



Staffanstorps
kommun

Utfärdad av: Medicinskt ansvarig Sjuksköterska Margaret Fritz	Giltig från: 2020-08-26	Upprättad: 2017-11-16 Reviderad: 2020-08-26
---	----------------------------	--

Journalföring inom hälso- och sjukvården och sekretess

Innehåll

Syfte.....	2
1. När ska patientjournal föras.....	2
2. Vad ska föras i en patientjournal.....	2
2.1 Dokumentation vid driftstopp.....	3
3.1 Studerande.....	3
3.2 Rättelse i journal.....	4
3.3 Sammanhållen journalföring, NPÖ.....	4
4. Riskanalyser.....	4
5. Svenskt personnummer saknas.....	4
6. En patient har skyddade personuppgifter.....	4
7. Telefonförfrågan/rådgivning.....	5
8. Utlämnade av journalhandling.....	5
9. Överföring av information när patient byter vårdgivare.....	5
10. Förvaring av journalhandling.....	5
11. Arkivering och gallring.....	6
12. Säkerhet för elektronisk omvårdnadsjournal.....	6
13. Behörighet.....	6
13.1 Avsluta behörighet.....	6
13.2 Informationsskyldighet.....	6
13.3 Sekretess och samtycke.....	6
13.4 Utlämnade av journalhandling.....	7
13.5 Ansvar.....	7
14. Regelverk.....	8

Syfte

Patientjournalen är vårdens viktigaste arbetsinstrument. Den ska upprättas i eller inkommer samband med vården av en patient. Patientjournalen ska ligga till grund för en god och säker vård av patienten och är i första hand ett stöd för den eller de som ansvarar för patientens vård. Någon som inte tidigare har träffat patienten ska också kunna använda journalen 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. Journalen används även vid verksamhetsuppföljning, kontroll och tillsyn eller i rättsliga sammanhang samt som källmaterial vid forskning och kvalitetssäkring.

1. När ska patientjournal föras

Vid vård och behandling ska en patientjournal föras inom hälso- och sjukvården.

Patientjournal är en eller flera journalhandlingar som rör samma patient. Patientens journal finns både digitalt och i pappersformat t.ex. signeringslistor, remisser mm.

2. Vad ska föras i en patientjournal

- I en patientjournal ska det vara lätt att följa vilka bedömningar och överväganden som gjorts samt eventuella komplikationer som förekommit samt prognosen för den utförda behandlingen. Därför måste journalen vara överskådlig när informationen behövs. Uppgifterna ska vara entydiga. Det är synnerligen viktigt att dokumentationen är noggrann och korrekt. Om uppgifterna finns tillgängliga ska en patientjournal alltid innehålla:
 - samtycken och återkallande av samtycke
 - kontaktuppgifter
 - aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
 - ordinationer och ordinationsorsak
 - överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen
 - utredande och behandlande åtgärder samt bakgrund
 - resultat av utredande och behandlande åtgärder
 - komplikationer av vård och behandling
 - vårdrelaterade infektioner
 - patientens önskemål om vård och behandling
 - de medicinsktekniska produkter som har förskrivits, utlämnats till eller tillförts en patient på ett sådant sätt att de kan spåras
 - intyg, remisser och annan för vården relevant inkommande och utgående information vårdplanering
 - slutanteckningar och andra sammanfattningar av genomförd vård

2.1 Dokumentation vid driftstopp

Vid driftstopp i verksamhetssystemet ska all dokumentation föras manuellt på rapportblad och i efterhand dokumenteras i data journalen. Rapportbladen sparas som journalhandling. Den legitimerad persona som är ansvarig för journalanteckningarna skriver in i datajournalen efter att driftstoppet har upphört.

Uppgifter som alltid ska finnas i pappersversion:

- Vid händelse av driftstopp i verksamhetssystemet ska följande uppgifter alltid finnas i pappersversion.
- Personuppgifter: Namn, personnummer, adress, telefonnummer
- Närstående: Namn, telefonnummer
- Aktuella uppgifter på samtycke, smitta och varning
- Medicinsk diagnos, aktuell status
- Uppgifter om Waran behandling, pacemaker
- Vem som är patientansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut samt läkare
- Åtgärder vid hjärt- eller andningsstillestånd

När någon uppgift förändras måste ny dokumentation skrivas ut och den gamla kastas.

3. Vem ska föra patientjournal

Den som har legitimation eller särskilt förordnade att utöva ett yrke inom hälso- och sjukvården är skyldig att föra journal vid vård av patienter.

Journaluppgifter ska föras in i journalen så snart det kan ske. Uppgifterna ska vara korrekta och inte innehålla subjektiva värdeomdömen. Ovidkommande uppgifter ska undvikas.

Den som för journal har ansvar för sina uppgifter i journalen. Genom signering bekräftar den ansvarige att hen har kontrollerat innehållet i anteckningen och kan gå i god för att uppgifterna stämmer. Signering av journalanteckningar ska ske inom 72 timmar efter upprättandet av anteckningen.

3.1 Studerande

Studenter tar del av elektroniska patientjournaler och ska även kunna föra anteckningar i dem när det behövs. Studerande kan dock endast delta i den faktiska patientvården om patienten samtycker och om en handledare har uppsikt över och leder studentens åtgärder. Handledaren är ansvarig för studentens bedömning och beslut. Studenten ska skriva sitt namn, ordet student och berörd högskola, direkt efter texten. Handledaren ska godkänna och signera studentens dokumentation. Sekretess gäller för studerande.

3.2 Rättelse i journal

När en felaktig uppgift ska rättas i en patientjournal ska alltid anges när rättelsen gjordes och vem som har gjort denna. Om en felaktig uppgift ska rättas måste både den felaktiga uppgiften och rättelsen synas i journalen.

3.3 Sammanhållen journalföring, NPÖ

Ett elektroniskt system, som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personaluppgifter hos en annan vårdgivare.

Legitimerad personal ges möjlighet att ta del av andra vårdgivares patientuppgifter. Vg. Se separat rutin som finns under ”Mas rutiner, dokumentation”.

4. Riskanalyser

Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det i verksamheten finns risker för händelser som kan medföra att kraven i dessa föreskrifter inte uppfylls.

För varje händelse ska vårdgivaren:

1. Uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och
2. Bedöma vilka negativa konsekvenser som ska kunna bli följden av händelsen.

5. Svenskt personnummer saknas

När en patient saknar ett 10 siffrigt personnummer skriv in patientens födelse år, månad och dag, skriv därefter ett T.

Kontakta systemansvarig vid behov.

6. En patient har skyddade personuppgifter

Personuppgifter i folkbokföringsregistret är offentliga men under vissa omständigheter kan en person ha skyddad identitet t.ex. när det föreligger en hotbild mot personen. Patienten ska alltid styrka att skydd föreligger. Beroende på vilken nivå av skydd patienten omfattas av gäller olika säkerhetstaganden. I princip kan journal upprättas men adress och telefonnummer ska inte anges. Kontakta systemansvarig eller medicinskt ansvarig sjuksköterska vid behov.

7. Telefonförfrågan/rådgivning

Samtal som gäller vård och behandling eller uppgift som kan anses få betydelse framöver ska alltid dokumenteras. Dokumentation ska ske i direkt anslutning till telefonkontakten/rådgivningen eller så snart som möjligt.

8. Utlämnade av journalhandling

Originaljournalen får inte lämnas ut till patient, företrädare eller annan vårdgivare. Inom den kommunala hälso- och sjukvården ska patientjournalen följa patienten.

Patienten har rätt att ta del av sin journal efter att den som är ansvarig för journal anteckningen bedömt att de begärda uppgifterna kan lämnas ut. Patienten ska erbjudas hjälp vid genomgång av texten.

I Omsorgsförvaltningens delegationsordning finns uppgifter vem som fattar beslut om utlämnade av patientjournalen.

Bedömer medicinskt ansvarig sjuksköterska att det föreligger men för utlämnade av journal ska verksamhetschefen för hälso- och sjukvården kontaktas.

Om uppgifterna inte kan lämnas ut kan den som begärt uppgifterna begära att få ett skriftligt beslut med uppgift om hur beslutet kan överklagas. Det är verksamhetschefen tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska som beslutar om avslag att lämna ut en journal.

I patientjournalen ska dokumenteras när och till vem en journalhandling eller en kopia eller avskrift har lämnats ut.

Patienten ska ge sitt tillstånd till utlämnade av journaluppgifter till närstående eller försäkringsbolag. Journalen ska lämnas ut om det inte kan vara till men för patienten.

9. Överföring av information när patient byter vårdgivare.

Omvårdnadsdokumentationen utgår från patientens individuella behov och beskriver vårdens planering, genomförande och resultat. Se separat rutin.

10. Förvaring av journalhandling

Hälso- och sjukvårdsjournal och/ handling ska skyddas mot förstörelse, skada, tillgrepp och obehörigas åtkomst och ska därför förvaras i brandsäkra låsta skåp.

11. Arkivering och gallring

Avslutad vårdtagares patientjournal ska arkiveras i närarkivet på enheten i tre månader därefter i centralarkivet på Rådhuset.

12. Säkerhet för elektronisk omvårdnadsjournal

Dokumentationen för kommunens hälso- och sjukvård sker i digitalt journalsystem. Kontroll av loggar: Systemansvarig, verksamhetschef, enhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska utför regelbundet loggkontroller, se separat rutin.

13. Behörighet

För att få tillgång till kommunens elektroniska omvårdnadsjournal krävs följande:

1. Behörighet att komma in i kommunens intranät.
2. Behörighet till datajournalen.
3. Tagit del av ”Riktlinjer för dokumentation”
4. Enhetschefen ska verifiera att introduktion i journalsystemet kommer att ske före aktiv dokumentation.

13.1 Avsluta behörighet

Enhetschef till den personal som avslutar sin anställning ska meddela systemansvarig om ändringen. Systemansvarig tar bort behörigheten.

13.2 Informationsskyldighet

Legitimerad personal som lägger upp en ny patientjournal ansvarar för att informera patienten om att detta sker och kontrollera identiteten.

13.3 Sekretess och samtycke

All personal har sekretess.

Det innebär att alla uppgifter som rör patientens personliga förhållanden är sekretess belagda, t.ex. sjukdom eller behandling, kvalitetsregister. Uppgifterna får som regel bara lämnas ut till de som deltar i vården av patienten eller av något annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete. Personal som inte har en aktuell pågående vårdrelation av patienten får inte utan samtycke läsa någons patientjournal även om tillgänglighet och om möjlighet finns. Alla aktiviteter loggas i datajournalen.

13.4 Utlämnade av journalhandling

Patienten ska alltid lämna sitt samtycke innan information om en hälso- och sjukvårdsuppgift lämnas över till annan vårdgivare. Den enskildes samtycke kan vara partiellt, det vill säga enbart avser uppgifter till en viss person.

I de fall patienten inte själv kan lämna medgivande på grund av hens psykiska eller somatiska tillstånd kan kontakt tas med närstående och/eller personal för att ta reda på vad patientens inställning skulle kunna vara (presumtivt samtycke).

I vissa fall finns det inte möjlighet att ta reda på vad patienten skulle ha för åsikt. I dessa fall ska hälso- och sjukvårdspersonal göra en men prövning enligt Sekretesslagen det vill säga kontrollera att patienten eller dennes närstående inte lider men av att uppgiften lämnas ut.

Svaret om samtycke ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

13.5 Ansvar

Verksamhetschefens ansvar för

- Åtkomstbehörighet
- Ansvarar för att personalen har rätt kompetens för sitt yrkesutövande
- Att personalen har förutsättningar som krävs för att kunna utföra dokumentationen på
- Ett säkert sätt.
- Beslut vid menprövning avseende utlämnade av journalhandling
- Utför loggkontroller

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

- Har ansvaret för att det i hemsjukvård, särskilda boende och dagverksamhet förs
- journaler i den omfattning som föreskrivs
- Sammankallar till loggkontroller

Enhetschef

- Meddela systemansvarig vid anställning av ny personal som ska ha behörighet till hälso- och sjukvårdsjournal
- Meddela systemansvarig när personal med behörighet till hälso- och sjukvårdsjournal avslutar sin tjänstgöring.
- Utför log kontroll

Sjuksköterska/distriktsköterska

- Skyldighet att föra journal
- Ansvariga för sina uppgifter i journalen

Arbets terapeut/sjukgymnast

- Skyldighet att föra journal
- Ansvarar för sina uppgifter i journalen, bedömning och förskrivning av hjälpmedel. Hela processen ska dokumenteras liksom de instruktioner som givits till vårdtagaren eller i förekommande fall omsorgspersonal vilka ska vara skriftliga.

Legitimerad personal som anlitas av bemanningsföretag

- Av dokumentationen ska namn på den som dokumenterar och namnet på företaget eller entreprenören alltid framgå.

14. Regelverk

Lagar och föreskrifter som ligger till grund för riktlinjerna:

- Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30
- Patientsäkerhetslagen 2010:659
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 2011:9
- Offentlighet och sekretesslag 2009:400
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården HSLF-FS 2016:40
- Patientdatalagen SOSFS 2008:355
- Förordning om förlängd beredande tid för vissa journalhandlingar inom hälso- och sjukvården SFS 1986:203
- Dataskyddsförordningen GDPR
- Socialstyrelsens föreskrifter för hälso- och sjukvårdspersonalen om avfattande av intyg m.m. SOSFS 2005:29
- Svensk författningssamling. Arkivlagen SFS 1990:782
- Svensk författningssamling Personuppgiftslag SFS 1998:204