



**ARJEPLOGS
KOMMUN**

ÁRJEPLUOVE KOMMUVNNA

Riktlinjer för hälso- och sjukvårdsdokumentation

Journalföring och hantering av personuppgifter

Dokumenttyp
Riktlinjer

Dokumentnamn
Patientjournal

Fastställt/upprättad
Ks 2022-10-17 § 173

Beslutsinstans
Kommunstyrelsen

Giltighetstid
Tillsvidare

Dokumentansvarig
MAS

Version
1.0

Senast reviderad

Dokumentinformation
Dnr Ks 2022/498

Detta dokument gäller
för kommunal hälso-
och sjukvård

Innehåll

Inledning	1
Kompletterande dokument och riktlinjer	1
Nationella begrepp, termer och klassifikationer	2
ICF	2
KVÅ	2
Uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsen	2
Verksamhetsnära termer och begrepp	3
Mål och syfte med riktlinjerna	3
Patientjournaler inom Arjeplogs kommun	3
Varför ska det föras en patientjournal.	4
Vem är skyldig att föra patientjournal?	4
Vem får ta del av hälso- och sjukvårdsjournal?	4
Enhetschef för omsorgspersonal	5
Enhetschef för legitimerad personal	5
Omsorgspersonal	5
Hälso- och sjukvårdsassistent	5
Legitimerad personal	5
Studenter - sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut.	6
Ansvar för uppgifter i en patientjournal	6
Patientjournalens innehåll	6
Signering och hur fort ska någonting dokumenteras?	6
Språket i patientjournalen	6
Vårdbegäran	7
Hembesök på uppdrag av annan vårdgivare	7
Vårdåtagande och starta en patientjournal	7
Identitetskontroll	7
Samtyckesbeslut	7
Avsluta ett vårdåtagande/ patientjournal	8
Utredande och behandlande åtgärder samt bakgrund	8
Ordinationer och ordinationsorsak	8
Resultat av utredande och behandlande åtgärder	9

Aktuella vårdkontakter	9
Telefonsamtal/samtal/rådgivning	9
Komplikationer av vård och behandling/ vårdskada	9
Överkänslighet och andra uppmärksamhetsvarningar	9
Vårdrelaterade infektioner	10
Medicintekniska produkter	10
Patientens önskemål vad avser vård och behandling	10
Planering av vården	10
Sammanfattning av vården/ epikris	10
Sammanfatta daganteckningar	10
Särskilt viktig information måste vara lättillgänglig	10
Skyddade personuppgifter	11
Hantering av journalhandlingar	11
Åtgärder till skydd mot obehörig åtkomst	11
Rättelse i journal	11
Spärrade uppgifter	11
Intyg	11
Skannade dokument och bilder	11
Signeringslistor	11
Utlämnande av journalhandlingar	12
Bevara/ arkivera patientjournal	12
Kvalitetsregister	12
Granskning av dokumentation	12
Egenkontroll i verksamheten	12
Loggkontroll	13
Journalgranskning	13
Verksamhetsnära rutiner att upprätta	13

Inledning

Patientdatalagen ska tillämpas vid behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvård. Den innehåller bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal vilket också i tillämpliga delar handlar om uppgifter om avlidna personer.

Föreskrifter som är kopplade till lagen innehåller ytterligare uppgifter om ansvarsfördelning, hantering av personuppgifter samt innehållet i en patientjournal.

Dessa riktlinjer vänder sig till legitimerad personal men även till chefer och omsorgspersonal. I riktlinjerna används begreppet legitimerad personal vilket inom Arjeplogs kommuns hälso- och sjukvård innefattar arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska. Begreppet omsorgspersonal innefattar bland annat undersköterska, vårdbiträde, personlig assistent och stödpersonal.

Kompletterande dokument och riktlinjer

Till dessa riktlinjer finns även andra dokument som det är viktigt att i vissa fall använda samtidigt.

Riktlinjerna för informationssäkerhet inom vård och omsorgsverksamheten handlar bland annat om behörighetsstyrning och regler om den inre sekretessen.

I riktlinjerna för journalgranskning och loggkontroll finns uppgifter om hur det ska gå till. Dokumenthanteringsplanen beskriver hur patientjournaler ska arkiveras och gallras.

Det finns förutom Patientdatalagen ytterligare lagar och föreskrifter som reglerar hanteringen av patientjournaler; Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30, journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården HSLF-FS 2016:40, Offentlighets- och sekretesslagen 2009:400.

Nationella begrepp, termer och klassifikationer

Socialstyrelsens termbank ska användas nationellt och syftet med det är bland annat att utforma en nationell struktur för en patientjournal.

Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) och klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) kompletterar varandra och ska användas i ett systematiskt arbetssätt med strukturerad dokumentation i vårdprocessen.

ICF används för att beskriva individens funktionstillstånd, mål, behov samt resultat

KVÅ används för att beskriva planerade och utförda vårdåtgärder (utreda, förebygga, behandla och följa upp) i vårdprocessen.

NANDA och ICNP är två olika typer inom av klassifikation inom omvårdnadsinformatik som kan användas bland annat för att sätta omvårdnadsdiagnoser.

ICF

Uppgifterna i journalen ska så långt som möjligt dokumenteras med nationellt fastställda begrepp, termer och klassifikationer (ICF och KVÅ) för att uppnå en gemensam nationell informationsstruktur (NI) och därmed, i möjligaste mån minska risken för olika tolkningar.

Den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) ska användas i journalen. Klassifikationen har en bestämd struktur med standardiserade och definierade begrepp för att beskriva patientens fungerande hälsa i förhållande till hälsokomponenter och hälsorelaterade komponenter istället för utifrån sjukdomskonsekvenser.

ICF med bedömningsfaktorer kan användas som verktyg för att beskriva och dokumentera aktuellt funktionstillstånd, sätta mål, bedöma behov och följa resultat inom hälso- och sjukvården. Graden av ett hälsotillstånd kan mätas med ICF bedömningskala. Det finns en vägledning till ICF strukturen för dokumentation i patientjournalen.

KVÅ

Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är ett enhetligt sätt att dokumentera planerade och utförda patientrelaterade åtgärder. Det handlar både om utredande och behandlande åtgärder. Alla KVÅ finns kopplade till vårdplaner och det finns en vägledning för vilka vårdåtgärder som kan användas.

Uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsen

Enligt Socialstyrelsens föreskrift HSLF-FS 2017:67 ska kommunen lämna in uppgifter om antalet unika personer som har kommunal hälso- och sjukvård till Socialstyrelsens nationella register. Det ska även framkomma vilka vårdåtgärder som har utförts av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Vårdåtgärderna ska vara klassificerade enligt den mest detaljerade nivån i KVÅ. Uppgifterna ska lämnas för varje månad senast den sista dagen två månader efter registrering.

Verksamhetsnära termer och begrepp

Vårdbegäran – Begäran om hälso- och sjukvård.

Vårdåtagande – Beslut av mottagande vårdenhet att acceptera vårdbegäran dvs. beslut om att patienten ska få hälso- och sjukvård.

Vårdrelation – personal som deltar i vården av en patient har en vårdrelation.

Hälso- och sjukvårdsåtgärd – en åtgärd inom ramen för hälso- och sjukvård för att påverka patientens hälsotillstånd, dvs åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

Vårdplan – vård och omsorgsplan som beskriver hälso- och sjukvård för en enskild patient.

Ordination – beslut av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som är avsett att påverka en patients hälsotillstånd.

Samtycke – frivillig, särskild och otvetydig viljeyttring genom vilken en person som tillfrågats om något, efter att ha fått information, godtar det frågan handlar om.

Mål och syfte med riktlinjerna

Syftet med riktlinjerna är att förtydliga de krav som ställs på kommunal hälso- och sjukvårdsdokumentation genom lagar och kommunala beslut.

Målet är att patientjournalen ska ha en sådan struktur att den säkerställer god och säker vård. Strukturen ska göra det möjligt att i efterhand kunna följa ett händelseförlopp under vårdtiden samt alla steg i vårdprocessen.

De ska även förtydliga vad som gäller i den dokumentation som berör omsorgspersonalen.

Patientjournaler inom Arjeplogs kommun

Med journal avses i patientdatalagen (PDL) de anteckningar som görs och de handlingar som upprättas eller inkommer i samband med vården och som innehåller uppgifter om en patients hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden och vårdinsatser. En patientjournal omfattar en eller flera journalhandlingar som rör samma patient. En patientjournal ska upprättas i samband med vården av en patient och får inte vara gemensam för flera patienter. Till patientjournalen räknas även olika typer av dokument, intyg, rapporter med mera som också upprättats rörande patienten. Även filmer och fotografier är journalhandlingar.

Inom Arjeplogs Kommun är en patient en person som omfattas av kommunal hälso- och sjukvård. Det kan vara en person boende på särskilt boende enligt Socialtjänstlagen eller enligt Lagen om särskilt stöd och service. Region Norrbotten har genom avtal överlåtit hemsjukvården i länet till kommunerna i Norrbotten. Detta innebär att även de personer som omfattas av hemsjukvård inom kommunal hälso- och sjukvård räknas som en patient. Alla patienter omfattas av Patientdatalagens regler.

Inom Arjeplogs Kommun ska det finnas ett verksamhetssystem inom hälso- och sjukvård för journalföring.

Varför ska det föras en patientjournal.

Syftet med att föra patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. En patientjournal har en stor betydelse för patientsäkerheten och i vissa fall kan det vara helt avgörande att olika åtgärder dokumenteras.

En patientjournal ska innehålla uppgifter utformade och behandlade så att patientens och övriga registrerades integritet respekteras. Uppgifter som finns dokumenterade i en patientjournal ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem. Samtidigt ska de uppgifter som finns i en patientjournal finnas tillgängliga på ett överskådligt sätt för den hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig att ta del av uppgifterna.

Personuppgifter som behandlas inom hälso- och sjukvården i form av patientjournaler används också vid ett systematiskt kvalitetsarbete. Uppgifterna används vid exempelvis uppföljning, utvärdering och tillsyn av verksamheten. Personuppgifter i en patientjournal används också för att framställa statistik om den kommunala hälso- och sjukvården.

En patientjournal innehåller också viktig information för forskning samt är även en källa för information för patienten.

En patientjournal ska upprättas även om patienten motsätter sig det.

Vem är skyldig att föra patientjournal?

Den som har legitimation för yrke i enlighet med Patientsäkerhetslagen är skyldig att föra patientjournal. Inom Arjeplogs kommun omfattas sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut av det kravet. Omsorgspersonal har inte journalföringsplikt men har i vissa situationer försetts med ett dokumentationsansvar av delegerade eller fördelade arbetsuppgifter, exempelvis i vårdplaner eller signeringslistor.

Den som deltar i vården av en patient kan alltså behöva dokumentera uppgifter som har betydelse för patienters vård och behandling, även om den anställde inte är journalföringspliktig enligt lag.

Vårdgivaren ansvarar för att de processer och rutiner som behövs för att säkerställa att även omvårdnadspersonalens skyldighet att dokumentera fullgörs.

Vem får ta del av hälso- och sjukvårdsjournal?

” Den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient, endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården” enligt Patientdatalagen 4 kap. 1§

Detta innebär att all personal har ett eget ansvar för att enbart ta del av information om personer de har en vårdrelation till och inte ta del av mer uppgifter än vad som är nödvändigt för att utföra sitt arbete. Vårdgivaren ansvarar för att genom loggning kontrollera så att ingen obehörig tagit

del av dokumentation och personuppgifter. Det ska också finnas en ordning för tilldelning av behörighet för åtkomst till patientjournalen. Behörigheterna ska begränsas till det som behövs för att den anställde ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården. Detta finns beskrivet i riktlinjer för informationssäkerhet samt loggkontroller.

Behörigheten till verksamhetssystemet och därigenom patientjournaler är personlig och får inte överlåtas till någon annan.

Enhetschef för omsorgspersonal

Får ta del av de fördelade arbetsuppgifter som behövs för att kunna planera genomförandet av hälso- och sjukvårdsuppgifter. (Vårdplaner)

Enhetschef för legitimerad personal

Får ta del av patientjournal endast i syfte att kvalitetssäkra dokumentationen, utredningar samt i samband med loggning. Uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatser kan också vara en anledning.

Omsorgspersonal

Får ta del av de uppgifter som behövs för att kunna planera och utföra delegerade/ordinerade/instruerade hälso- och sjukvårdsåtgärder på ett korrekt och patientsäkert sätt. Det betyder att personalen behöver ha en vårdrelation till patienten.

Bilaga; checklista för hälso- och sjukvårdsdokumentation för omvårdnadspersonal

Hälso- och sjukvårdsassistent

Får ta del av de uppgifter som behövs för att kunna planera och utföra delegerade/ordinerade/instruerade hälso- och sjukvårdsåtgärder på ett korrekt och patientsäkert sätt. Denne har även möjlighet att i vissa fall dokumentera direkt i patientjournalen.

Legitimerad personal

Får ta del av hälso- och sjukvårdsjournalen i sin helhet, förutsatt att det finns en vårdrelation.

En tillfällig vårdrelation, exempelvis ett besök under beredskapstid eller inom annat område än eget ansvar är det tillåtet att i efterhand läsa i en patients journal för att följa upp om man gjorde rätt bedömning och vidtog rätt åtgärd.

Personal med godkänd utbildning till sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut som saknar legitimation (i väntan på eller indragen) får inte utöva yrket fullt ut och har inte full behörighet till patientjournal som legitimerad personal.

Studenter - sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut.

När studenter deltar i den faktiska patientvården gäller även patientdatalagen för dem. Det innebär att de får ta del av patientjournaler och även att föra anteckningar i dem när det behövs. Det krävs dock ett samtycke från patienten och att en handledare är ansvarig för studentens åtgärder. Studenten behöver ha en personlig inloggning för att kunna ta del av uppgifter som behövs för att utföra arbetsuppgifter i vården. Handledare är ansvarig för studentens bedömning och beslut. Dokumentationen ska dubbelsigneras av ansvarig handledare.

Ansvar för uppgifter i en patientjournal

Den som för patientjournal ansvarar själv för sina uppgifter i patientens journal.

Patientjournalens innehåll

En patientjournal får endast innehålla de uppgifter som behövs de ändamål som beskrivs i Patientdatalagens 2 kap. 4§;

1. Att fullgöra de skyldigheter att upprätta dokumentation vid vård av patienter
2. Administration som rör patienter och som syftar till att ge vård
3. Att upprätta annan dokumentation som följer av lag, förordning eller annan författning
4. Att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten
5. Administration, planering, uppföljning, utvärdering och tillsyn av verksamheten eller
6. Att framställa statistik om hälso- och sjukvården

Under dessa förutsättningar är det tillåtet att behandla personuppgifter oavsett om den enskilde motsätter sig detta.

Vårdgivaren är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som utförs.

Signering och hur fort ska någonting dokumenteras?

En journalanteckning ska signeras av den som ansvarar för uppgiften. Dokumentation ska ske i nära anslutning till vården. För kommunal hälso- och sjukvård innebär det inom de närmaste dygnen om anteckningen inte kan ske i direkt anslutning till händelsen.

Språket i patientjournalen

Journaler som upprättas ska vara skrivna på svenska språket och förkortningar och latinska ord bör undvikas. Det kan dock godtas om adekvat motsvarighet saknas i det svenska språket. Språket ska vara tydligt utformat och så lätt som möjligt att förstå för patienten. Patientens självbestämmande och integritet ska respekteras.

Om en patient anser att en uppgift i journalen är oriktig eller missvisande, ska detta antecknas i journalen.

Vid refererande samtal med anhöriga/ närstående ska namn och relation dokumenteras.

Vårdbegäran

I journalen ska det dokumenteras när, hur och från vem en vårdbegäran har tagits emot. Om vårdbegäran inte accepteras ska orsak eller motivering dokumenteras i journalen.

En patientjournal kan öppnas oavsett fysiskt möte inför exempelvis att patienten ska flytta in på en enhet.

Hembesök på uppdrag av annan vårdgivare

Patientjournal hos personer där legitimerad utför hembesök på uppdrag av annan vårdgivare (Region Norrbotten) ska avslutas när hembesök inte längre är aktuellt. Återrapportering till ansvarig vårdgivare ska ske enligt överenskommelse.

Vårdåtagande och starta en patientjournal

När en patientjournal startas ska patienten få information om att detta sker och att denne har rätt att ta del av sin journal.

En journal öppnas när en patient blir aktuell för kommunal hälso- och sjukvård och det ska ske så snart som möjligt.

Identitetskontroll

Inför upprättandet av en patientjournal ska patientens identitet kontrolleras. Om patienten inte har en godkänd identitetshandling bör närstående eller annan person som känner patienten verifiera identiteten. Det ska framgå i journalen på vilket sätt identiteten styrkts.

Det kan även vara aktuellt att kontrollera identiteten under pågående vårdtid om legitimerad personal inte känner patienten sedan tidigare, men det behöver då inte dokumenteras.

Samtyckesbeslut

För att undvika oklarheter gällande vad patienten samtycker till och inte, ska legitimerad personal alltid när en ny vårdrelation inleds efterfråga samtycken och dokumentera dessa. I journalen ska det framgå om patienten samtycker eller nekar till informationsöverföring och om det förekommer några former av delvisa begränsningar. Om detta finns ska det framgå tydligt vad patienten samtycker till och inte.

Exempelvis kanske patienten samtycker till att muntlig information om hälsotillstånd kan lämnas till vissa anhöriga men inte alla.

Följande samtyckesbeslut är obligatoriska, om det inte är uppenbart obehövligt, för legitimerad personal att efterfråga och dokumentera;

Samtycke/sekretess till informationsöverföring till/från anhöriga eller annan vårdgivare samt sammanhållen journalföring. Samtyckesblankett finns

Dokumenterade samtycken gäller tills annat framkommer. Om ett samtycke återkallas ska detta dokumenteras i journalen.

Avsluta ett vårdåtagande/ patientjournal

Ett vårdåtagande/patientjournal ska vara öppet så länge som patienten har behov av hälso- och sjukvård. När behovet av hälso- och sjukvård upphör, dokumenteras orsaken till avslutet, en sammanfattning av vården skrivs och vårdåtagandet avslutas. Vårdsammanfattning är inte aktuellt när journalen avslutas för att patienten avlidit.

Det kan vara relevant att ha ett vårdåtagande öppet för att följa en patients hälsotillstånd över tid om denne har återkommande hembesök eller kontinuerlig avlastning/korttidsplats.

Utredande och behandlande åtgärder samt bakgrund

I patientens journal ska det framgå vilka utredande och behandlande åtgärder som genomförts. Exempelvis; en kroppslig undersökning, utredning av psykiska funktioner, utredning av ett sår eller en ADL bedömning. Bedömning av vad som behöver utredas och bakgrunden till de utredande och behandlande åtgärder som har planerats och som har vidtagits ska dokumenteras.

Utredningen ska omfatta uppgifter om patientens kroppsfunction och kroppsstruktur, aktivitet och delaktighet samt omgivningsfaktorer som påverkar dennes hälsotillstånd. Det ska framgå om och vilka bedömnings- och skattningsinstrument som använts. Även aktivitets- eller funktionsnedsättningar ska framgå. ICF bedömningsfaktorer kan användas.

Alla delar ska ingå men kan variera beroende på individens förmåga till att ta ansvar för hela eller delar av sin hälso- och sjukvård.

Ordinationer och ordinationsorsak

Ordinationer är åtgärder beslutade av legitimerad personal och är avsedda att påverka patientens hälsotillstånd, med syfte att främja hälsa, förebygga ohälsa eller att lindra lidande.

Även orsaken till ordinationen, dvs hälsoproblem eller risktillstånd, ska dokumenteras i patientens journal. För att kunna mäta effekten av en ordination ska även ett mål för åtgärden anges och dokumenteras. De flesta ordinationer kan dokumenteras i form av en vårdplan.

En ordination ska innehålla uppgifter om;

- Vad – vald åtgärd
- Hur – åtgärden ska utföras
- När – samt hur ofta åtgärden ska utföras
- Vem – vilken kompetens som krävs för att utföra åtgärden

Utförd ordination ska dokumenteras i journal eller signeras på signeringslista

Legitimerad personal ansvarar för att fortlöpande följa upp ordinerade åtgärder samt att dokumentera detta. I de vårdplaner där arbetsuppgifter är fördelade till omvårdnadspersonal kan även de dokumentera uppföljningar.

Resultat av utredande och behandlande åtgärder

Resultaten av utredande och behandlande åtgärder ska också dokumenteras i patientjournalen. Vid uppföljning ska målet och utförda ordinationer följas upp för att se om de haft avsedd effekt eller inte. Vid behov ska vårdplan med mål avslutas eller förändras.

Aktuella vårdkontakter

Det ska framkomma i journalen om patienten har en pågående vård hos annan vårdgivare. Exempelvis om det finns specialistkompetens inkopplad hos patienten.

Det är även bra om det framgår vilken legitimerad person inom den kommunala hälso- och sjukvården som är den fasta vårdkontakten.

Fast omsorgskontakt?

Telefonsamtal/samtal/rådgivning

Alla samtal och meddelande från patienten, omvårdnadspersonal eller annan legitimerad personal som gäller en inskriven patients vård och behandling ska dokumenteras i journalen.

Det ska framkomma vad som har hänt eller vilka problem aktuell patient har, vilka råd och eventuella ordinationer som legitimerad ger samt vem som information har lämnats/hämtats ifrån.

Komplikationer av vård och behandling/ vårdskada

När en skada eller risk för skada har inträffat ska detta dokumenteras i patientens journal. Det ska även framgå i dokumentationen om skadan medfört konsekvenser för patienten samt vilka individuella åtgärder som vidtagits för den specifika patienten.

Händelser/skador i vården ska också rapporteras och registreras i avvikelssystemet för vidare utredning. Se särskilt riktlinjer för avvikelshantering.

Överkänslighet och andra uppmärksamhetsvarningar

Överkänslighet mot läkemedel eller andra ämnen ska dokumenteras under sökordet överkänslighet. Även källan för informationen ska anges.

Det är även viktigt att dokumentera att patienten är tillfrågad och om känd överkänslighet saknas.

Även andra typer av uppmärksamhetsvarningar ska finnas dokumenterade på ett tydligt sätt i journalen. Exempelvis blodsmitta, pacemaker, 0 HLR m.m.

Vårdrelaterade infektioner

Uppgifter om infektioner som uppstått under vårdtiden ska dokumenteras.

Medicintekniska produkter

Uppgifter om medicintekniska produkter som har förskrivits till patienter ska dokumenteras i patientens journal. Se särskilt riktlinjer och ansvarsfördelning när det gäller medicintekniska produkter.

Patientens önskemål vad avser vård och behandling

Det ska tydligt framgå i dokumentationen vad patienten uttrycker, önskar och vilka val patienten föredrar om behandling/åtgärd. Det innebär även uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling. Se även riktlinjer/skyldigheter för legitimerad att göra patienten delaktig.

Planering av vården

Det ska finnas uppgifter i journalen om vilka olika typer av planeringar och samordning kring patientens vård som genomförts tillsammans med patienten samt vad man kommit från till.

Sammanfattning av vården/ epikris

När ett vårdåtagande/patientjournal avslutas (patienten flyttar, korttidsvård avslutas, skrivs ut från hemsjukvården m.m.) ska en sammanfattning av vården skrivas. Den ska innehålla orsak till avslut, patientens upplevelse av vårdtiden, vilka åtgärden som genomförts samt vilka resultat som uppnåtts under vårdtiden.

Vid överföring till annan vårdgivare/vårdsnivå ska en professionell rekommendation om eventuella framtida behov av hälso- och sjukvård framgå.

Sammanfatta daganteckningar

All legitimerad personal har möjlighet att från omvårdnadspersonalens daganteckningar hämta uppgifter som är relevanta för patientens vård och behandling och sammanfatta dessa i patientjournalen. Se lathund för Treserva

Särskilt viktig information måste vara lättillgänglig

Fullständig anamnes, aktuell läkemedelslista, uppgifter om patienten bär på någon vårdhygienisk smitta, uppgift om överkänslighet samt annan varningsinformation ska finnas lätt tillgängligt för den som deltar i vården av patienten.

Skyddade personuppgifter

Det ska finnas möjlighet att föra patientjournal även när en patient har skyddade personuppgifter. Det finns direktiv hur detta görs i verksamhetssystemet.

Om det är personal som har skyddade personuppgifter finns rutiner för detta i personalhandboken.

Hantering av journalhandlingar

Uppgifter i en patientjournal får inte tas bort eller göras oläsliga. Uppgifter i en patientjournal ska förvaras på ett sätt så att de är läsbara fram till dess att de gallras.

Åtgärder till skydd mot obehörig åtkomst

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att;

- Personliga lösenord och hjälpmedel för autentisering (ex.vis SITHS kort) inte kan bli tillgängliga för annan
- Datorer och andra enheter som används för att hantera uppgifter om patienter inte lämnas utan att uppgifterna är skyddade mot obehörig åtkomst

Detta gäller alla som genom arbete eller på annat sätt inom verksamheten har åtkomst till patientjournaler.

Rättelse i journal

Vid rättelse av en felaktighet ska det anges när rättelsen gjorts och vem som har gjort den. Den felaktiga anteckningen ska kunna läsas.

Spärrade uppgifter

Det ska framgå av dokumentationen om det finns spärrade uppgifter om en patient. Det är särskilt viktigt när det är en annan vårdgivare som ska ta del av informationen i patientjournalen.

Intyg

Den som är skyldig att föra patientjournal ska på begäran av patienten utfärda intyg om vården. Det finns särskilda regler och riktlinjer för detta.

Skannade dokument och bilder

Är det säkerställt att dokument och bilder kan hanteras säkert i journalen och det finns rutiner för detta får skanning av dokument och bilder göras. De dokument som ska sparas i journalen är de som är av värde för att kunna följa vården kring en patient.

Signeringslistor

Signeringslistor är en journalhandling och ska sparas enligt samma regler som patientjournalen. Dessa finns också med i dokumenthanteringsplanen. Om e-arkiv är godkänt kan dessa sparas digitalt annars ska de skrivas ut och följa med övriga dokument vid arkivering.

Utlämnande av journalhandlingar

Patienten har som regel rätt att ta del av sin journal. En patient som begär ut sin journal ska erbjudas möjlighet att läsa journalen tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonalen. Närstående har inte per automatik rätt att ta del av patientens journal.

I riktlinjer för informationssäkerhet inom vård och omsorg finns beskrivet vad som gäller vid utlämnande av journalhandlingar.

Bevara/ arkivera patientjournal

Uppgifter i en patientjournal ska förvaras på ett sätt så de är läsbara fram till dess att de gallras. Journalhandlingar ska bevaras minst 10 år efter att den sista anteckningen fördes in. Det framgår i dokumenthanteringsplanen hur och när gallring av patientjournaler ska göras. Se särskilt de riktlinjer som finns för arkivering och bevarande av patientjournaler och dokumenthanteringsplanen för kommunal hälso- och sjukvård. Generellt gäller att alla journalhandlingar för personer födda dag 5, 15 eller 25 ska bevaras för alltid.

Det finns också en checklista för vilka dokument som ska föras till slutarkivet.

Kvalitetsregister

I patientdatalagen finns regler om hur patientuppgifter får hanteras i kvalitetsregister.

Personuppgifter får inte behandlas i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister, om en patient motsätter sig det. En patient ska få information om att när som helst få uppgifter om sig själv utplånade ur registret.

Granskning av dokumentation

Minst vartannat år ska en journalgranskning genomföras. Den kan med fördel utföras tillsammans med legitimerad personal i form av kollegial granskning.

Ansvarig för att detta utförs är MAS/verksamhetschef och enhetschef för den kommunala hälso- och sjukvården. Resultatet av granskningen redovisas i Patientsäkerhetsberättelsen samt i personalgruppen.

Egenkontroll i verksamheten

När det gäller den egenkontroll som kan utföras av enhetschef i samverkan med legitimerad personal eller av MAS finns ett särskilt dokument som handlar om patientjournaler och tillgång till personuppgifter.

Loggkontroll

Systematisk kontroll av loggar ska göras enligt direktiv om loggkontroller. När det gäller NPÖ finns specifika rutiner för hur detta ska ske. Stickprovskontroller ska sparas i 10 år.

Journalgranskning

Det finns riktlinjer och underlag för journalgranskning som ska användas.

Verksamhetsnära rutiner att upprätta

För att underlätta det dagliga arbetet med patientjournaler och dokumentation av hälso- och sjukvårdsuppgifter kan det finnas behov av verksamhetsnära rutiner