



**VARBERGS
KOMMUN**

Hälsa- och sjukvårdsdokumentation

Riktlinje

Bakgrund

Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård. En patientjournal är även en informationskälla för patienten, uppföljning och utveckling av verksamheten, tillsyn och rättsliga krav, uppgiftsskyldighet enligt lag samt forskning. Enligt Patientdatalagen är legitimerad personal skyldiga att föra patientjournal. Var och en som för patientjournal svarar för sina uppgifter i journalen.

Med patientjournal avses i Patientdatalagen de anteckningar som görs och handlingar som upprättas eller inkommer i samband med vården och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden och vårdåtgärder. Till journalen räknas även remisser och remissvar, intyg, utlåtande, epikriser, ordinationskort, laboratorieuppgifter, behandlingsplaner, rehabiliteringsplaner, träningsprogram och signeringslistor. Som journalhandling anses även framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel tex filmer, fotografier, röntgenbilder och EKG kurvor. Patientuppgifter ska så långt som möjligt dokumenteras med hjälp av nationellt fastställda begrepp och termer, klassifikationer och övriga kodverk. De journalhandlingar som upprättas inom hälso- och sjukvården skall vara skrivna på svenska språket, vara tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå för patienten. Journalhandlingar på annat språk än svenska kan förekomma i särskilda fall.

Sammanhållen journalföring – kommunens legitimerade personal kan få ta del av annan vårdgivares uppgifter och anteckningar via Nationell patientöversikt (NPÖ), om kommunen har en aktuell patientrelation. För att få göra det krävs samtycke av patienten som skall dokumenteras i journalen. Samtycket skall uppdateras en gång per år.

Behörighet

För att kunna läsa och/ eller skriva i patientjournalen krävs behörighet till verksamhetssystemet. Behörigheten är alltid individuell, man signerar sin journal med sin behörighet. Sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut samt dietist använder samma verksamhetssystem. Systemet bygger på olika delar, där vissa delar är gemensamma och andra är yrkesspecifika. Varje användare har läs- och skrivrättigheter inom sin yrkesprofession. Annan profession kan ha läsbehörighet.

Behörigheten är personlig och får därmed inte överlåtas till någon annan. Endast den personal som är inblandad i vården av den enskilde har rätt att ta del av patientjournal. Legitimerad personal har rätt att följa upp effekten av sin ordination/behandling genom att läsa journalhandlingar även om man inte längre har ett aktivt behandlingsansvar. Omsorgspersonalen har rätt att i samråd med sjuksköterska/ arbetsterapeut/

<i>Beslutad av: Medicinskt ansvariga</i>	<i>Beslutsdatum: 21-03-15</i>	<i>Diarienummer:</i>	<i>Dokumentansvarig avdelning: Förvaltningsledningsstaben</i>
--	-------------------------------	----------------------	---



VARBERGS KOMMUN

fysioterapeut ta del av vissa delar i dokumentationen som avser patientens omvårdnad. Varje journal ska föras individuellt för varje patient enligt Patientdatalagen

All hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att:

- personliga lösenord inte kan bli tillgängliga för andra
- datorer och andra informationsbärare som används inte lämnas utan att patientuppgifterna är skyddade från obehörig åtkomst
- endast tar del av patientuppgifter om han eller hon deltar i vården av patienten eller av något annat ändamål behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården.

Kontinuerlig loggkontroll ska ske enligt ”Rutin för loggkontroll ”

Patientjournal skall alltid innehålla:

- Uppgifter om patientens identitet
- Väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
- Uppgift om ställd diagnos och anledningen till mer betydande åtgärder
- Väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder
- Uppgifter om den information som lämnas till patient, dennes vårdnadshavare och övriga närstående och om de ställningstagande som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och möjlighet till ny medicinsk bedömning
- Uppgifter om att en patient har beslutat att avstå från viss vård och behandling

Följande uppgifter skall antecknas när de förekommer:

- Aktuellthälsotillstånd och medicinska bedömningar
- Utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa
- Ordinationer och ordinationsorsak
- Resultat av utredande och behandlande åtgärder
- Slutanteckningar och andra sammanfattningar av genomförd vård
- Överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen
- Komplikationer av vård och behandling
- Vårdrelaterade infektioner
- Samtycken och återkallanden av samtycken
- Patientens önskemål om vård och behandling
- De medicinska produkter som förskrivits till, 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
- Även råd i telefon ska dokumenteras och viktig information som lämnats till patient och/eller närstående ska finnas beskriven.
- Riskbedömning
- Vård- och rehabiliteringsplan då behov föreligger
- Om patient tycker att en uppgift i journalen inte stämmer skall det dokumenteras

Beslutad av: Medicinskt ansvariga	Beslutsdatum: 21-03-15	Diarienummer:	Dokumentansvarig avdelning: Förvaltningsledningsstaben
--	-------------------------------	----------------------	---



VARBERGS KOMMUN

Vårdgivaren skall vidare säkerställa att patientjournalen innehåller markering som ger en varning om att en patient har visat intolerans eller har en överkänslighet som innebär en allvarlig risk för hens liv och hälsa, markeringen skall göras på ett sådant sätt att den är lätt att uppmärksamma.

Journalen skall utformas så att all information är tillgänglig för berörda personalkategorier på ett överskådligt sätt, utan att en uppgift behöver dokumenteras flera gånger. Uppgifterna skall föras in i journalen så snart som detta kan ske. Detta innebär att uppgifterna skall journalföras och vara signerade innan arbetspasset avslutas.

Spärrade uppgifter

Om en patient motsatt sig att hans eller hennes personuppgifter görs tillgängliga för någon som arbetar vid annan vårdenhet, annan vårdprocess, eller annan vårdgivare än den där uppgifterna lämnats skall det framgå av dokumentationen att det finns spärrade uppgifter.

Skyddad identitet

Om patient har skyddad identitet enligt folkbokföringen hos Skatteverket kommer det automatiskt upp i Procapita på personuppgifter att personen har skyddad folkbokföring. Det innebär att bostadsadress, hemtelefonnummer, personnummer, uppgift om närstående, foto eller till exempel uppgifter om var patienten befinner sig i eller kommer att befinna sig inte får lämnas ut.

Rättelse

Rättelse av felaktig journaltext görs i datajournalen av den person som har dokumenterat fel. Om detta inte är möjligt får kontakt tas med systemansvarig.

Uppgifter i en journalhandling får inte utplånas, vid en rättelse av en felaktighet skall det anges när rättelsen har skett och vem som har gjort den.

Endast Socialstyrelsen kan besluta om att journaltext skall tas bort helt.

Informationsöverföring till annan vårdgivare

I de fall vården övertas av annan vårdgivare och hälso- och sjukvårdsbehov kvarstår skall epikris skickas till mottagande vårdgivare efter att samtycke inhämtats av patienten/ legal företrädare.

Utlämnande av patientjournal till enskild

Då en patient/legal företrädare eller närstående begär utlämnande av journalhandling skall detta ske snarast efter att ansvarig legitimerad person gör en menprövning (se Bilaga 1) för att bedöma om patientjournalen kan lämnas ut. En menprövning innebär att det inte får finnas någon risk att patienten skulle kunna komma till skada eller lida men på grund av informationen. Stöd för menprövning finns som bilaga 1 i anvisningen.

Om det inte föreligger något hinder för ett utlämnande, dokumenterar ansvarig legitimerad personal i journalen till vem journalen är utlämnad, tidpunkt samt ändamålet.

Om menprövningen visar att det föreligger hinder att lämna ut journalen ska kontakt tas med MAS/MAR. MAS/MAR diskuterar den fortsatta handläggningen med förvaltningschefen.

En patient som begärt ut att få ta del av sin journal ska erbjudas möjlighet att läsa journalen tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal.

<i>Beslutad av: Medicinskt ansvariga</i>	<i>Beslutsdatum: 21-03-15</i>	<i>Diarienummer:</i>	<i>Dokumentansvarig avdelning: Förvaltningsledningsstaben</i>
--	-------------------------------	----------------------	---



VARBERGS KOMMUN

Avsluta / stänga journal

Journal ska avslutas om patient flyttar från kommunen, byter huvudman eller avlider.

Arkivering

Inga anteckningar från datajournalen behöver sparas på papper eftersom den sparas elektroniskt. För övrigt se Rutin vid arkivering av hälso- och sjukvårdsdokumentation.

Journalgranskning

Vårdgivaren skall regelbundet enligt HSLF-FS 2016:40, 5 kap 6§ granska att hälso och sjukvårdspersonalen dokumenterar i patientjournalen enligt gällande författningar. Detta i syfte att undersöka om journalföringen sker på ett säkert sätt och håller god kvalitet samt att den förs journaler i den omfattningen som beskrivs i Patientdatalagen. Denna granskning är en del av patientsäkerhetsberättelsen.

Styrdokument

Hälso- och sjukvårdslagen SFS 2017:30

Patientdatalagen (2008:355)

Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i Hälso och sjukvården (HSLF-FS 2016:40)

Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400)

Arkivering – Rutin.

Dokumenthanteringsplan

Loggranskning – Riktlinje och Rutin

Beslutad av: Medicinskt ansvariga	Beslutsdatum: 21-03-15	Diarienummer:	Dokumentansvarig avdelning: Förvaltningsledningsstaben
--	-------------------------------	----------------------	---



**VARBERGS
KOMMUN**

Bilaga 1

Menprövning

Att läsa sin journal

En journal är framförallt till för att följa patientens vård och behandling. En patient har näst intill alltid rätt att få ta del av sin patientjournal.

Undantag gäller om det finns starka medicinska skäl för att det är olämpligt för patienten att ta del av hela eller delar av sin journal samt om det förekommer uppgifter i journalen som kommer från någon annan än patienten själv och att den personen kan riskera att påverkas negativt om uppgifterna lämnas ut.

Journalen får generellt inte lämnas ut till någon annan än patienten själv.

Vad gäller barns journaler får vårdnadstagare som regel ta del av sitt barns journal. När barnet blir tillräckligt gammal och/eller förmögen att ta beslut om sin egen vård och behandling krävs att barnet själv godkänner att vårdnadshavaren tar del av journalen.

Journalen får inte lämnas ut till en vårdnadshavare om det råder misstankar om att barnet far illa i sin kontakt med vårdnadshavaren.

Ansvarig legitimerad personal ska alltid göra en bedömning av om en journal kan lämnas ut till patienten. Om man identifierar risker eller finner andra skäl till oro ska MAS/MAR kontaktas för dialog och gemensam bedömning.

Stöd för menprövning

1. Finns det några särskilda medicinska omständigheter som skulle kunna innebära risker för patienten att ta del av sin journal?
2. Finns det känsliga uppgifter i journalen som handlar om, eller som kommer ifrån, någon annan person än patienten själv som kan riskera att påverkas negativt om uppgifterna lämnas ut?

Generellt är det endast patienten själv som får ta del av den egna journalen. Några särskilda undantag finns:

- Fullmakt

Finns det fullmakt som tydligt redogör om lov för utomstående att ta del av journalhandlingar och fullmakten är påskriven av patienten ska prövning hanteras som om det är patienten själv som begär ut handlingarna. Om inga särskilda risker föreligger kan de journalhandlingar som fullmakten omfattas av lämnas ut. (Gäller ofta försäkringsärenden).

- Vårdnadshavare till barn

Beslutad av: Medicinskt ansvariga	Beslutsdatum: 21-03-15	Diarienummer:	Dokumentansvarig avdelning: Förvaltningsledningsstaben
--	-------------------------------	----------------------	---



VARBERGS KOMMUN

Finns det misstankar om att barnet far illa i kontakten med vårdnadshavaren får journalen inte lämnas ut. Föreligger inga risker ska journalen lämnas ut till vårdnadshavaren. Om barnet är förmögen att fatta egna beslut om sin vård och behandling ska barnet först ge sitt godkännande.

- Enstaka journalhandlingar gällande patient med begränsad förmåga att fatta egna beslut om sin vård och behandling (exempelvis demens eller kognitiv svikt)?

Enstaka journalhandlingar kan delges närstående efter bedömning av hypotetiskt samtycke.

<i>Beslutad av: Medicinskt ansvariga</i>	<i>Beslutsdatum: 21-03-15</i>	<i>Diarienummer:</i>	<i>Dokumentansvarig avdelning: Förvaltningsledningsstaben</i>
---	--------------------------------------	-----------------------------	--