



KARLSBORGS
KOMMUN

Riktlinje för informationshantering och journalföring inom hälso- och sjukvården i Skaraborgs kommuner



Dokumenttyp:	Riktlinjer
Diarienummer:	2020-11
Beslutande:	Socialnämnden
Datum för beslut:	2020-02-10
Paragraf i protokoll:	§ 16
Gäller från och med:	2020-03-01
Gäller till och med:	Tillsvidare
Gäller för:	Socialförvaltningen
Dokumentansvar:	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
Datum för aktualitetsprövning:	2022-04-01

Innehåll

Förord.....	2
Inledning	3
Säkerhet.....	3
Vårdgivarens ansvar.....	3
Personalens ansvar	3
Informationssäkerhet.....	4
Inre sekretess.....	4
Sammanhållen journalföring	4
Journalföring.....	4
Krav på hälso- och sjukvårdsjournalens innehåll.....	6
Hantering av patientuppgifter	6
Tillgänglighet	7
Konfidentialitet	7
Spårbarhet.....	7
Signering	7
Utlämnande av patientuppgifter	7
Utlämnande av journalhandling till annan vårdgivare.....	8
Spärr av uppgifter mellan vårdgivare i NPÖ	8
Förvaring	8
Rättelse av dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournal	8
Annat språk än svenska	9
Tolkning och översättning av uppgifter i hälso- och sjukvårdsjournalen	9
Kvalitetskontroll	9
Referenser	9
Interna	9
Externa.....	9

Förord

Dokumentation är ett av de områdena inom den kommunala hälso- och sjukvården som medicinskt ansvarig sjuksköterska har ett ansvar för.

Ansvaret innebär att tillsammans med verksamhetschef fördela ansvaret och fastställa ändamålsenliga riktlinjer och rutiner för informationshantering och journalföring.

För att upprätthålla kvalitet och säkerhet vid informationshanteringen och journalföring har en arbetsgrupp av medicinskt ansvariga sjuksköterskor i Skaraborg skapat denna gemensamma riktlinje för informationshantering och journalföring.

Arbetsgruppen:

Forozan Magouli
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Tibro kommun

Jessica Havsmon
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Karlsborgs kommun

Annika Jansson
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Töreboda kommun

Lena Von Heideken
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Hjo kommun

Robert Eklund
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Falköping Kommun

Linda Hurtig Johansson
Medicinsk ansvarig sjuksköterska
Gullspång Kommun

Inledning

I Patientdatalagen (SFS 2008:355) och i Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40) regleras bland annat vad en hälso- och sjukvårdsjournal 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 används klassifikation för funktionstillstånd (ICF) och klassifikation för vårdåtgärd (KVÅ) som grund för hälso- och sjukvårdsdokumentation. Journalen är gemensam för sjuksköterska, fysioterapeut/sjukgymnast samt arbetsterapeut.

Utifrån denna riktlinje kan 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 (2008:355) vara organiserad så att den tillgodoser patientens säkerhet och gör det möjligt för vårdgivaren att erbjuda en kostnadseffektiv vård av god kvalitet.

För att säkerställa detta ska vårdgivaren tilldela, styra och kontrollera åtkomst till patientuppgifter.

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.

Informationssäkerhet

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. Informationssäkerhetspolicyn ska innehålla regler för informationshantering utifrån Socialstyrelsens och Datainspektionens föreskrifter. (Lokal rutin)

Inre sekretess

Inre sekretess innebär att den som arbetar hos en vårdgivare bara får ta del av 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 (Patientdatalagen 2008:35).

Sammanhållen journalföring

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

Vårdgivare inom Västra Götalandsregionen är i dagsläget producenter i NPÖ och tillgängliggör, efter samtycke från den enskilde, den sammanhållna journalen. I samband med inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård informeras patient om vad NPÖ innebär. Samtycket som inhämtas vid inskrivning ska inkludera journalöverföring via NPÖ. Varje enskild kommun har möjlighet att ansöka om att vara producent i NPÖ.

Journalföring

Öppna och avsluta journal

Syftet med att föra hälso- och sjukvårdsjournal enligt 3 kap. 2 § patientdatalagen (2008:355) är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Journalen är ett arbetsinstrument för den som ansvarar för patientens vård. En väl förd hälso- och sjukvårdsjournal har stor betydelse för patientsäkerheten och ökar tryggheten för personalen inom hälso- och sjukvård. Patienten ska alltid informeras när en hälso- och sjukvårdsjournal öppnas.

Med hänvisning till ovanstående ska kommunen vid övertagande av hälso- och sjukvårdsansvar öppna en journal i aktuellt dokumentationssystem.

Hälso- och sjukvårdsjournalen avslutas då hälso- och sjukvårdsinsatsen upphör. (Lokal rutin)

Enhetlig struktur och formulering

Enligt 3 kap. patientdatalagen (2008:355) ska en hälso- och sjukvårdsjournal 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.

- 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
Skatteverket - skyddad identitet

Krav på hälso- och sjukvårdsjournalens innehåll

enligt Patientdatalagen (2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (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
- funktionstillstånd

Utifrån patientsäkerheten är det viktigt att väsentliga uppgifter om undersökningar och bedömningar finns tillgängliga så fort som möjligt. För att erhålla en så god patientsäkerhet som möjligt, ska information föras till journalen snarast.

Hantering av patientuppgifter

Enligt 3 kap. 2 § HSLF-FS (2016:40)

Tillgänglighet

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

Riktighet

Vårdgivaren ska genom ledningssystemet säkerställa att personuppgifterna är oförvanskade.

Konfidentialitet

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

Spårbarhet

Åtgärd ska kunna härledas till en användare i informationssystem som är helt eller delvis automatiserade. (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 journal. För att lämna ut journalhandlingar inom hälso- och sjukvården gäller bland annat följande enligt Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) Den som ansvarar för hälso- och sjukvårdsjournalen i respektive verksamhet ska i första hand ta ställning till om de begärda patientuppgifterna kan lämnas ut.

Enligt 2 kap. 16§ tryckfrihetsförordningen (1949:105) ska patientuppgifterna lämnas ut skyndsamt; genast eller så snart som möjligt.

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 journalen av ansvarig legitimerad personal. När kopior skrivs ut från den datoriserade hälso- och sjukvårdsjournalen 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 i NPÖ

Patienten har en uttrycklig rätt enligt 4 kap. 4-5§ patientdatalagen (2008:355) 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.

Förvaring

Enligt 1 kap. 2§ patientdatalagen (2008:355) ska dokumenterade personuppgifter hanteras och förvaras så att obehöriga inte får 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 dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournal

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 låst får innehållet endast 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 hälso- och sjukvårdsjournalen vara skriven på svenska, undantag finns, se 6 kap. 8§ HSLF-SF (2016:40) 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 hälso- och sjukvårdsjournalen

Enligt 6 kap. 10§ HSLF-SF (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 om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40)

Handbok till SOSFS 2008:14 om informationshantering och journalföring

Skatteverkets hemsida om skyddade personuppgifter och sekretess