



Dokumentation

Riktlinje inom hälso- och sjukvård, Socialnämnden Gnesta kommun

Beslutsinstans	Socialnämnden
Beslutad	2021-10-27
Senast reviderad	Välj datum
Giltig till	Tills vidare
Dokumentansvarig	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Diarienummer	SN.2021.62

Innehållsförteckning

Dokumentation i patientjournal och informationsöverföring	3
Författningar	3
Allmänt.....	3
Ansvar.....	6
Hantering av patientjournalen	7
För socialförvaltningen gäller.....	8
Informationsöverföring	9
Nationell patientöversikt NPÖ	10

Dokumentation i patientjournal och informationsöverföring

Författningar

Patientdatalag (2008:355)

Arkivlagen (1990:782)

Patientlag (2014:821)

Patientdataförordningen (2008:360)

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

Offentlighets och sekretesslagen (2009:400)

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)

Dataskyddsförordningen (GDPR)

Se även

Handbok - Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen 2017

Socialförvaltningens dokumenthanteringsplan

Riktlinjer för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården i Sörmland, Trygg och effektiv samverkan

Allmänt

Patientjournal och journalhandling

Patientjournal ska föras i all hälso- och sjukvård enligt Patientdatalagen. Upprättande av patientjournal ska göras när den enskilde individen blir hembesöks/hemsjukvårdspatient eller vid inflyttning till vård- och omsorgsboende, då behov finns av hälso- och sjukvårdsinsatser. Ansvaret för att upprätta journal har patientansvarig sjuksköterska. Upprättande av journal kan också göras av annan legitimerad personal då behov föreligger.

Patientjournal ska upprättas i ett elektroniskt säkert verksamhetssystem som är kvalitetssäkrat utifrån hälso- och sjukvårdslagstiftning. Socialförvaltningens verksamhetssystem heter Treseva.

Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten.

En patientjournal är även en informationskälla

- för patienten
- för uppföljning och utveckling av verksamheten
- tillsyn och rättsliga krav
- uppgiftsskyldighet enligt lag samt
- forskning.

Med journalhandling avses alla de handlingar och anteckningar som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd och andra personliga förhållanden samt de åtgärder som genomförs eller planeras att utföras. I begreppet journalhandling ingår framställningar i skrift, bild eller upptagning som kan avlyssnas eller på annat sätt uppfattas med tekniskt hjälpmedel.

Patientjournalens innehåll

En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten och vara entydiga. För att försäkra sig om att uppgifterna är entydiga bör följande användas, när de är tillämpliga:

- Socialstyrelsens termbank
- Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem (ICD-10-SE)
- Klassifikation av vårdåtgärder
- Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)

Patientjournalen ska innehålla

- en entydig identifikation av den berörda patienten
- patientens kontaktuppgifter
- uppgifter om namn och befattning på den personal som ansvarar för en viss journaluppgift
- tidpunkten för varje vårdkontakt som patienten har haft eller som planeras
- aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
- utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa
- ordinationer och ordinationsorsak
- resultat av utredande och behandlande åtgärder
- slutanteckningar och sammanfattningar av genomförd vård
- överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen
- komplikationer av vård och behandling
- vårdrelaterade infektioner
- samtycken och återkallade samtycken

- patientens önskemål om vård och behandling
- de medicintekniska produkter som har 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
- information om eventuell genomförd SIP.

I Patientjournalen ska en markering finnas som ger en varning om att en patient har visat intolerans eller har en överkänslighet som innebär en allvarlig risk för hans eller hennes liv eller hälsa. Markeringen ska göras på ett sådant sätt att den är lätt att uppmärksamma.

Det ska vara möjligt att föra patientjournal även om

- en patients identitet inte kan fastställas
- en patient saknar svenska personnummer
- en patient har skyddade personuppgifter.

Rutin för hantering ska finnas.

Patientjournalens struktur

De uppgifter som finns dokumenterade i en patientjournal ska finnas tillgängliga på ett överskådligt sätt för den hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig att ta del av uppgifterna. De delar av en patients journal som hör till samma vårdprocess bör hållas samman.

Integritet och samtycke

Varje uppgift i en journalhandling som upprättas ska utformas så att patientens integritet respekteras. Om en patient anser att en uppgift i patientjournalen är oriktig eller missvisande, ska det antecknas i journalen.

Hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens samtycke om inte annat följer av lag. Innan samtycke inhämtas ska patienten få information som gör det möjligt för patienten att fatta beslut i den aktuella frågan. Patienten kan, om inte annat särskilt följer av lag, lämna sitt samtycke skriftligen, muntligen eller genom att på annat sätt visa att han eller hon samtycker till den aktuella åtgärden.

Patienten får när som helst ta tillbaka sitt samtycke.

Om en patient avstår från viss vård eller behandling, ska han eller hon få information om vilka konsekvenser detta kan medföra.

Hälso- och sjukvårdsenheten ska ha rutin för hur samtycke inhämtas och dokumenteras.

Sekretess och tystnadsplikt

För offentliga utförare gäller:

- I Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) finns bl.a. bestämmelser som inskränker rätten att ta del av eller lämna ut handlingar till skydd för den enskildes integritet.

För privata utförare gäller:

- De privata utförarna omfattas av Patientsäkerhetslagen (2010: 659, 6 kap 12§) när det gäller tystnadsplikt.

Ansvar

Skyldighet att föra patientjournal

Vid vård av patient inom hälso- och sjukvården ska patientjournal föras. Patientjournal ska föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter.

Skyldig att föra en patientjournal är

- den som har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke
- den som utan legitimation för yrket, utför sådana arbetsuppgifter som biträde åt legitimerad yrkesutövare.

Den som för patientjournal ansvarar för sina uppgifter i journalen.

För att en studerande ska få behörighet till och kunna ta del av uppgifter om en patient i patientjournalssystemet krävs det att studenten är inblandad i vården och behandlingen av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för att fullgöra sitt arbete inom hälso- och sjukvården. Normalt förutsätter det såväl att patienten har gett sitt samtycke samt att studentens åtgärder sker under en handledares uppsikt och ledning. Om det inte är så ska man inte kunna ta del av patientjournalerna.

Styrning och kontroll av åtkomst av patientuppgifter

Förvaltningen ansvarar för att

- tilldela behörigheter till verksamhetssystemet,
- att begränsa behörigheterna till vad som behövs för att den enskilde medarbetaren ska kunna fullgöra sina uppgifter inom hälso- och sjukvården
- systematiskt och återkommande kontrollera att otillbörligt intrång inte har förekommit
- säkerställa att medicinsk information om vårdtagare i den kommunala hälso- och sjukvården finns tillgänglig efter läkarbesök
- dessutom säkerställa att ingen obehörig får tillgång till journaluppgifter (digitalt och i pappersformat).

Förvaltningen ansvarar för att det inom ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns rutiner och instruktioner för journalföring och för hur alla åtgärder som rör en viss patient ska kunna identifieras och spåras i dokumentationen.

Hälso- och sjukvårdsenheten ansvarar för uppföljning av att yrkesgrupperna sjuksköterskor, sjukgymnaster, fysioterapeuter och arbetsterapeuter uppfyller sina skyldigheter att föra och hantera patientjournaler genom egenkontroller. För att följa upp denna skyldighet har verksamhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten samt enhetschef för hälso- och sjukvården rätt att gå in i hälso- och sjukvårdsjournaler.

Förvaltningen ska ha rutin för hur behörighet till det digitala verksamhetssystemet ska hanteras. Den anställdes chef ansvarar för att rätt behörighet tilldelas.

Ansvar för informationssäkerhet

Förvaltningen ansvarar för att det finns en informationssäkerhetspolicy som ska säkerställa att patientuppgifter i vårdgivarens dokumentation är tillgänglig och är riktiga för dem som är behöriga samt att obehöriga inte ska kunna komma åt patientuppgifter.

Vidare ska förvaltningen fortlöpande bedöma om det finns risker att kraven på säkerhet inte uppfylls. Riskanalyserna ska dokumenteras. Förvaltningen ska tillse att det finns personer som leder och samordnar informationssäkerhetsarbetet. Arbetet ska årligen redovisas vårdgivaren.

Hantering av patientjournalen

Språket

De journalhandlingar som upprättas inom hälso- och sjukvård ska vara skrivna på svenska språket, vara tydligt utformade och så långt som möjligt förstående för patienten.

Skydd av journalanteckningar

En journalanteckning kan inte ändras eller utplånas annat än med stöd av patientdatalagen. Rättningar i dokumentationen kan göras, men inte tas bort. Rättningar ska vara synliga.

Signering av anteckning ska ske i nära anslutning till att anteckning har skrivits.

Utlämnande av journalhandling

En journalhandling inom kommunal hälso- och sjukvård ska på begäran från den enskilde individen så snart som möjligt tillhandahållas denne för läsning eller avskrivning på stället eller i avskrift eller som kopia.

Vid utlämnande till närstående ska om möjligt samtycke inhämtas.

Skyndsamhetskravet, d v s så snart som möjligt, gäller.

Förvaltningen tar ut en kostnad för kopiering, se Gnesta kommuns handling, Avgifter för kopior och avskrifter av allmänna handlingar

Avtalsparter: (gnesta.se)

Menprovning

Menprovning kallas det när man prövar om personuppgifter kan röjas utan att det är till men för den som uppgifterna rör eller dennes närstående. Huvudregeln är att en menprovning ska göras innan uppgifter om en patient får lämnas ut. Undantag från denna regel finns om uppgiftsskyldighet föreligger enligt lag eller informationsöverföring får ske på grund av särskild bestämmelse i offentlighets- och sekretesslagen. Provningen bör göras av någon som har god överblick över den totala situationen.

Det är vanligtvis den för vården ansvarige sjuksköterskan som ansvarar för att menprovning har gjorts innan sekretessbelagda uppgifter lämnas ut. Om utskriften enbart rör arbetsterapeut eller fysioterapeut är det den/dessa som utför menprovningen

Om en journalhandling, en avskrift eller en kopia av handlingarna har lämnats ut till någon ska detta antecknas i journalen, vem som fått handlingen och när detta skett.

Anser den ansvarige att journalhandlingen eller någon del av den inte bör lämnas ut, ska hon eller han genast med ett eget yttrande överlämna frågan till verksamhetschefen för beslutsfattande om att inte lämna ut handlingar.

För socialförvaltningen gäller

Rutiner för journalföring

Patientansvarig sjuksköterska har ett övergripande ansvar för att patientjournalen är fullständig med obligatoriska uppgifter enligt ovan och att datumanteckningar och signering på journalanteckningar görs.

Varje rehabiliteringsansvarig arbetsterapeut, sjukgymnast och fysioterapeut har samma ansvar, som sjuksköterska ovan, för rehabiliteringsplanens fullständighet i journalen.

Verksamheten ska ha rutin för dokumentation av patientuppgifter som säkerställer att uppgifterna så långt som möjligt dokumenteras med hjälp av nationella begrepp och termer, klassifikationer och ev. övriga kodverk.

Dokumentationen ska också säkerställa att patientjournalen utgör ett underlag för uppföljning av vårdens resultat och kvalitet.

Bevarande och gallring

Förvaltningens dokumenthanteringsplan reglerar hur journalhandlingar ska förvaras, arkiveras och gallras.

Journalhandlingar i pappersformat ska på enhetsnivå förvaras inlåst i journalskåp/vagn avsett för den typ av dokumentation. Journalvagnen/skåpet ska förvaras i ett rum som är låst om det är obevakat.

Hälsa- och sjukvårdsenheten ska ha rutin på hur digital journal samt journal i pappersformat ska arkiveras samt att journal avslutas i verksamhetssystemet vid dödsfall.

Reservrutin

Förvaltningen ansvarar för att det finns en reservrutin, om verksamhetssystemet går ner (ur funktion).

När den enskilde flyttar eller vid byte av utförare

När en enskild person byter vårdboende inom vårdgivarens ansvarsområde, ska, efter personens samtycke, upprättad journal följas med/föras över till det nya boendet.

Vid byte av utförare för verksamheten (tex från offentlig till privat utförare) ska upprättad journal avslutas och ny journal upprättas på den nya enheten. Kopia på journal kan, efter samtycke, utlämnas till den nya utföraren.

Granskning av dokumentation

I uppdraget för hälso- och sjukvården ingår att årligen genomföra journalgranskning. Detta ska göras bland annat genom kollegial granskning och granskning av MAS. Resultatet av granskningen ska redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.

Informationsöverföring

Överföring av sekretessbelagda uppgifter

När sekretessbelagd information ska meddelas vidare måste man försäkra sig om att det sker på ett sekretessmässigt riktigt sätt så att inte obehöriga kan ta del av informationen

Informationsöverföring till och från annan huvudman (tex från Regionen)

Samverkansriktlinjer mellan kommunerna och region Sörmland gällande in- och utskrivning av patienter från slutenvården ska följas.

Överrapportering av patientinformation mellan huvudmännen ska ske strukturerat genom IT-stöd, i dagsläget Prator. En digital överrapportering kan kompletteras med direktkontakt via telefon.

Nationell patientöversikt NPÖ

Förvaltningen är ansluten till Nationell patientöversikt, där legitimerad personal kan, efter samtycke från patient och om vårdåtagande föreligger, dela med sig av journalanteckningar som finns i kommunens journalsystem och också ta del av dokumentation från andra huvudmän, företrädesvis region Sörmland.