



## Riktlinje för informationshantering och journalföring i Hälso- och Sjukvården, Norra Närvårdsområdet Skaraborgs kommuner

<b>Dokumenttyp:</b>	Riktlinje
<b>Diarienummer:</b>	2017-101
<b>Beslutande:</b>	Socialnämnden
<b>Antaget:</b>	2017-09-06
<b>Gäller fr.o.m.</b>	2017-10-01
<b>Gäller t.o.m.</b>	Tillsvidare
<b>Dokumentet gäller för:</b>	Socialförvaltningen
<b>Dokumentansvar:</b>	Medicinskt ansvarig sjuksköterska





<b>Inledning</b> .....	<b>3</b>
<b>Säkerhet</b> .....	<b>3</b>
<i>Vårdgivarens ansvar</i> .....	3
<i>Inre sekretess</i> .....	3
<i>Styrning av behörighet</i> .....	3
<i>Sammanhållen journalföring</i> .....	3
<i>Personalens ansvar</i> .....	3
<b>Journalföring</b> .....	<b>4</b>
<i>Öppna och avsluta journal</i> .....	4
<i>Enhetlig struktur och formulering</i> .....	4
<i>Uppgifter om patients identitet</i> .....	4
<i>Skyddad identitet</i> .....	4
<i>Krav på patientjournalens innehåll enligt PDL och HSLF-FS 2016:40</i> .....	5
<b>Hantering av patientuppgifter</b> .....	<b>5</b>
<i>Tillgänglighet</i> .....	6
<i>Riktighet</i> .....	6
<i>Konfidentialitet</i> .....	6
<i>Spårbarhet</i> .....	6
<i>Signering</i> .....	6
<i>Utlämnande av patientuppgifter</i> .....	6
<i>Utlämnande av journalhandling till annan vårdgivare</i> .....	6
<i>Spärr av uppgifter mellan vårdgivare (NPÖ)</i> .....	6
<i>Förvaring</i> .....	7
<i>Rättelse av patientjournal</i> .....	7
<i>Annat språk än svenska</i> .....	7
<i>Tolkning och översättning av uppgifter i patientjournalen</i> .....	7
<b>Kvalitetskontroll</b> .....	<b>7</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>7</b>
<i>Interna</i> .....	7
<i>Externa</i> .....	7





## Inledning

I Patientdatalagen (SFS 2008:355) och i Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2016:40) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården regleras bland annat vad en patientjournal ska innehålla och hur den ska utformas. Dokumentationen av patientuppgifter ska så långt som möjligt ske med hjälp av nationellt fastställda begrepp och termer, klassifikationer och övriga kodverk.

I kommunen använder vi ICF som grund i dokumentationen som sker digitalt. Journalen är gemensam för sjuksköterska, fysioterapeut/sjukgymnast samt arbetsterapeut.

Utifrån denna riktlinje ska varje kommun upprätta/uppdatera lokala rutiner som beskriver hur riktlinjen ska tillämpas inom respektive verksamhet.

## Säkerhet

### *Vårdgivarens ansvar*

Informationshanteringen inom hälso- och sjukvården ska enligt 1 kap. 2 § patientdatalagen, PDL vara organiserad så att den tillgodoser patientens säkerhet och gör det möjligt för vårdgivaren att erbjuda en kostnadseffektiv vård av god kvalitet.

Informationssäkerhet innebär att tydliga krav ställs på hur patientuppgifter ska hanteras och hur informationssäkerhetsarbetet ska bedrivas. Enligt 3 kap. 4 § HSLF-FS 2016:40 ska vårdgivaren ge direktiv och säkerställa att det i verksamhetens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet finns en dokumenterad informationssäkerhetspolicy. Lokal rutin

### *Inre sekretess*

Inre sekretess innebär att den som arbetar hos en vårdgivare bara får ta del av de patientuppgifter som behövs för vården av patienten. Utöver detta kan det finnas särskilda skäl att ta del av patientuppgifter t.ex. vid kvalitetsgranskning eller utredning (PDL 2008:35).

### *Styrning av behörighet*

Vårdgivaren ska tilldela, styra och kontrollera åtkomsten till patientuppgifter. Vårdgivaren ska ge direktiv och säkerställa att det i verksamhetens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet finns en dokumenterad informationssäkerhetspolicy (HSLF-FS 2016:40). Säkerhetsinstruktionen ska innehålla regler för informationshantering utifrån Socialstyrelsens och Datainspektionens föreskrifter.

### *Sammanhållen journalföring*

Sammanhållen journalföring innebär att vårdgivare under vissa förutsättningar kan få möjlighet att ta del av varandras elektroniska journalhandlingar t.ex. Nationell patientöversikt, NPÖ.

Innan uppgifter om en patient görs tillgängliga för andra vårdgivare genom sammanhållen journalföring ska patienten informeras om vad det innebär. (Lokal rutin),

### *Personalens ansvar*

Den hälso- och sjukvårdspersonal, entreprenör, uppdragstagare eller annan som arbetar för en vårdgivare eller som har slutit avtal med en vårdgivare ska enligt **6 kap. 1 § HSLF-FS:2016:40** ansvara för att personliga lösenord och hjälpmedel för autentisering inte kan bli tillgängliga för obehöriga,

1. ansvara för att datorer eller andra informationsbärare som har använts inte lämnas utan att patientuppgifterna är skyddade från obehörig åtkomst, och







2. 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.

## Journalföring

### *Öppna och avsluta journal*

Syftet med att föra patientjournal (3 kap. 2 § patientdatalagen) är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Patientjournalen är ett arbetsinstrument för den som ansvarar för patientens vård (prop. 2007/08:126 s. 89 ff.), även den som inte har träffat patienten tidigare ska kunna använda den för att bedöma vilka åtgärder som kan behöva vidtas. En väl förd patientjournal har stor betydelse för patientsäkerheten och ökar tryggheten för personalen inom hälso- och sjukvården och tandvården. Vi är alltid skyldiga att informera patienten om att vi öppnar en journal.

Med hänvisning till ovanstående ska kommunen vid övertagande av hälso- och sjukvårdsansvar oavsett omfattning (t.ex. tjänsteköp, permissioner och semestervistelse) öppna en patientjournal i aktuellt datasystem.

Patientjournalen avslutas då hälso- och sjukvårdsinsatsen upphör. (*Lokal rutin*)

### *Enhetlig struktur och formulering*

Enligt 3 kap. patientdatalagen (2008:355) ska en patientjournal innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård och uppgifterna i journalen ska vila på ett korrekt underlag. Dokumentationen ska vara skriven på svenska språket och vara tydligt utformad. Svårförståeliga facktermer och förkortningar ska om möjligt undvikas. Journalen ska utformas på ett sådant sätt att patientens integritet respekteras. Nedsättande eller kränkande omdömen får inte förekomma.

### *Uppgifter om patients identitet*

Enligt 5 kap. 3§ (HSLF-FS 2016:40) ska rutinerna för dokumentation av patientuppgifter säkerställa:

1. En entydig identifikation av den berörda patienten.
2. Patientens kontaktuppgifter.
3. Uppgifter om namn och befattning på den personal som svarar för en viss journaluppgift.
4. Tidpunkten för varje vårdkontakt som patienten har haft eller som planeras.

### *Skyddad identitet*

Personuppgifter i folkbokföringsregistret är normalt sett offentliga men under vissa omständigheter kan en patient ha skyddad identitet. Detta gäller exempelvis i vissa fall när det finns en hotbild mot den enskilde.

#### Skatteverket - skyddad identitet

- Huvudregel för personer med skyddad identitet är att samtliga IT-system endast visar personnummer tillsammans med adressen till skattekontoret för förmedlingsuppdrag. Övriga fält skall vara spärrade för inmatning av information.
- All kommunikation sker till skattekontoret via förmedlingsuppdrag Skatteverket - förmedlingsuppdrag.





- Ingen övrig information som vägbeskrivning eller dylikt får finnas i journalen.
- Efter samråd med personen kan mobiltelefonnummer antecknas om behov finns att snabbt nå fram med ev. meddelanden.
- All pappersbaserad dokumentation skall förvaras i separat låst utrymme, dit endast ett begränsat antal personer har tillträde.

### *Krav på patientjournalens innehåll enligt PDL och HSLF-FS 2016:40*

- uppgift om patientens identitet
- patientens kontaktuppgifter
- väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
- uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder
- väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder
- tidpunkten för varje vårdkontakt som patienten har haft eller som planeras
- uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts i val om behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning.

#### **I förekommande fall ska även följande dokumenteras:**

- uppgifter om aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
- utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa
- uppgifter om ordinationer och ordinationsorsak
- resultat av utredande och behandlande åtgärder
- uppgifter om överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen
- uppgifter om vårdrelaterade infektioner
- en varning om att en patient har visat intolerans eller har en överkänslighet som innebär en allvarlig risk för patientens liv eller hälsa
- komplikationer av vård och behandling
- epikris och andra sammanfattningar av genomförd vård
- uppgifter om lämnade och återkallade samtycken (*lokal rutin*)
- uppgifter om 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
- uppgifter om vårdplanering.

Med tanke på patienternas säkerhet är det viktigt att väsentliga uppgifter om undersökningar och bedömningar finns tillgängliga så fort som möjligt. För att erhålla en god patientsäkerhet som möjligt, bör information föras till journalen så snart det kan antas att en annan vårdare behöver tillgång till information för att kunna ge en god och säker vård.

## Hantering av patientuppgifter

Enligt 3 kap. 2 § HSLF-FS 2016:40

LPA PA





### *Tillgänglighet*

Vårdgivaren ska genom sitt ledningssystem säkerställa att dokumenterade personuppgifter hos vårdgivaren är åtkomliga och användbara för den som är behörig (tillgänglighet)

### *Riktighet*

Vårdgivaren ska genom ledningssystemet säkerställa att personuppgifterna är oförvanskade (riktighet).

### *Konfidentialitet*

Ledningssystemet ska säkerställa att obehöriga inte ska kunna ta del av personuppgifter (konfidentialitet).

### *Spårbarhet*

Åtgärd ska kunna härledas till en användare i informationssystem som är helt eller delvis automatiserade (spårbarhet)

*Lokal rutin*

### *Signering*

**Enligt 6 kap. 4 § HSLF-FS 2016:40** ska vårdgivaren säkerställa att det finns rutiner för signering av journalanteckningar och för bekräftelse av åtgärder som rör patientens vård och behandling. *Lokal rutin*  
Den som ansvarar för en journalanteckning ska signera den för att styrka att uppgifterna är riktiga. Det kan också vara att någon med sin signatur eller namnunderskrift visar att hen utfört en hälso- och sjukvårdsuppgift.

### *Utlämnande av patientuppgifter*

Patienten har rätt att få ta del av sin patientjournal. För att lämna ut journalhandlingar inom hälso- och sjukvården gäller bland annat följande enligt 6 kap. offentlighets- och sekretesslagen: Den som ansvarar för patientjournalen i respektive verksamhet ska i första hand ta ställning till om de begärda patientuppgifterna kan lämnas ut. Om uppgifterna får lämnas ut gäller skyndsamhetskrav; genast eller så snart som möjligt (2 kap. 12 § Tryckfrihetsförordningen).

Om uppgifterna inte kan lämnas ut kan den som begärt uppgifterna begära att få ett skriftligt beslut med uppgift om hur beslutet kan överklagas. Inom den offentliga vården är det myndigheten (den politiska nämnden eller den som fått delegation att fatta beslut för myndigheten) som fattar beslut om avslag. Är bedömningen korrekt ska behörig ge den som begärt ut uppgifterna ett skriftligt avslag med motivering till avslaget samt en hänvisning till var han/hon kan överklaga beslutet. Det är vårdgivaren som bestämmer vem som ska vara behörig att fatta ett sådant beslut, enligt delegationsordningen i respektive kommun.

### *Utlämnande av journalhandling till annan vårdgivare*

I dessa fall måste patienten lämna sitt samtycke. Samtycket dokumenteras i patientjournalen av ansvarig legitimerad personal. När kopior skrivs ut från den datoriserade patientjournalen till vårdgivare utanför den egna kommunen ska det framgå i journalen vem som fått kopian, när den lämnades ut och från vilken del av journalen utskriften är gjord.

### *Spärr av uppgifter mellan vårdgivare (NPÖ)*

Patienten har en uttrycklig rätt enligt Patientdatalagen 4kap. 4-5§§ att motsätta sig att uppgifter som dokumenteras i en journal hos en vårdenhet eller i en vårdprocess görs tillgängliga för någon annan som arbetar vid en annan vårdenhet eller inom en annan vårdprocess. I dessa fall ska uppgifterna genast spärras. I nuläget går det inte att spärra enskilda uppgifter.







### *Förvaring*

Enligt 1 kap. 2 § patientdatalagen ska dokumenterade personuppgifter hanteras och förvaras så att obehöriga inte få tillgång till dem. Det innebär att journalhandlingar är inlåsta då de inte används och är under betryggande övervakning när de används.

**Enligt 6 kap. 7 § HSLF-FS 2016:40** ska rutinerna för hantering av patientuppgifter säkerställa att uppgifterna förvaras på ett sådant sätt att de är läsbara fram till dess att de får gallras.

### *Rättelse av patientjournal*

Enligt 3 kap. 14 § patientdatalagen (2008:355) får uppgifter i en journalhandling inte tas bort eller göras oläsliga, förutom med stöd av bestämmelserna om journalförstöring i 8 kap. 4 § samma lag. När en felaktig uppgift ska rättas måste man ange när rättelsen gjordes och vem som har gjort den. Om en journalanteckning är signerad eller läst får innehållet alltså bara ändras i form av rättelser eller efter ett beslut om journalförstöring. Om en felaktig uppgift ska rättas måste både den felaktiga uppgiften och rättelsen synas i journalen.

### *Annat språk än svenska*

Enligt huvudregeln ska patientjournalen vara skriven på svenska, undantag finns, se HSLF-FS 2016:40 kap. 6 § 8. Fackuttryck får användas när de är nödvändiga för att uppfylla kravet på tydlighet. Det är dock viktigt att använda en lättförståelig svenska och allmänt vedertagna förkortningar, både med hänsyn till patienten och till den övriga personalen som kan behöva använda journalen.

### *Tolkning och översättning av uppgifter i patientjournalen*

**Enligt 6 kap. 10 § HSLF-FS 2016:40** ska vårdgivaren säkerställa att en patient kan ta del av sin patientjournal på ett sådant sätt att hen kan förstå innehållet.

## Kvalitetskontroll

Journalgranskning av legitimerad personal. (*Lokal rutin*)

Loggning i journalsystem genomförs av ansvarig personal. (*Lokal rutin*)

Kontroll av behörighet till journalsystem. (*Lokal rutin*)

## Referenser

### *Interna*

Dokument/Riktlinje ang. Informationssäkerhet och loggningsrutiner

Dokument/Riktlinje/rutin ang. Arkivering

Delegationsordningen

### *Externa*

Patientdatalagen (2008:355)

Offentlighets och sekretesslagen (2009:400)

Tryckfrihetsförordningen (1949:105)

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40)

Handbok till SOSFS 2008:14 om informationshantering och journalföring

Skatteverkets hemsida om skyddade personuppgifter och sekretess





Upprättad av:

Annika Jonsson, MAS Töreboda/ Gullspångs kommuner

Jessica Havsmon, MAS Karlsborgs kommun

Lena von Heideken, MAS Hjo kommun

Carina Gustavsson, MAS Mariestads kommun

Forozan Magouli, MAS Tibro kommun

LA PA

