en patientjournal är entydiga bör vårdgivaren använda standardiserad terminologi. Bland annat rekommenderas följande publikationer;

- Socialstyrelsens termbank
- Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)
- Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)

Hur snabbt ska uppgifter föras in i en patientjournal?

Journaluppgifter ska föras in i patientjournalen så snart det kan ske. Vad som närmare menas med detta krav framgår inte vare sig av patientdatalagen eller andra författningar. Det lämnas öppet av lagstiftaren.

Det torde vara omständigheterna i det enskilda fallet som får avgöra hur snabbt uppgifterna ska föras in i journalen. I akuta fall där behandlingen är personalintensiv kan uppgifterna behöva föras löpande och kontinuerligt parallellt med behandlingen, medan i andra fall kan viss fördröjning att föra in uppgifterna i patientjournalen godtas. Det är behovet av uppgiften och patientsäkerheten som är avgörande. Journalanteckningar ska finnas tillgängliga vid behov, dock införda senast innan ledig dag.

Vad gäller om anteckning och signering av patientjournaler?

Patientjournalen ska innehålla uppgift om vem som gjort en anteckning och när anteckningen gjordes. Om anteckningen görs utifrån någon annans uppgift ska det av journalen framgå både vem som gjort anteckningen och vem som lämnat uppgiften. Om till exempel sjuksköterska A får en uppgift från läkare B som rör behandlingen eller vården av en viss patient och denna uppgift ska föras in i patientjournalen, så ska både A:s och B:s namn antecknas. Anteckningar ska signeras i samband med upprättandet.

Spärr av patientuppgifter

Yttre spärr:

När Falkenberg publicerar informationsmängder i NPÖ ska verksamhetssystemet kunna hantera kravet från en patient om spärr av uppgifter för andra vårdgivare. Det ska då framgå av dokumentationen att det finns spärrade uppgifter samt vilken vårdgivare som spärrat dem.

Inre spärr:

Systemet ska också kunna hantera kravet om spärr mellan vårdenheter. I Falkenbergs kommun finns två vårdenheter; Hemsjukvården i egen regi samt entreprenör. Hemsjukvården i egen regi består av arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor.

Föräldrar till minderåriga äger inte rätt att spärra uppgifter i barnets journal.

Patient som önskar spärra eller öppna journal eller delar i journal ska vända sig till medicinskt ansvarig sjuksköterska eller medicinskt ansvarig för rehabilitering för att få nödvändig information vad ett beslut om spärr innebär. Ett sådant beslut ska dokumenteras på en blankett som ska undertecknas.

Ett beslut om spärr kan alltid hävas av patienten.

När får patientjournaler gallras?

En journalhandling ska bevaras i minst tio år efter det att den sista uppgiften fördes in i handlingen. Journalhandlingar som omhändertagits efter beslut av Socialstyrelsen ska bevaras minst tio år från det att de kom in till arkivmyndigheten.

Allmänna vårdgivare, till exempel landstingen och kommunerna, är dessutom skyldiga att följa särskilda bestämmelser angående arkivering av patientjournaler. Se [dokumenthanteringsplanen](#).

Vad säger regelverket om förstörelse och rättning av en patientjournal?

En patientjournal får efter det den signerats eller låsts bara ändras i form av en rättelse. Om en felaktig uppgift rättas ska både den felaktiga och den rättade uppgiften finnas i journalen.

Patienten har möjlighet att få noterat i journalen om han eller hon anser att en uppgift är oriktig eller missvisande.

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.

I de fall man tillämpar inscanning av dokument till den digitala journalen ska **skriftliga rutiner** för detta upprättas. Om mellanlagring av dokumentet behövs inför inscanning ska rutinen säkerställa att dokument inte synliggörs för andra än hälso- och sjukvårdspersonal samt att inscanning av rätt dokument sker. Det är inte heller tillåtet att använda mellanlagringen för att spara dokument. Så länge dokumentet förvaras i mellanlagringen är det att betrakta som oskyddat.

Om inscannat dokument hamnar på fel patient kan detta tas bort av IT på begäran av MAS/MAR. **Skriftlig rutin** för detta ska finnas.

Ansvar för patientjournalen

Endast de som utför vård eller behandling eller som behöver uppgifterna för sitt arbete får ta del av patientuppgifter i enlighet med sekretesslagstiftning och patientdatalagen.

För att kunna läsa och/eller skriva i den digitala journalen krävs behörighet till verksamhetssystemet. Behörigheten är alltid individuell och betraktas som värdehandling eftersom man signerar sina anteckningar med sin personliga signatur och lösenord.

Om en annan yrkeskategori än legitimerad personal är i behov av åtkomst till HSL-journaler krävs godkännande av MAS/MAR.

Vårdgivaren ska vid avtal med uppdragstagare eller andra som arbetar för eller slutit avtal med vårdgivaren säkerställa att de förbinder sig att skydda uppgifter om patienter mot obehörig åtkomst. Den årliga patientsäkerhetsberättelsen ska redovisa hur journalföring och behandling av personuppgifter har säkerställts.

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård/enhetschefer

Verksamhetschefen/enhetschef ansvarar för att lämna skriftlig begäran om behörighet/avslut av behörighet till verksamhetssystemen enligt mall till IT-avdelningen. **Skriftlig rutin för behörighetsstyrning** ska finnas, innehållande rutiner för tilldelning, ändring, borttagning och regelbunden uppföljning av behörigheterna för att säkerställa att dessa är riktiga och aktuella. Varje beslut om behörighet för journalåtkomst ska behovs- och riskbedömas av närmsta chef.

Verksamhetschefen ska även kontrollera att åtkomsten till patientuppgifter är korrekt, genom att regelbundet granska de loggar som dokumenterar åtkomsten. Verksamhetschefen ska säkerställa att all hälso- och sjukvårdspersonal är informerade om de bestämmelser som gäller för hantering av patientuppgifter och att nödvändiga rutiner finns framtagna och efterlevs. Verksamhetschef ansvarar för att tillämpa egenkontroll av dokumentationen samt att riskanalyser fortlöpande utförs och dokumenteras. Egenkontrollerna ska redovisas till MAS/MAR.

MAS/MAR

Enligt patientsäkerhetsförordningen ansvarar MAS/MAR för att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355). Genom granskning av enskilda journaler kan MAS/MAR påtala för verksamhetschef vilka brister/behov av åtgärder som föreligger.

IT

Socialförvaltningens IT-avdelning ansvarar för att dela ut/dra in behörigheter/titlar till personal på enhetschefers skriftliga begäran efter kontroll med MAS/MAR. Vidare ansvarar de för underhåll, uppdateringar och av lagen nödvändiga inställningar, t ex spärrar och behörigheter av verksamhetssystemen, och att digitala journaler bevaras i enlighet med dokumenthanteringsplanen. Behövliga säkerhetskopior av journalsystemet skall tas fram varje dygn och förvaras på ett säkert sätt, väl åtskilda från originaluppgifterna. En **skriftlig rutin** skall finnas för detta inkluderande rutin vid

driftstörningar. Dessa rutiner ska testas med en periodicitet som har fastställts efter genomförd riskanalys. Säkerhetskopior skall inte skrivas över tidigare kopior utan sparas var för sig. Detta för att möjliggöra spårbarhet och återhämtning av förlorade anteckningar.

Vid införande av nya digitala informationssystem ska en process för hantering av idrifttagandet tas fram som ska innehålla

1. en beskrivning av systemets syfte och hur det ska användas
2. en validering av att systemet följer informationssäkerhetspolicyn, krav på testning och andra av vårdgivaren angivna säkerhetskrav som kan vara relevanta.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Legitimerad personal ansvarar för att föra journal i den utsträckning som behovet kräver och utifrån vad en journal ska innehålla. Den som för journal är personligt ansvarig för riktigheten i upprättat material.

Journalen skall så långt som det är möjligt upprättas tillsammans med patienten.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att personliga lösenord och hjälpmedel för autentisering inte kan bli tillgängliga för obehöriga samt att patientuppgifter är skyddade från obehörig åtkomst.

Vidare ansvarar hälso- och sjukvårdspersonal för att endast ta del av patientuppgifter, om han eller hon deltar i vården av patienten eller av något annat ändamål som anges i 2 kap. 4 och 5 §§ patientdatalagen (2008:355) behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården.

Studerande

När studenter (eller personer som är färdigutbildade och väntar på sin legitimation) deltar i vården kan vårdgivaren låta studenten få ta del av patientjournaler och även kunna föra anteckningar i dem när det behövs. Studenten kan dock bara delta i patientvården om patienten samtycker och om en handledare har uppsikt över och leder studentens åtgärder. Handledaren är ansvarig för studentens bedömning och beslut.

Studenten behöver i så fall ha en egen personlig inloggning för att kunna ta del av de uppgifter som behövs för att utföra arbetsuppgifterna, och han eller hon måste kunna dokumentera och signera arbetet. Det ska tydligt framgå i dokumentationen vem som är handledare.

Omsorgspersonal

Omsorgspersonalen har i normalfallet inte läs- eller skrivbehörighet till den elektroniska patientjournalen. Legitimerad personal överför nödvändig hälso- och sjukvårdsinformation via vårdplanen, när insats är delegerad.

När omsorgspersonalen ska utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter, ska de ha den hälso- och sjukvårdsinformation som behövs för att kunna utföra sina uppgifter på ett tryggt och säkert sätt. Information till omsorgspersonalen om delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser ska ske skriftligen.

Var och hur förs patientjournal

Dokumentation i patientjournal kan ske i vårdgivarens digitala verksamhetssystem eller i pappersformat och ofta sker det i båda. Verksamhetschef enligt HSL 29§ beslutar om var i verksamhetssystemet legitimerad personal ska föra journal. **Skriftlig rutin för dokumentation** ska finnas framtagen. Denna ska beskriva plan för hur dokumentation ska ske om informationssystem som används för behandling av personuppgifter inte fungerar.

Alla pappershandlingar som kan överföras till elektronisk hantering bör överföras så snart det är möjligt. Vilka dokument som ska scannas och hur detta ska ske ska beskrivas i rutinen för dokumentation.

Journalen skall vara skriven på tydlig svenska och utformas med respekt för den enskilde. Det är den väsentliga informationen om en patient som ska dokumenteras- inte generaliseringar utifrån diskrimineringsområden. Exempelvis ”patienten äter inte viss kost på grund av personligt

ställningstagande”. Orsaken (t e x religionsval) till ställningstagandet är oväsentligt såvida det inte rör sig om ett sjukdomstillstånd (t e x allergi).

Utlämnande av journalhandling till enskild

Då en enskild person eller närstående begär att få ta del av en patientjournal ska frågan hänvisas till MAS/MAR för menprövning. En menprövning innebär att avgöra att det inte föreligger någon risk att den enskilde eller närstående skulle kunna komma till skada eller lida personliga men på grund av att informationen lämnats ut. Utlämnande av journal dokumenteras i journalen och till vem journalen är utlämnad, tidpunkt samt ändamålet. Patient ska erbjudas hjälp att förstå innehållet.

Utlämnande av journalhandling till annan vårdgivare

Då personal inom socialtjänsten eller annan vårdgivare behöver ta del av journalhandling för vårdens skull krävs samtycke från patienten. Samtycket ska framgå i journal. Det ska stå att patienten tillåter utbyte av information mellan socialtjänst och hemsjukvård vid gemensamma insatser. När det gäller andra vårdgivare ska det framgå att samtycke gäller att lämna information till annan vårdgivare.

Extern informationsöverföring

När patient remitteras till annan vårdgivare ska rapportering av aktuellt tillstånd och bakgrundsinformation lämnas under förutsättning att patienten ger sitt medgivande.

När en inskrivning i hemsjukvården avslutas ska en epikris sammanställas och överlämnas till mottagande vårdgivare om något vårdbehov kvarstår under förutsättning att patienten ger sitt medgivande.

NPÖ-Nationell Patientöversikt, är en plattform som samlar vårdgivares journaldokumentation och gör den tillgänglig för andra vårdgivare. För att ta del av dokumentationen i NPÖ krävs patientens medgivande.

Bevarande och gallring av journaler

Bevarande och gallring av journaler beskrivs i kommunens [dokumenthanteringsplan](#).

Loggning av digital journal

Enligt patientdatalagen 4 kap 3 §, ska vårdgivare göra systematiska och återkommande kontroller av om någon obehörigen kommer åt sådana uppgifter om patienter som förs helt eller delvis automatiserat. Detta gäller även för åtkomst till sammanhållen journal i NPÖ. Lagens syfte med loggning och loggningskontroll är dubbel;

1. Vårdgivare är skyldiga att återkommande och systematiskt kontrollera ”*om någon obehörigen kommer åt uppgifterna*”.

2. Patienter har på begäran rätt att få information om den elektroniska åtkomst och direktåtkomst som förekommit.

Loggkontroll ska dels säkerställa vårdgivarens trovärdighet gentemot patienter och dels ge anställda en trygghet innebärande att man genom loggen kan styrka att åtkomsten varit befogad.

Vårdgivaren ansvarar för att det finns [skriftlig rutin för loggkontroller](#) som säkerställer att

1. det av dokumentationen av åtkomsten (loggarna) framgår vilka åtgärder som har vidtagits med patientuppgifterna,
2. det av loggarna framgår vid vilken vårdenhets och vid vilken tidpunkt åtgärderna har vidtagits,
3. användarens och patientens identitet framgår av loggarna.

Vårdgivaren ska också genom sin [skriftliga rutin för loggkontroll](#) säkerställa att systematiska och återkommande stickprovskontroller av loggarna görs, samt att genomförda kontroller av loggarna dokumenteras, och loggarna sparas i minst tio år.

Styrdokument

Patientdatalagen (2008:355)

Socialstyrelsens föreskrift om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14)

Patientsäkerhetslagen 2010:659

Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Patientlag (2014:821)