

Hälsa- och sjukvårdsdokumentation.

Journalföring och hantering av personuppgifter i
hälsa- och sjukvården



Dokumentansvarig på politisk nivå: Programnämnd Social välfärd
Dokumentansvarig på tjänstemannanivå: Medicinskt ansvariga

Inledning	4
Vad är en patientjournal?	4
Syfte och mål med riktlinjen	4
Vem är skyldig att föra patientjournal?	4
Vem får ta del av hälso- och sjukvårdsjournal?	5
Termer och begrepp	6
Nationella begrepp, termer och klassifikationer	6
Tillfälliga personnummer och skyddade personuppgifter	7
Patientjournalens innehåll	8
Varför ska det föras patientjournal?	8
Språk och förhållningssätt i journal	8
Vårdbegäran	8
Vårdåtagande och öppna journal	9
Identitetskontroll	9
Samtyckesbeslut till informationsöverföring	9
Avsluta ett vårdåtagande.....	10
Utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa	10
Ordinationer och ordinationsorsak	10
Resultat av utredande och behandlande åtgärder.....	11
Aktuella vårdkontakter	11
Telefonsamtal/samtal/rådgivning	11
Komplikationer av vård och behandling/ Vårdskada	12
Överkänslighet.....	12
Vårdrelaterade infektioner.....	12
Medicintekniska produkter	12
Patientens önskemål vad avser vård och behandling	12
Vårdplanering.....	12
Vårdsammanfattning.....	12
Signeringslistor	13
Skanna in dokument och bilder	13
Signering och rättelse/tillägg av journalanteckning	13
Intyg och remisser	14
Utlämnande av journalhandling	14
Följande gäller för utlämnande av patientjournal.....	14
Hinder att lämna ut journal.....	16
Driftstopp	16
Förvaring av journalhandling i papper	17
Bevara/ Arkivering av patientjournal	17
Journalgranskning	17
Kontroll genom loggning	18
Studerande	18
Omvårdnadspersonal	19
Lokala rutiner verksamheten ansvarar för att upprätta	19
Referenser	20

Inledning

Riktlinjen vänder sig till i första hand till legitimerad personal men även till chefer och omvårdnadspersonal i den kommunala hälso- och sjukvården.

I riktlinjen används begreppet legitimerad personal vilket innefattar arbetsterapeut och sjuksköterska men även fysioterapeut och annan legitimerad personal inom Regionen. Begreppet omvårdnadspersonal innefattar bland annat undersköterska, vårdbiträde, personlig assistent, baspersonal och boendestödjare.

Riktlinjen har en direkt koppling till riktlinjen för hälso- och sjukvårdprocessen samt riktlinjen för samverkan, informationsöverföring och sekretess. Därför är det av stor vikt att du som läsare tar del även av dessa styrdokument.

Vad är en patientjournal?

Med journal avses i patientdatalagen (PDL) de anteckningar som görs och de handlingar som upprättas eller inkommer i samband med vården och som innehåller uppgifter om en patients hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden och vårdinsatser. Till patientjournalen hör även alla de dokument, intyg, rapporter med mera som kommer till den aktuella hälso- och sjukvårdsenheten eller som upprättas där. Även filmer och fotografier är journalhandlingar.

Hantering av patientjournal regleras även av andra lagar och föreskrifter

Sekretess och utlämnande av sekretessbelagda uppgifter i det här sammanhanget regleras i:
Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30
Patientdatalagen 2008:355
Föreskrift och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården HSLF-FS 2016:40

Syfte och mål med riktlinjen

Syftet med riktlinjen är att förtydliga de krav som ställs på kommunal hälso- och sjukvårdsdokumentation genom lagar och kommunala beslut.

Målet är att journalen ska ha en sådan struktur att den säkerställer en god och säker vård. Strukturen ska göra det möjligt att i efterhand följa händelseförlopp under vårdtiden samt alla steg i vårdprocessen.

Vem är skyldig att föra patientjournal?

Skyldigheten att föra patientjournal gäller främst den som har legitimation. Den som för patientjournal ansvarar för sina uppgifter i journalen. I vissa fall måste även omvårdnadspersonal dokumentera i patientjournaler, exempelvis när omvårdnadspersonal utför delegerad eller fördelade arbetsuppgifter.

Den som deltar i vården av en patient kan alltså behöva dokumentera uppgifter som har betydelse för patienters vård och behandling, även om den anställde inte är

journalföringspliktig enligt lag. Vårdgivaren måste ha de processer och rutiner som behövs för att säkerställa att även omvårdnadspersonalen skyldigheten att dokumentera fullgörs.

Journal ska föras för varje patient som tillhör den kommunala hälso- och sjukvården. Varje journal ska vara individuell. Journaler för två eller flera patienter får inte förekomma. Den som hanterar journalhandlingar ansvarar personligen för att dessa handlingar hanteras med respekt för patientens integritet och sekretess.

Varje vårdgivare som utför hälso- och sjukvård ska ha ett eget verksamhetssystem för journalföring.

Vem får ta del av hälso- och sjukvårdsjournal?

I 4 kap. 1§ i Patientdatalagen, står: ”Den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient, endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården”.

Detta innebär att all personal har ett eget ansvar för att enbart ta del av information om personer de har en vårdrelation till och inte ta del av mer uppgifter än vad som är nödvändigt för att kunna utföra sitt arbete. Vårdgivaren ansvarar för att genom loggning kontrollera så ingen obehörig tagit del av dokumentation och personuppgifter.

Vårdgivare ska ha en ordning för tilldelning av behörighet för åtkomst till patientjournalen. Behörigheten ska begränsas till vad som behövs för att den enskilde ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården.

Behörigheten till ett verksamhetssystem och därmed patientjournaler är personlig och får inte överlåtas till någon annan.

Enhetschef till omvårdnadspersonal får ta del av de fördelade uppgifter som behövs för att kunna planera genomförandet av hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Chefer till legitimerad personal får ta del av patientjournal endast i syfte att kvalitetssäkra dokumentation, utredningar och i samband med loggning.

Omvårdnadspersonal får ta del av de uppgifter som behövs för att kunna planera och utföra överlätna hälso- och sjukvårdsåtgärder på ett korrekt och patientsäkert sätt. Det vill säga att personalen har en vårdrelation.

Legitimerad personal får ta del av hälso- och sjukvårdsjournalen i sin helhet, förutsatt att det finns en vårdrelation.

När man har en tillfällig vårdrelation exempelvis att man har besökt en patient under helgtjänstgöring eller hjälpt till på ett annat område, är det tillåtet att i efterhand (i närtid) läsa i en patients journal i ett lärande syfte. För att följa upp om man gjorde rätt bedömning och vidtog rätt åtgärd.

Personal med godkänd utbildning till sjuksköterska eller arbetsterapeut utan legitimation får inte utöva sitt yrke och därmed inte behörig att läsa patientjournal som legitimerad personal.

Termer och begrepp

För att försäkra sig om att uppgifterna i en patientjournal är entydiga bör termer och begrepp från Socialstyrelsens termbank användas i möjligaste mån.

Nedan förklaras utvalda termer och begrepp som används i riktlinjen.

Vårdbegäran - Begäran om att få hälso- och sjukvård.

Vårdåtagande - Beslut om att patienten ska få hälso- och sjukvård.

Vårdrelation - Den personal som deltar i patientens vård har en vårdrelation.

Hälso- och sjukvårdsåtgärd – En åtgärd inom ramen för hälso- och sjukvård för att påverka patientens hälsotillstånd.

Ordination - Den hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad personal beslutar om för att påverka en patients hälsotillstånd.

Samtycke - frivillig, särskild och otvetydig viljeytring genom vilken en person som tillfrågats om något, efter att ha fått information, godtar det frågan gäller.

Nationella begrepp, termer och klassifikationer

Patientjournalen är främst ett arbetsinstrument för den som ansvarar för patientens vård. En väl förd patientjournal har stor betydelse för patientsäkerheten och ökar tryggheten för personalen inom hälso- och sjukvården och tandvården. En bra journalföring minskar även risken för onödiga missförstånd om vården ifrågasätts eller om någon annan tar över ansvaret för en behandling. En gemensam struktur i patientjournalen möjliggör återanvändning av information och minskar dubbeldokumentation.

ICF

Uppgifterna i journalen ska så långt som möjligt dokumenteras med nationellt fastställda begrepp, termer och klassifikationer (ICF och KVÅ) för att uppnå en gemensam nationell informationsstruktur (NI) och därmed, i möjligaste mån minska risken för tolkningar.

Den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) ska användas i journalen. Klassifikationen har en bestämd struktur med standardiserade och definierade begrepp för att beskriva patientens fungerande hälsa i förhållande till hälsokomponenter och hälsorelaterade komponenter i stället för utifrån sjukdomskonsekvenser.

ICF med bedömningsfaktorer ska användas som verktyg för att beskriva och dokumentera aktuellt funktionstillstånd, sätta mål, bedöma behov och följa resultat inom hälso- och sjukvården. Graden av ett hälsotillstånd mäts med ICF bedömningsfaktorer med en gemensam skala för alla komponenter.

KVÅ

Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är ett enhetligt sätt att dokumentera planerade och utförda patientrelaterade åtgärder. Både utredande och behandlande åtgärder.

Användningsområden

Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) och Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) kompletterar varandra och kan användas i ett systematiskt arbetssätt med strukturerad dokumentation i vårdprocessen.

ICF kan användas för att beskriva individens funktionstillstånd, mål, behov samt resultat (funktionstillstånd, måluppfyllelse).

KVÅ kan användas för att beskriva planerade och utförda vårdåtgärder (utreda, förebygga, behandla och följa upp) i processen.

NANDA och INCP är två olika klassifikationer för omvårdnadsinformatik som är ett kunskapsområde med syfte att stödja styrning, hantering och bearbetning av omvårdnadsdata, information och kunskap samt som stöd för den praktiska omvårdnaden, för utbildning och forskning.

Uppgiftsskyldighet till register

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:67) om ”Uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården” ska kommunen lämna in uppgifter antalet unika personer som har kommunal hälso- och sjukvård. Det ska även framkomma vilka vårdåtgärder som har utförts av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Vårdåtgärderna ska vara klassificerade enligt den mest detaljerade nivån i KVÅ. Det gäller enbart där kommunen är vårdgivare.

Tillfälliga personnummer och skyddade personuppgifter

Det ska finnas möjlighet att föra patientjournal även när en patients identitet inte kan fastställas, en patient saknar svenskt personnummer eller att en patient har skyddade personuppgifter. Vårdgivaren ansvarar för att rutiner finns för hur detta ska hanteras i verksamhetssystemet.

Ej folkbokförd i kommunen

Det ska finnas möjlighet att föra patientjournal på individer som vistas i kommunen tillfälligt och får kommunal hälso- och sjukvård.

Det finns olika nivåer av skyddade personuppgifter som ska hanteras på olika sätt när man dokumenterar häls och sjukvård, sekretessmarkering och kvarskrivning.

Sekretessmarkering

När det gäller en person med så kallad "sekretessmarkering" kan det dokumenteras digitalt om man kan garantera att man inte röjer uppgifter.

Kontakt tas med chef som beställer behörighet till leg personal som möjliggör dokumentation i verksamhetssystemet. Omvårdnadspersonal ska dokumentera all dokumentation på papper. Använd mall för journalblad.

Kvarskrivning

När det gäller en person med så kallad "kvarskrivning" ska all hälso- och sjukvårds dokumentation ske på papper (se- Mall för journalblad). Observera att det även gäller signeringslistor och avvikelserapporter.

Patientjournalens innehåll

Varför ska det föras patientjournal?

Syftet med att föra patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten (3 kap. 2 § första stycket PDL). En patientjournal är även en informationskälla för patienten, uppföljning och utveckling av verksamheten, tillsyn och rättsliga krav, uppgiftsskyldighet enligt lag samt forskning (3 kap. 2 § andra stycket PDL).

Patientjournalen är av grundläggande betydelse för vård- och behandlingsarbetet inom hälso- och sjukvården. För patientsäkerheten kan det vara helt avgörande att olika åtgärder dokumenteras.

Språk och förhållningssätt i journal

Språket i journalen

- Journalen ska vara skriven på svenska språket, vara tydligt utformad och lätt att förstå för patienten.
- Förkortningar och latinska ord bör undvikas i journalen.
- Undvik värdeord, exempel är dum eller elak, beskriv istället agerandet objektivt vad som inträffar, som till exempel att patienten höjer rösten och viftar med armarna.
- Undvik kränkande, nedsättande och förlöjliga beskrivningar av patienten och beteenden.
- En patient benämns som patient i journalen.
- Vid refererade samtal med anhöriga/ närstående ska namn och relation dokumenteras.

Bilder i journalen

- Bilder i syfte att följa en behandling eller vid förskrivning av en medicinteknisk produkt får sparas i journalen.
- Viktigt att respektera individens integritet och undvika kränkande bilder.

Förhållningssätt

- Innehållet i journalen ska utformas på ett sådant sätt att patientens integritet respekteras.
- Om en patient anser att en uppgift i journalen är oriktig eller missvisande, ska detta antecknas i journalen.
- Vid gemensamma hembesök med kollega (som inte kommer att dokumentera hela besöket i patientjournalen) ska kollegans titel, för- och efternamn dokumenteras.
- Journaluppgifter ska föras in i patientjournalen så snart det kan ske. Signering av journaltext bör göras snarast.

Vårdbegäran

I journal ska det dokumenteras när, hur och från vem en vårdbegäran har tagits emot. Om vårdbegäran inte accepteras ska orsak/motivering dokumenteras i journalen. Det vill säga den kommunala hälso- och sjukvården inte kan eller ska erbjuda den vård som efterfrågas i vårdbegäran.

En journal kan öppnas även om man inte fysiskt har träffat patienten, förutsatt att samtycke är inhämtat från patienten av den andra vårdgivaren. Det innebär att legitimerad

personal får läsa och skriva i patientjournalen inför att en patient ska komma till aktuell enhet.

Vårdåtagande och öppna journal

Information till patienten

Vid upprättandet av patientjournal ska patienten informeras om att dennes personuppgifter kommer att dokumenteras i patientjournal för aktuell vårdgivare (blir upptagna i register för databehandling). Patienten ska informeras om sin rätt att ta del av sin journal och möjlighet att begära rättelse av felaktiga uppgifter i journalen.

Identitetskontroll

Inför upprättande av patientjournal ska patientens identitet kontrolleras. Om patienten inte har en godkänd identitetshandling bör närstående eller annan person som känner patienten verifiera identiteten. Det ska framgå i journalen på vilket sätt identitet styrkts.

Det kan även vara aktuellt att kontrollera identiteten under pågående vårdtid om legitimerad personal inte känner patienten sedan tidigare, men det behöver då inte dokumenteras.

Samtyckesbeslut till informationsöverföring

För att undvika oklarheter gällande vad patienten samtycker till och inte, ska legitimerad personal alltid när en ny vårdrelation inleds efterfråga samtycken och dokumentera de som ett samtyckesbeslut. Det ska också framgå i vilken form av informationsöverföring patienten samtycker till. På så sätt finns ett skriftligt samtycke (samtyckesbeslut) för senare situationer då patienten inte kan tillfrågas eller då hälsotillståndet gör att patienten inte kan ta ställning. Så långt det är möjligt ska även samtycke tas för varje ny situation där informationsöverföring är aktuell.

I journalen ska det framgå om patienten samtycker eller nekar till informationsöverföring. Det kan även förekomma begränsningar i samtycket, vilket tydligt ska framkomma i journalen. Om patienten delvis samtycker till informationsöverföring ska det tydligt framgå vad den samtycker till och inte. Det kan vara att man samtycker till muntlig information om hälsotillståndet men inte samtycker till att anhörig får läsa och ta del av journalen. Det kan även vara att man inte samtycker till NPÖ men övrig informationsöverföring mellan vårdgivare.

Följande samtyckesbeslut är obligatoriska för legitimerad personal att efterfråga och dokumentera, om det inte är uppenbart onödigt:

- Samtycke till NPÖ (nationell patientöversikt)
- Samtycke till informationsöverföring mellan vårdgivare som ansvarar för patientens hälso- och sjukvård.
- Samtycke till att närstående får informeras muntligt om patientens hälsotillstånd och aktuella behandlingar. Vilka individer som samtycket gäller för ska framgå.
- Samtycke till att närstående får ta del av patientens journal. Vilka individer som samtycket gäller för ska framgå

Dokumenterade samtycken gäller tills annat framkommer. Återkallade samtycken ska dokumenteras i journal.

Avsluta ett vårdåtagande

Ett vårdåtagande ska vara öppet så länge patienten har behov av hälso- och sjukvård. När behovet av hälso- och sjukvård upphör, dokumenteras orsaken till avslut, en vårdssammanfattning skrivs och vårdåtagandet avslutas. Vårdssammanfattning är dock inte aktuellt när vårdåtagandet avslutas på grund av att patienten avlider.

Det kan vara relevant att ha ett vårdåtagande öppet för att följa en patients hälsotillstånd över tid om det finns en risk för att patienten själv eller anhöriga inte klarar att kontakta sjukvården, till exempel för patienter med demenssjukdom.

Om en patient har behov av annan vårdnivå efter avslutat vårdåtagande ska en remiss skrivas eller annan informationsöverföring ske från den kommunala hälso- och sjukvården. Läs mer i riktlinje kring remisshantering.

Utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa

Av patientens journal ska det framgå vilka utredande och behandlande åtgärder som genomförts. Det kan till exempel vara en kroppslig undersökning, utredning av psykiska funktioner, utredning av ett sår eller en ADL bedömning.

Bedömning av vad som behöver utredas och bakgrunden till de utredande och behandlande åtgärder som har planerats och som har vidtagits ska dokumenteras.

Utredningen ska omfatta uppgifter om patientens kroppsfunction och kroppsstruktur, aktivitet och delaktighet samt omgivningsfaktorer som påverkar individens hälsotillstånd (Status ICF). Det ska framgå om och vilka bedömnings- och skattningsinstrument som legitimerade använt. Även aktivitets- eller funktionsnedsättningar omfattning ska framgå. För detta bör ICF bedömningsfaktorer används.

Alla delar ska ingå men kan variera beroende på individens förmåga till att ta ansvar för hela eller delar av sin egen hälso- och sjukvård.

Ordinationer och ordinationsorsak

Ordinationer är åtgärder beslutade av legitimerad personal och är avsedda att påverka patientens hälsotillstånd, med syfte att främja hälsa, förbygga ohälsa eller att lindra lidande.

Även orsaken, det vill säga hälsoproblem eller risktillstånd, till ordinationen ska dokumenteras i patientens journal. För att kunna mäta effekten av en ordination ska även ett mål för åtgärden anges och dokumenteras.

En ordination ska innehålla information om:

- Vad – vald åtgärd
- Hur åtgärden ska utföras
- När och hur ofta åtgärden ska utföras
- Vem – vilken kompetens som krävs för att utföra åtgärden

Utförd ordination ska dokumenteras i journal och/eller signeras på signeringslista.

Legitimerad personal ansvarar för att fortlöpande följa och ta ställning till pågående åtgärder, vilket även ska dokumenteras.

Ordination från behandlingsansvarig arbetsterapeut eller fysioterapeut utanför kommunen

Behandlingsansvarig fysioterapeut eller arbetsterapeut ska informera och lämna en utskriven ordinationen och vid behov instruera omvårdnadspersonal om hur ordinationen ska utföras.

Dessa ordinationer ska inte kopieras och skrivas in i kommunens patientjournal eller i digitala signeringsystem. Däremot ska det framkomma att annan profession har en pågående vårdkontakt med patienten.

Omvårdnadspersonalens dokumentation och signeringar av kring dessa ordinationer ska göras separat på papper (journalmall). Ansvarig för ordinationen ska kontaktas om ordinationen inte kan utföras. Lokala rutiner ska finnas, för hur dokumentationen ska ske i verksamheten och hur kontakt ska tas med ordinator.

Ordination från legitimerad personal hos annan vårdgivare

En ordination som ska verkställas av sjuksköterska i kommunen kan komma från läkare, specialistsjuksköterska, logoped, dietist eller tandhygienist i regionen. Ordinationen ska finnas dokumenterad hos ordinator och vara tillgänglig för sjuksköterska i kommunen. Ansvarsfördelningen mellan ordinator och sjuksköterska ska vara tydligt beskrivet i patientjournalen.

Kommunens sjuksköterska dokumenterar ordinationen på samma sätt som andra hälso- och sjukvårdsåtgärder i patientjournalen.

Ett exempel är när sjuksköterska i kommunen vid övertaget läkemedelsansvar tar emot en läkemedelsordination från läkare och har del av ansvar för genomförande och utvärdering av behandling. Om individen skrivs ut från den kommunala hälso- och sjukvården ska ordinator alltid informeras.

Resultat av utredande och behandlande åtgärder

Resultaten av utredande och behandlande åtgärder ska dokumenteras i patientjournalen. Det gäller även om resultaten är utan anmärkning. Vid uppföljning ska målet och utförda ordinationer följas upp för att se om de haft avsedd effekt eller inte.

Efter avslutad behandling eller utförd åtgärd ska individens aktuella funktionstillstånd uppdateras och dokumenteras på nytt under respektive ICF sökord.

Aktuella vårdkontakter

Det ska framkomma i journalen om patienten har en pågående vård hos annan vårdgivare när det är relevant för den kommunal hälso- och sjukvården, till exempel vilken läkare, fysioterapeut på vårdcentral eller annan vårdpersonal som närsjukvårdsteam, vuxenhabilitering.

Telefonsamtal/samtal/rådgivning

Alla samtal och meddelanden från patienten, omvårdnadspersonal eller annan legitimerad personal som gäller en känd (inskriven) patients vård och behandling ska dokumenteras i journalen. Det ska framkomma vad som har hänt eller vilka problem aktuell patient har, vilka råd och eventuella ordinationer som legitimerad personal ger, datum och tidpunkt samt vem informationen har lämnats till eller hämtats från.

Komplikationer av vård och behandling/ Vårdskada

När en skada eller risk för skada har inträffat ska detta dokumenteras i journal. Det ska även framgå i dokumentationen om skadan medfört konsekvenser för patienten samt vilka individuella åtgärder som vidtagits för den specifika patienten.

Händelser/skador i vården ska också rapporteras och registreras i avsett avvikelssystem för vidare utredning.

Överkänslighet

Överkänslighet mot läkemedel eller andra ämnen ska dokumenteras.

Vårdrelaterade infektioner

Uppgifter om infektioner som uppstått under vårdtiden ska dokumenteras.

Medicintekniska produkter

Uppgifter om medicintekniska produkter som har förskrivits till patienter ska dokumenteras i journal. Det är exempelvis förskrivning av inkontinenshjälpmedel, behandlande madrasser, personlyftar samt modell och storlek.

Patientens önskemål vad avser vård och behandling

Det ska tydligt framgå i dokumentationen vad patienten uttrycker, önskar och vilka val patienten föredrar om behandling/åtgärd. Det innebär även uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling.

Vårdplanering

Det ska finnas uppgifter i journal om vilka olika typer av planeringar och samordning kring patientens vård som genomförts tillsammans med patienten samt vad man kommer fram till.

Vårdsammanfattning

När man avslutar ett vårdåtagande på en enhet som till exempel efter en korttidsplacering, en dagvårdsplacering, avslutar hemsjukvård eller byter utförare internt eller externt av hälso- och sjukvård, ska en vårdsammanfattning skrivas. Vårdsammanfattning är dock inte aktuellt när vårdåtagandet avslutas på grund av att patienten avlider.

Vårdsammanfattning av den genomförda vården ska innehålla, orsak till avslut, patientens upplevelse av vårdtiden, vilka åtgärder man genomfört och vilka resultat man uppnått under vårdtiden.

Vid byte av enhet, exempelvis från korttidsplacering till hemsjukvård eller vårdnivå, från kommunal hälso- och sjukvård till annan vårdgivare, ska även en professionell rekommendation om eventuella framtida behov av hälso- och sjukvård framgå.

Signeringslistor

Signeringslistor är en journalhandling och ska sparas enligt samma regler som patientjournal. Elektroniska signeringslistor som används i verksamheten arkiveras digitalt. Signeringslistor i papper ska sparas i patientens pappersjournal och arkiveras.

Signeringslistor från personal anställda hos annan vårdgivare, exempelvis fysioterapeut, tillhör annan vårdgivares journal, vilket innebär att det inte ska skrivas in i din vårdgivares journalsystem. Däremot ska det framkomma under vårdkontakter att pågående vård utförs av fysioterapeut.

Skanna in dokument och bilder

Förutsättning för att få skanna in dokument och bilder i journal är att vårdgivaren säkerställt att informationen som ska skannas hanteras säkert och inte blir tillgänglig för obehörig. Vårdgivaren ska ha en rutin som beskriver hur man säkert för över digital information för lagring i verksamhetssystemet. **Om det inte finns någon rutin för detta får scanning av dokument eller bilder inte förekomma.**

Remiss, behandlingsinstruktioner, läkemedelslistor eller träningsprogram från andra vårdgivare kan med fördel skannas in och läggas in i journalen. Även bilder som tagits i syfte att följa en behandling hos en patient kan skannas in om det kan ske på ett säkert sätt. Beslutet om att fotografering ska ske får endast tas av legitimerad personal.

De dokument som ska sparas i journalen är de som är av värde för att kunna följa vården kring en patient. Läs även stycke ”Bevara/ Arkivering av patientjournal”.

Med bilder i behandlande syfte menas att legitimerad personal ska ha möjlighet att kunna följa en pågående behandling i bildformat, exempelvis att kunna följa ett sår och kunna se förändring. Även att vid förskrivning av ett hjälpmedel eller annan medicinteknisk utrustning kan bild tas för att man ska kunna se om någon förändring skett i exempelvis sittandet.

Andra bilder som används i det dagliga arbetet beskrivs inte i denna riktlinje.

Signering och rättelse/tillägg av journalanteckning

En journalanteckning ska signeras med namn och befattning av den som ansvarar för uppgiften samt uppgift om datum för när dokumentationen görs. Vilket sker automatiskt i digitala verksamhetssystem. Journaluppgifter ska föras in i patientjournalen så snart som möjligt efter händelsen. Händelsedatum ska framkomma i dokumentationen om det avviker från dokumentationsdatum. Signering av journaltext bör göras snarast men senast efter tre dagar.

Rättelse av felaktig journaltext ska göras i journalen av den som har dokumenterat fel eller av den som upptäcker felet. Rättelsen gör man genom att göra ett tillägg i journal som ska göras i nära anslutning till ursprungsdokumentationen och om möjligt av samma person som skrivit ursprungsdokumentationen.

Har man skrivit på fel patient kan man inte ta bort den felaktiga texten. Skriv då en redigerande text om orsak. Skriv sedan in information på rätt patient så snart som möjligt.

Intyg och remisser

Den som är skyldig att föra patientjournal ska skriva intyg om patientens vård om en patient vill ha det. Att ett intyg har skrivits och skickats till patient ska dokumenteras i journalen och en kopia av intyget ska finnas i journalen.

Remiss är en handling om patient som utgör beställning av tjänst, en så kallad vårdbegäran. Remisser kan utfärdas av all legitimerad personal. Mottagen remiss och annan inkommande information ska dokumenteras i verksamhetssystem som en vårdbegäran.

Utlämnande av journalhandling

Följande gäller för utlämnande av patientjournal

- Den som ansvarar för patienten ska i första hand ta ställning till om de begärda patientuppgifterna kan lämnas ut. I kommunal hälso- och sjukvård är det patientansvarig sjuksköterska eller arbetsterapeut.
- Det ska alltid dokumenteras i patientens journal, för spårbarheten, att journalkopior lämnats ut och till vem.
- Om uppgifterna kan lämnas ut, gäller skyndsamhetskrav dvs genast eller så snart som möjligt.
- För att den som lämnar ut journalhandlingar ska kunna säkerställa att rätt person tar emot journalhandlingen ska den antingen lämnas över personligen eller skickas i ett rekommenderat brev, med mottagningsbevis.
- Om patientansvarig efter menprövning bedömer att uppgifterna inte kan lämnas ut ska medicinskt ansvariga kontaktas för avslag på begäran.

Vid begäran av utlämnande av patientjournal ska legitimerad personal ta reda på:

- Vem vill ta del av journalen?
- Varför de vill ta del av journalen (syftet med att läsa journalen).

Frågorna är till för att ta ställning till vilken sekretessprövning eller menprövning som behöver göras och för att bedöma om de uppgifter som efterfrågas finns i den kommunala journalen eller om uppgifterna kan finnas hos annan vårdgivare.

Sekretess – samtycke krävs för utlämnande av information

Sekretess gäller alltid vid utlämnande av uppgifter och informationsöverföring. Legitimerad personal ska dokumentera på vilken grund utlämnandet sker samt till vem journalen är utlämnad till, tidpunkt och till vilket ändamålet.

Om patienten av något skäl inte kan lämna samtycke kan det vara aktuellt med en menprövning eller annan sekretessbrytande bestämmelse.

Utlämnande till individen

När en patient begär ut en journalhandling inom hälso- och sjukvård ska den lämnas ut snarast möjligt. Patienten äger sin journal och har rätt att själv ta del av innehållet.

Undantag från den regeln får enbart göras om det är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till patienten eftersom det skulle skada patienten eller att patientens vård och behandling inte skulle kunna genomföras som planerat.

Om någon annan person än patienten omnämns i journalen ska en bedömning göras om den kan lida men av att journalen lämnas ut.

En patient som begärt ut att få ta del av sin journal ska erbjudas möjlighet att läsa journalen tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal för att patienten ska kunna ha möjlighet att ställa frågor och få förklaringar.

Närstående

Närstående till vuxna patienter har inte per automatik rätt att få ta del av sekretesskyddade uppgifter även om det är dennes maka, make, sambo eller barn. Därför är det viktigt att samtycke inhämtas.

Samtycke till om information om vården ska lämnas ut till namngiven närstående, görs med fördel när man inleder ett vårdåtagande. Samtycket gäller även om patienten är avliden.

Det samtycke som krävs för att lämna ut journal är ”informationsöverföring HSL till annan person”. Om patienten i samband med inhämtande av samtycke ger uttryck för begränsningar ska det respekteras och dokumenteras. Det kan handla om att patienten samtycker till muntlig informationsöverföring men inte skriftlig informationsöverföring. Det vill säga att patienten inte samtycker till att närstående får del journal. Patienten har rätt att när som helst dra tillbaka givna samtycken.

Om det rör sig om en närstående som begär ut handlingen och som man vet varit väldigt delaktig i vården av patienten och i princip redan känner till allt som står i journalen kan det möjligen anses stå klart att patienten inte lider men, så finns möjlighet att lämna ut handling även om man inte har något dokumenterat samtycke.

Utlämnande av journal till annan vårdgivare

Annan vårdgivare kan begära ut del av journal i en pågående utredning, exempelvis en avvikelser. Om det inte föreligger något hinder för utlämnande, som att patienten inte samtycker till att patientuppgifter förs vidare, dokumenterar ansvarig legitimerad personal i journalen till vem journalen är utlämnad, tidpunkt samt ändamål.

Utlämnande av journal till annan myndighet

IVO (Inspektionen för vård och omsorg) har inom ramen för sin tillsyn rätt att begära in till exempel journalhandlingar utan att samtycke krävs. När det gäller Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten, Skatteverket och allmän förvaltningsdomstol finns en bestämmelse i 110 kap. 31 § socialförsäkringsbalken som anger att myndigheter på begäran ska lämna uppgifter som avser en namngiven person dvs att inget samtycke krävs.

I vissa fall (vid brott som har lägst ett års fängelse i straffskalan) är vårdgivaren skyldiga att lämna ut journalen till, Polis och åklagare.

Andra myndigheter än de nämnda finns ingen särskild uppgiftsskyldighet mot, där gäller sekretessen och att en menprövning måste göras.

Utlämnande av journal till Försäkringsbolag-Övriga

Ibland vill även försäkringsbolag, advokat eller annan funktion få ta del av journal, då det ofta handlar om utbetalning av ersättning vid skada och med personens samtycke kan journalhandling lämnas ut.

Efterfrågas uppgifter gällande vård och behandling kopplat till skada, hänvisa även till att patienten själv ska begära ut sin journal från slutenvård eller vårdcentral.

I första hand ska journalhandlingen lämnas direkt till patient som i sin tur lämnar handlingen vidare. Om patienten har svårt att klara detta och ber om hjälp kan legitimerad personal skicka handlingen dit patienten så önskar. I dessa fall är det av särskild vikt att detta dokumenteras i journal och skickas i rekommenderat brev.

Hinder att lämna ut journal

Örebro kommun

I de fall där inget samtycke finns för informationsöverföring till annan person eller att legitimerad personal (verksamheten) bedömer att aktuell person som begär ut handlingen inte varit delaktig i vården, råder sekretess och handlingen kan inte lämnas ut. Legitimerad personal informerar om att de inte kan lämna ut uppgifterna och ska i dessa fall kontakta medicinskt ansvariga.

Medicinskt ansvariga fattar beslut enligt tryckfrihetsförordningen att begäran ska avslås. Beslutsrätten är delegerad från vårdgivaren Örebro kommun till medicinskt ansvariga.

Skriftlig motivering om avslag ska diarieföras av medicinskt ansvariga. Vid ett avslag från offentlig verksamhet kan beslutet överklagas till domstol.

Privata vårdgivare av hälso- och sjukvård

Inom den enskilda hälso- och sjukvården prövas frågor om utlämnande av en journalhandling av den som är ansvarig för journalhandlingen. Det är ofta verksamhetschefen eller den arbetsledande chefen som fördelar arbetsuppgiften.

En privat verksamhet som ger avslag på utlämnande av journalhandling måste lämna över frågan för prövning till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, tillsammans med en motivering till avslaget.

Driftstopp

Vid strömavbrott och driftstopp av andra orsaker som innebär att verksamhetssystemet och journalerna inte är tillgängliga, ska dokumentationen föras på papper. Det gäller även den dokumentation som omvårdnadspersonal ska göra i fördelade vårdplaner.

Den tillfälliga journalanteckningen ska innehålla: namn och personuppgifter på patienten, datum och klockslag för händelsen/insatsen samt fullständigt namn på dokumenterande personal. Dokumentationen bör utformas enligt vedertagna sökord och följa dokumentationsprocessen.

Använd pappersmall för HSL-dokumentation, avvikelserapport och signeringslista.

Verksamheten behöver ha lokala rutiner som beskriver hur det ska ske.

Informationen från olika dokument ska överföras till den elektroniska journalen, av legitimerad personal, så snart det är möjligt. Sammanfatta även det som

omvårdnadspersonal skrivit i den tillfälliga dokumentation (vårdplan) samt spara dokumenten i pappersjournalen i arkivskåp.

Förvaring av journalhandling i papper

Under ett pågående vårdåtagande ska förvaring av tex pappersjournaler; intyg, utlåtande, journalkopior, epikriser, mm. från annan huvudman förvaras i godkända dokumentskåp. Om dokumenten har skannats in i patientjournalen kan de kasseras.

Bevara/ Arkivering av patientjournal

En journalhandling ska bevaras i tio år efter det att sista uppgiften dokumenterades. Kommunen är dessutom skyldig att följa särskilda bestämmelser angående arkivering av patientjournaler (se dokumenthanteringsplan). För personal inom Örebro kommun kan man läsa mer om arkivering på intranätet: "Handbok för arkivering" och KA, den kommungemensamma. Om de finns oklarheter om arkivering kontakta Örebro Stadsarkiv.

Privata vårdgivare som för egna journaler ska ha egna rutiner för hur arkiverings ska ske inom verksamheten.

Vid arkivering av handlingar i papper ska följande sparas

Gemensamt för sjuksköterskor och arbetsterapeuter

- Gamla pappersjournaler
- Intyg, utlåtande, journalkopior och epikriser från annan huvudman, om dessa inte skannats in i verksamhetssystemet.
- Remisser
- Signeringslistor
- Skriftliga underlag med behandlingar och bedömningar från andra professioner.
- Brev rörande patient

Sjuksköterskor:

- Läkemedelslistor (Ordinationshandlingar)
- Förbrukningsjournal för narkotiska läkemedel
- Skriftliga underlag med ordinationen från andra professioner.

Arbetsterapeuter:

- Träningsprogram, om dessa inte skannats in i verksamhetssystemet.
- Utprovningsprotokoll för lyft, sele eller andra förflyttningar

Journalgranskning

Minst en gång per år ska all legitimerad personal genomföra kollegiala journalgranskningar för dokumentation för att säkerställa att legitimerad personals journalföring uppfyller kraven i lagstiftningen och kraven i riktlinjerna för hälso- och sjukvårdsdokumentation. Ansvariga för dessa är verksamhetschefen för hälso- och sjukvården att de genomförs. En gång per år ska verksamheten göra en utvärdering och samlad bedömning av resultatet av egenkontrollerna. Utvärderingen/den samlade bedömningen ska dokumenteras.

Av utvärderingen/den samlade bedömningen ska det framgå hur ofta och i vilken omfattning egenkontrollerna gjorts. Den samlade bedömningen ska också innehålla en åtgärdsplan vid konstaterade brister, en tidsplan för när bristerna ska vara åtgärdade och vem som ansvarar. Utvärderingen/den samlade bedömningen ska ingå i den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

MAS/MAR gör kontinuerligt granskningar i syfte att undersöka om journalföringen sker på ett säkert sätt och håller en god kvalitet samt att journaler förs i den omfattning som beskrivs i patientdatalagen.

Chefer till legitimerad personal har möjlighet att del av patientjournaler i syfte att kvalitetssäkra dokumentationen och vid utredning i samband med en rapporterad händelse/ klagomål kring en legitimerad personals yrkesutövande.

Kontroll genom loggning

Vårdgivaren har ansvar för att det finns rutiner för att systematiskt kontrollera om någon obehörigen kommer åt dokumentation och personuppgifter. Genomförda stickprovskontroller ska sparas i tio år.

För att upptäcka eventuell felaktig eller obehörig åtkomst görs systematisk kontroll av loggar. MAS/MAR och chef har också möjlighet att begära ut riktade loggar runt en speciell situation eller person.

Ett olovligt intrång och olovligt efterforskande i hälso- och sjukvårdsjournalen kan vara straffbart enligt 4 kap. 9c§ Brottsbalken för dataintrång och kan leda till böter eller fängelse.

Studerande

När studenter deltar i den faktiska patientvården gäller patientdatalagen för deras arbete. Det innebär att studenterna får ta del av elektroniska patientjournaler och även kan föra anteckningar i dem när det behövs. Studenter kan dock bara delta i den faktiska patientvården om patienten samtycker och om en handledare har uppsikt över och leder studentens åtgärder. Studenten behöver ha en egen personlig inloggning för att kunna ta del av de uppgifter som behövs för att utföra arbetsuppgifter i vården och kunna dokumentera arbetet. Handledaren är ansvarig för studentens bedömning och beslut.

Studenter som deltar i den faktiska vården får därmed också ett ansvar för att bevaka den inre sekretessen.

Åtkomst till uppgifter i en patientjournal är inte tillåtet för enbart undervisnings- och utbildningssyfte. Patientens samtycke efterfrågas muntligt vid första kontakten. Om patient nekar så kan inte studenten delta i vården av den patienten. Student ska alltid träffa patient första gången tillsammans med handledare. Därefter kan visst självständigt arbete utföras.

Handledande arbetsterapeut eller sjuksköterska

Studentens dokumentation ska dubbelsigneras av handledande arbetsterapeut eller sjuksköterska. Handledaren ansvarar för att innan dubbelsignering gå igenom

journalanteckningarna med studenten och säkerställa att anteckningarna är gjorda enligt gällande regelverk. Det ska tydligt framgå i dokumentationen vem som är handledare.

Omvårdnadspersonal

När omvårdnadspersonalen ska utföra en ordinerad hälso- och sjukvårdsuppgift, ska den vara tydligt beskriven av ansvarig legitimerad personal, i verksamhetssystem eller i en utskriven papperskopia. Det ska även framkomma hur legitimerad personal förväntar sig att dokumentation kring detta ska ske av omvårdnadspersonal.

Efter att legitimerad personal fördelar nödvändig hälso- och sjukvårdsinformation via en ordination, får omvårdnadspersonalen en vårdrelation.

Omvårdnadspersonal får ta del av de uppgifter i journalen som behövs för att kunna planera och utföra överlåtna hälso- och sjukvårdsåtgärder på ett korrekt och patientsäkert sätt. Det vill säga att man endast har rätt att ta del av det som är relevant för den åtgärd som man ska utföra.

Omvårdnadspersonalens hälso- och sjukvårdsdokumentation

När omvårdnadspersonal utför ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärd blir de hälso- och sjukvårdspersonal. Det innebär att dokumentationen på åtgärder de utför ska ske i patientjournal och/eller signeringslista, digitalt eller separat pappersjournal, enligt patientdatalagen.

När återkoppling efterfrågas av legitimerad personal i ordinationen ansvarar omvårdnadspersonal för att kontakt tas vid behov och att det dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen. Det kan till exempel vara en återkoppling på hur en åtgärd fungerar att utföra eller att signera en utförd åtgärd.

Omvårdnadspersonal ska också dokumentera skriftlig och muntlig kontakt som de tar med legitimerad personal, till exempel en telefonkontakt vid förändrat hälsotillstånd. I journalen för socialtjänst ska det gå att utläsa vem omvårdnadspersonalen varit i kontakt med (namn och yrkestitel), vad omvårdnadspersonalen framfört samt vilka eventuella instruktioner omvårdnadspersonal har fått.

Lokala rutiner verksamheten ansvarar för att upprätta

- Rutin för som säkerställer omvårdnadspersonalens skyldighet att dokumentera när de utför överlåten hälso- och sjukvård.
- Rutin för hur personer med skyddade personuppgifter ska hanteras i verksamhetssystemet.
- Rutin som beskriver hur man säkert för över digital information (dokument eller bilder) för lagring i verksamhetssystemet.
- Rutin som beskriver hur intyg ska skrivas
- Rutin för hur remisshantering ska ske i verksamheten.
- Rutin vid strömavbrott och driftstopp av andra orsaker som innebär att digitala verksamhetssystemet och journalerna inte är tillgängliga.
- Rutiner för hur arkivering av patientjournal ska ske

- Rutin för systematisk loggning och kontroll för att upptäcka eventuell felaktig eller obehörig åtkomst i journal

Referenser

- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Patientlagen (2014:821)
- Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Föreskrift och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40)
- Socialstyrelsen - www.socialstyrelsen.se
- Socialstyrelsens referensmodeller - Nationell informationsstruktur
- Socialstyrelsens Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)