

 Katrineholm Vård- och omsorgsförvaltningen	RIKTLINJER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	Sid 1 (6)
	INFORMATIONSHANTERING OCH PATIENTJOURNAL	
Berörd verksamhet Alla verksamheter	Dokumentansvarig Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Datum 2020-01-01
Målgrupp Chefer, legitimerad personal, vårdpersonal	Beslutande Verksamhetschef enligt HSL	Version 2
Temaområde Informationshantering och patientjournal	Tidpunkt för uppföljning 2021-01-01	Giltighet Tills vidare

Riktlinjer för informationshantering och patientjournal

Patientjournal och journalhandling

Patientjournal ska föras i all hälso- och sjukvård enligt Patientdatalagen. Patientjournal ska upprättas när den enskilde individen blir hembesöks/hemsjukvårdspatient eller vid inflyttning till vård- och omsorgsboende, då behov finns av hälso- och sjukvårdsinsatser. Ansvaret för att upprätta patientjournal har patientansvarig sjuksköterska. Upprättandet av journal kan även göras av annan legitimerad personal då behov finns. Patientjournal upprättas i verksamhetssystemet som är kvalitetssäkrat utifrån hälso- och sjukvårdslagstiftning. Syftet med att föra patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Patientjournalen är även en informationskälla för;

- Patienten
- Uppföljning och utveckling av verksamheten
- Tillsyn
- Uppgiftsskyldighet enligt lag samt
- Forskning

Med journalhandling avses alla handlingar och anteckningar som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd och andra personliga förhållanden samt de åtgärder som genomförs och planeras. I begreppet journalhandling ingår framställningar i skrift, bild eller upptagning som kan avlyssnas eller på annat sätt uppfattas med tekniska hjälpmedel.

Patientjournalens innehåll

Patientjournalen ska innehålla uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten och vara entydiga. För att försäkra sig om att uppgifterna är entydiga bör följande användas när de är tillämpliga:

- Socialstyrelsens termbank
- Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem (ICD-10-SE)
- Klassifikation av vårdåtgärder
- Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)
- Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms (Snomed CT)

En patientjournal ska alltid innehålla

- Entydig identifikation av den berörda patienten
- Patientens kontaktuppgifter
- Uppgifter om namn och befattning på den personal som ansvarar för en viss journaluppgift
- Tidpunkten för varje vårdkontakt som patienten har haft eller som planeras

Godkänd (underskrift beslutande)	Rubrik till Intranät/Webb	Ska publiceras på X Intranät X Webb	Publicerad (underskrift och datum)
----------------------------------	---------------------------	--	------------------------------------



- Aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
- Utredande och behandlande åtgärders samt bakgrunden till dessa
- Ordinationer och ordinationsorsak
- Resultat av utredande och behandlande åtgärder
- Slutanteckningar och sammanfattningar av genomförd vård
- Överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen
- Komplikationer av vård och behandling
- Vårdrelaterade infektioner
- Samtycken och återkallade samtycken
- Patientens önskemål om vård och behandling
- Medicintekniska produkter som har förskrivits till, utlämnats till eller tillförts en patient på ett sådant sätt att de kan spåras
- Intyg, remisser eller annan för vården relevant inkommande och utgående information
- Vårdplanering/samordnad individuell planering

I patientjournalen ska en markering finnas som ger en varning om att en patient har visat intolerans eller har en överkänslighet som innebär en allvarlig risk för hens liv eller hälsa. Markeringen ska göras på ett sådant sätt att den är lätt att uppmärksamma.

Det ska vara möjligt att föra patientjournal även om en patients identitet inte kan fastställas, saknar svenska personnummer, har skyddade personuppgifter och rutin för hanteringen ska finnas.

Patientjournalens struktur

Uppgifter som finns dokumenterade i en patientjournal ska finnas tillgängliga på ett överskådligt sätt för den hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig att ta del av uppgifterna. De delar av en patients journal som hör till samma vårdprocess bör hållas samman.

Samtycke och integritet

Uppgifter i journalen som upprättas ska utformas så att patientens integritet respekteras. Om patienten anser att en uppgift i patientjournalen är oriktig eller missvisande, ska det antecknas i journalen.

Hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens samtycke om inte annat följer av lag. Innan samtycke inhämtas ska patienten få information som gör det möjligt för patienten att fatta beslut i den aktuella frågan. Patienten kan, om inte annat särskilt följer av lag, lämna sitt samtycke skriftligen, muntligen eller genom att på annat sätt visa att hen lämnar sitt samtycke till den aktuella åtgärden.

Tystnadsplikt och sekretess

Bestämmelser finns i Offentlighets- och sekretesslagen som inskränker rätten att ta del av eller lämna ut handlingar, till skydd för den enskildes integritet. När det gäller tystnadsplikten gäller Patientsäkerhetslagen.



Ansvar

Skyldighet att föra patientjournal

All vård av patient inom hälso- och sjukvården ska patientjournal föras. Patientjournal ska föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter. Skyldig att föra patientjournal är: den som har legitimation eller särskilt förordnande att utöva vists yrke. Den som utan legitimation för yrket, utför sådana arbetsuppgifter som biträde åt legitimerad yrkesutövare.

Den som för patientjournal ansvarar för sina uppgifter i journalen. Studerande ska få behörighet till och kunna ta del av uppgifter om en patient i patientjournalssystemet krävs det att studenten är inblandad i vården och behandlingen av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för att fullgöra sitt arbete inom hälso- och sjukvården. Normalt förutsätter det såväl att patient har gett sitt samtycke samt att studentens åtgärder sker under en handledares uppsikt och ledning. Om det inte är så ska man inte kunna ta del av patientjournalerna.

Styrning och kontroll av åtkomst av patientuppgifter

Verksamheten ansvarar för att:

- Tilldela behörigheter till verksamhetssystemet.
- Att begränsa behörigheterna till vad som behövs för att den enskilde medarbetaren ska kunna fullgöra sina uppgifter inom hälso- och sjukvården .
- Systematiskt och återkommande kontrollera att otillbörligt intrång inte har förekommit.
- Säkerställa att medicinsk information om vårdtagare i kommunal hälso- och sjukvård finns tillgänglig efter läkarbesök.
- säkerställa att ingen obehörig får tillgång till journaluppgifter (digitalt eller pappersformat).

Hälso- och sjukvårdsverksamheten ansvarar för att de inom ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete finns rutiner och instruktioner för journalföring och för hur alla åtgärder som rör en viss patient ska kunna identifieras och spåras i dokumentationen

Hälso- och sjukvårdsverksamheten ansvarar för uppföljning av att legitimerade yrkesgrupper uppfyller sina skyldigheter att föra och hantera patientjournaler genom egenkontroller. För att följa upp denna skyldighet har legitimerade chefer rätt att gå in i hälso- och sjukvårdsjournaler.

Hälso- och sjukvårdsverksamheten ska ha rutin för hur behörighet till det digitala verksamhetssystemet ska hanteras, den anställdes chef ansvarar för att rätt behörighet tilldelas.

Ansvar för informationssäkerhet

Vårdgivaren ansvarar för att det finns en informationssäkerhetspolicy som ska säkerställa att patientuppgifter i vårdgivarens dokumentation är tillgängligt och är riktiga för dem som är behöriga samt att obehöriga inte ska kunna komma åt patientuppgifter.



Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det finns risker att kraven på säkerhet inte uppfylls. Riskanalyser ska dokumenteras. Vårdgivaren ska vidare se till att det finns personer som leder och samordnar informationssäkerhetsarbetet. Arbetet ska årligen redovisas vårdgivaren.

Hantering av patientjournalen

Språket

Journalhandlingar som upprättas inom hälso- och sjukvården ska vara skrivna på svenska språket, vara tydligt utformade och så långt som möjligt förestående för patienten.

Skydd av journalhandlingar

En journalanteckning kan inte ändras eller utplånas annat än med stöd av patientdatalagen. Rättningar i dokumentationen kan göras men inte tas bort. Rättningar ska vara synliga.

Utlämning av journalhandlingar

En journalhandling inom kommunal hälso- och sjukvård ska på begäran från den enskilde individen så snart som möjligt tillhandahållas denne för läsning eller avskrivning på stället eller i avskrift eller som kopia. Vid utlämnandet till närstående ska om möjligt samtycke inhämtas. Skyndsamhetskravet det vill säga så snart som möjligt, gäller. Förvaltningen tar ut en kostnad av 50 kronor för tio sidor i format A4 eller mer. Utöver detta belopp tillkommer 2 kronor per sida. Kopiorna skickas med rekommenderat brev med mottagningsbevis.

Menprövning

Med menprövning menas det när man prövar om personuppgifterna kan röjas utan att det är till men för den som uppgifterna rör eller dennes närstående. Huvudregeln är att en menprövning ska göras innan uppgifter om en patient får lämnas ut. Undantag från denna regel finns om uppgiftsskyldigheten föreligger enligt lag eller informationsöverföring får ske på grund av särskild bestämmelse i offentlighets- och sekretesslagen. Prövningen bör göras av någon som har god överblick över den totala situationen. Det är vanligtvis den för vården ansvarige läkaren eller patientansvarig sjuksköterskan som ansvarar för att menprövning har gjorts innan sekretessbelagda uppgifter lämnas ut. Om en journalhandling, en avskrift eller en kopia av handlingarna har lämnats ut till någon ska detta antecknas i journalen, vem som fått handlingen och när detta skett. Anser den ansvarige att journalhandlingen eller någon del av den inte bör lämnas ut, ska hen genast med eget yttrande överlämna frågan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Förfrågan om utlämnande av journalhandling från anhöriga till avliden person prövas av omvårdnadsansvarig sjuksköterska upp till tre månader efter dödsfallet, därefter utförs prövningen av MAS.



För vård- och omsorgsförvaltningen gäller

Rutiner för journalförvaring

Patientansvarig sjuksköterska har ett övergripande ansvar för att patientjournalerna är fullständig med obligatoriska uppgifter enligt ovan och att datumanteckningar och signering på journalanteckningar görs.

Varje rehabiliteringsansvarig fysioterapeut/arbetsterapeut har samma ansvar som sjuksköterska enligt ovan, för rehabiliteringsplanens fullständighet i journalen under den tid behandling pågår.

Legitimerad personal ansvarar för att:

- Personliga lösenord inte blir tillgängliga för obehöriga
- Ansvarar för att datorer eller informationsbärare som använts inte lämnas utan att patientuppgifterna är skyddade från obehörigas åtkomst
- Endast ta del av patientuppgifter om hen deltar i vården av patienten eller av något annat ändamål som anges i Patientdatalagen.

Hälso- och sjukvårdsverksamheten ska ha rutin för dokumentation av patientuppgifter som säkerställer att uppgifterna så långt som möjligt dokumenteras med hjälp av nationella begrepp och termer, klassifikationer och övriga kodverk. Dokumentationen ska också säkerställa att patientjournalen utgör ett underlag för uppföljning av vårdens resultat och kvalitet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har ett övergripande ansvar för att se till att bestämmelser i lagar och föreskrifter följs. Här ingår ansvar för att patientjournaler förs i den omfattning som föreskrivs i Patientdatalagen och ansvarar för att journalgranskning utförs i tillräcklig omfattning.

Gallring och bevarande

Dokumenthanteringsplanen som gäller för vård- och omsorgsförvaltningen reglerar hur journalhandlingar ska förvaras, arkiveras och gallras. Journalhandlingar i pappersformat ska på enhetsnivå förvaras inlåst i journalskåp avsett för den typ av dokumentation. Journalskåp ska förvaras i ett rum som är låst om det är obevakat.

Hälso- och sjukvårdsverksamheten ska ha rutin på hur digital journal samt journal i pappersformat ska arkiveras samt att journal avslutas i verksamhetssystemet vid dödsfall.

Reservrutin

Hälso- och sjukvårdsverksamheten ska ha en reservrutin om verksamhetssystemet går ner (ur funktion).

När den enskilde flyttar

När en enskild person byter vårdboende/enhet inom vårdgivarens ansvarsområde, ska upprättad journal följas med och föras över till det nya boendet/enheten under förutsättning att personen/patienten gett sitt samtycke.



Granskning av dokumentation

I uppdraget för hälso- och sjukvården på Vård- och omsorgsförvaltningen ingår att årligen genomföra journalgranskning. Resultatet ska redovisas i den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

Informationsöverföring

Överföring av sekretessbelagda uppgifter

När sekretessbelagd information ska meddelas vidare måste man försäkra sig om att det sker på ett sekretessmässigt, riktigt sätt så att inte obehöriga kan ta del av informationen.

Informationsöverföring till och från annan huvudman (till exempel Regionen)

Samverkansriktlinjen mellan kommunerna och region Sörmland gällande in- och utskrivning av patienter från slutenvården ska följas. Överrapportering av patientinformation mellan huvudmännen ska ske strukturerat genom IT-stöd, i dagsläget Prator. En digital överrapportering kan kompletteras med direktkontakt via telefon.

Nationell patientöversikt (NPÖ)

Katrineholms kommun är anslutna till Nationell patientöversikt där legitimerad personal kan efter samtycke från patient och om vårdåtagande föreligger ta del av dokumentation från andra huvudmän, företrädesvis regionen.

Övergripande styrdokument

- Patientdatalagen 2008:355 (PDL)
- Patientdataförordningen, SFS 2008:360
- Arkivlagen, SFS 1990:782
- Patientlagen, SFS 2014:821
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, HSLF-FS 2016:40
- Hälso- och sjukvårdslag, SFS 2017:30 (HSL)
- Hälso- och sjukvårdsförordningen, 2017:80
- Offentlighets och sekretesslagen (OSL), 2009:400

Se även

- Handbok, journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen 2017
- Dokumenthanteringsplan för vård- och omsorgsförvaltningen
- Riktlinjer för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården i Sörmland, Trygg och effektiv samverkan