

4. Riktlinje för dokumentation och informationsöverföring

Nedanstående lagar, förordningar allmänna råd ligger till grund för omvårdnadsdokumentationen.

SFS 2008: 355 Patientdatalag

PDF 2008: 360 Patientdataförordning

SFS 2009:400 Offentlighets- och sekretesslag

SOSFS 2008:14 Föreskrift om informationshantering och journalhantering i hälso- och sjukvården

SOSFS 2011:9 Föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

När ska patientjournal föras?

Vid vård av patient inom hälso- och sjukvården ska patientjournal föras. Patientjournalen ska föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter. Med vård avses i denna lag även undersökning och behandling.

Vad avses med patientjournal och journalhandling?

Med patientjournal avses de anteckningar som görs och de handlingar som upprättats eller inkommer i samband med vården och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden och om vårdåtgärder.

Som journalhandling anses framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniska hjälpmedel.

Syfte

Syftet med att föra patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård för patienten. Den utgör även underlag för bedömning av åtgärder som kan behöva vidtas av den som inte tidigare träffat patienten.

En patientjournal utgör också ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbete inom vården samt ett underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll av den vård som patienten fått.

En otillräcklig dokumentation utgör en patientsäkerhetsrisk.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i kommunen har ett övergripande ansvar för att se till att bestämmelserna i patientjournalerna följs. Journalgranskning görs av den Medicinskt ansvariga sjuksköterskan.

MAS ska se till att det finns riktlinjer och rutiner för vad en patientjournal ska innehålla samt följa upp att journaler skrivs i den omfattning som lagar och författningar kräver.

Verksamhetschefen har inom ramen för ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet **ansvar för:**

- Att **lokala rutiner för informationsöverföring skapas** så att patientsäkerheten tillgodoses
- Att planera verksamheten så att det finns tid avsatt för dokumentation enligt Patientdatalagen och Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2008:14 om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården
- Att tillsammans med enhetschef/medicinskt eldningsansvarig sjuksköterska/chefssjuksköterska ansvara för att lagar, föreskrifter från Socialstyrelsen, riktlinjer som är fastställda av MAS samt **lokala rutiner** är väl kända, används och följs upp i det dagliga arbetet inom verksamheten
- Att följa upp dokumentationens kvalitet och ändamålsenlighet
- Att utdelade behörigheter för åtkomst till patientuppgifter är ändamålsenliga och förenliga med hälso- och sjukvårdspersonalens och andra befattningshavares aktuella arbetsuppgifter
- Att själv eller genom uppdrag till annan följa upp informationssystemets kvalitet och användning samt att personalen följer bestämmelser för hantering av personuppgifter genom regelbunden kontroll av loggar
- Att loggar sparas i 10 år i systemet (Riktlinjer för loggkontroll)

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen, entreprenörer, uppdragstagare eller annan som utför hälso- och sjukvårdsarbete på uppdrag av vårdgivaren ansvarar för

- Att föra patientjournal enligt Patientdatalagen
- Att personliga lösenord och loggar inte blir tillgängliga för obehöriga
- Att datorer som används inte lämnas oskyddade från obehörig åtkomst
- Att endast ta del patientuppgifter som han/hon behöver för sitt arbete inom hälso- och sjukvården

Vilka är skyldiga att föra journal?

Skyldig att föra patientjournal är

1. den som enligt 4 kap. Patientsäkerhetslagen (2010:659) har legitimation eller särskilt förordnande att utöva ett visst yrke
2. den som, utan att ha legitimation för yrket, utför arbetsuppgifter som annars bara ska utföras av logoped, psykolog eller psykoterapeut inom den allmänna hälso- och sjukvården eller utför sådana arbetsuppgifter inom den enskilda hälso- och sjukvården som biträde åt legitimerad yrkesutövare
3. den som är verksam som kurator i den allmänna hälso- och sjukvården

Var och en som för patientjournal svarar för sina uppgifter i journalen.

Vad ska en patientjournal innehålla?

En patientjournal får innehålla endast de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten under den tid patienten vistas på enheten. Uppgifterna ska föras in i journalen så snart som möjligt.

Patientjournalen ska innehålla:

- uppgift om patientens identitet och kontaktuppgifter
- uppgifter om lämnat samtycke
- uppgifter om patientens egna önskemål om vård- och behandlingsåtgärder
- uppgifter om förskrivna och utlämnade medicintekniska produkter
- väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
- uppgift om ställd diagnos, aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
- uppgifter om ordinationer som sjuksköterskan gjort eller tar emot per telefon och orsak till ordinationerna
- uppgifter om vårdplanering och väsentliga uppgifter om planerade och vidtagna åtgärder samt resultat av dessa
- uppgifter om överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen – markering ska göras på ett sådant sätt att den är lätt att uppmärksamma
- uppgifter om vårdhygienisk smitta
<http://www.vardgivarguiden.se/Omraden/Smittskydd/Dokument/PM/MRB/Markning-och-diagnosklassificering-av-patientjournaler/>
- uppgifter om information som givits patient och närstående
- uppgifter om de ställningstaganden som gjorts av patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning
- epikriser och andra sammanfattningar

Patientjournalen ska vidare innehålla uppgifter om vem som har gjort viss anteckning i journalen och när anteckningarna gjordes. En journalanteckning ska så långt som möjligt signeras av den som svarar för uppgiften. Signering av en införd uppgift ska helst göras i samband med anteckningen och senast inom två veckor.

- Varje uppgift i patientjournalen ska utformas så att patientens integritet respekteras
- Journalhandlingar ska skrivas på svenska språket, vara tydligt utformade och så långt som möjligt vara förståeligt för patienten
- Varje journalhandling ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till den
- En komplett omvårdnadsjournal ska innehålla både arbetsterapeutens och sjukgymnastens dokumentation
- En journal ska vara ett stöd för den eller de personer som svarar för patientens behandling, så att patienten får en god och säker vård
- Journalen ska utgöra underlag för bedömning av åtgärder som ska vidtas av dem som inte tidigare träffat patienten t ex. jourhavande läkare, avlösande sjuksköterska.
- Journalen ska vara ett instrument i kvalitetssäkringsarbetet
- Journalen ska utgöra underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll

- Journalen ska kunna ge patienten insyn i den vård och behandling hon/han erhållit
- De journaler som läkaren skriver vid vård och behandling av enskilda vid kommunens vård- och omsorgsboenden är landstingets journaler. Den kommunala personalen får inte göra anteckningar i den.
- För att verksamheten och samarbetet ska fungera på ett praktiskt sätt är det lämpligt att journalerna förvaras i ändamålsenligt utrymme på äldreboendet
- En journalhandling ska bevaras 10 år efter det att den sista uppgiften fördes in i journalen.
- Journalhandlingar för patienter som är födda den femte, femtonde och tjugofemte i varje månad ska bevaras för all framtid enligt kommunens riktlinjer.

Tjänstgörande sjuksköterska bör ha tillgång till läkarens journal även då läkaren inte är på äldreboendet. Kopia av läkarens journal ska finnas i den kommunala omvårdnadsjournalen.

När en patient flyttar in i vård- och omsorgsboendet påbörjas dokumentationen med de uppgifter som finns till hands.

När en person flyttar mellan olika vård- och omsorgsboenden inom kommunen ska journalen följa personen. När en person flyttar till en annan kommun avslutas journalen och arkiveras enligt rutin. Omvårdnadsjournal för personer i växelboende eller korttidsboende stannar på boendet som en aktiv journal så länge personen har beviljats plats.

Hur rättar man journaltext?

Uppgifter i en journalhandling får inte utplånas eller göras oläsliga i andra fall än som avses i 8 kap. § 3 i Patientdatalagen (2008:355). Vid rättelse av en felaktighet ska det anges när rättelsen har skett och vem som gjort den.

Patientens rätt att ta del av sin journal

En journalhandling inom enskild hälso- och sjukvård ska på begäran av patienten så snart som möjligt tillhandahållas honom/henne för läsning eller avskrivning på stället eller avskrift eller kopia. Frågor om utlämnandet av en journalhandling enligt första stycket prövas av den som är ansvarig för patientjournalen. Anser denna att journalhandlingen eller någon del av den inte bör lämnas ut ska han genast med eget yttrande överlämna frågan till Socialstyrelsen för prövning.

Kan patient eller annan få journalen förstörd?

På ansökan av patienten eller någon annan som omnämns i patientjournal får Socialstyrelsen förordna att journalen helt eller delvis ska förstöras (Patientdatalagen 8 kap. §4.) Förutsättningen för detta är dels att godtagbara skäl anförs för ansökan, dels att patientjournalen eller den del som ska förstöras uppenbarligen inte behövs för patientens vård och dels att det från allmän synpunkt uppenbarligen inte finns skäl att bevara journalen.

Innan ansökan slutligen prövas ska den som ansvarar för patientjournalen beredas tillfälle att yttra sig. Om Socialstyrelsen har avslagit en ansökan om förstöring av patientjournal, får beslutet överklagas hos kammarrätten genom besvär. Om Socialstyrelsens beslut innebär bifall till en sådan ansökan får beslutet inte överklagas.

Driftstopp

Eftersom det förekommer både planerade och oplanerade driftstopp i den digitala journalföringen ska det för varje boende finnas papperskopior på vissa nödvändiga delar av dokumentationen samt var de förvaras. **Lokal rutin** ska utformas om vilka delar ska finnas i pappersform samt var de förvaras. Dokumentation ska ske på anvisad pappersdokument (Blankett 4.4) som sparas i patientens akt, överföring av texten ska inte ske. Notering i den digitala journalen ska finnas om pappersjournalen.

Inre sekretess och elektronisk åtkomst inom kommunens verksamhet

Ansvar för informationssäkerhet

Vårdgivaren har ansvar för att det finns informationssäkerhetspolicy som säkerställer att patientuppgifter i dokumentation är tillgängliga och riktiga för dem som är behöriga samt att obehöriga inte ska komma åt patientuppgifterna. Informationssystemet ska ha möjlighet till spårbarhet och att kunna identifiera användare.

Styrning av behörighet

Vårdgivaren har ansvar för att det finns rutiner som säkerställer att hälso- och sjukvårdspersonalens och andra befattningshavares behörighet begränsas till vad som är nödvändigt för att ge god och säker vård.

Vårdgivaren ansvarar för att varje användare tilldelas en individuell behörighet för åtkomst av patientuppgifter. Innan behörighet tilldelas ska behovs- och riskanalys utföras bl.a. gällande vilken typ av behörighet användaren ska tilldelas. Vårdgivaren ansvarar för att det finns **lokala rutiner** för tilldelning, förändring, borttagning och regelbunden uppföljning av behörigheterna.

Kontroll av åtkomst av patientuppgifter

Vårdgivaren ansvarar för att det finns rutiner som säkrar att det av åtkomsten (loggarna) framgår:

- vid vilken enhet inloggningen skett
- tidpunkt för inloggningen
- användarens och patientens identitet
- att bedömning gjorts om inloggningen gjorts av behörig person

Vårdgivaren ska även ha **rutiner som säkerställer** att återkommande stickprovskontroller görs och dokumenteras och att loggarna sparas i tio (10) år.

<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-14/>