

UPPDATERAD
Augusti 2023



KARLSTADS KOMMUN

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSDOKUMENTATION

RIKTLINJE FÖR HÄLSO- OCH
SJUKVÅRDSDOKUMENTATION



Typ av styrdokument	
Omfattar (vem styrdokumentet gäller för)	Vård- och omsorgsförvaltningen
Styrdokumentets giltighet	2023-08-01- 2024-08-01
Revidering	Årligen
Dokumentansvarig	MAS och MAR



ANVISNING

Regler inriktade på metod och tillvägagångssätt. Fokuserar på utförande av en viss åtgärd, sätter gränser och förbjuder vissa beteenden.



HANDLINGSPLAN

Visar konkret hur ett visst uppdrag ska genomföras och följas upp genom att specificera åtgärder, tidplan och ansvar.



PLAN

Utgår från politisk styrning och beskriver vad kommunen vill uppnå inom ett visst område. En plan är planerande och framtidsytande, här beskrivs önskad förändring och utveckling i form av insatser, men utan att specificera utförande eller metod. Kan innehålla mål.



POLICY

Uttrycker ett övergripande förhållningssätt i form av principer och inriktningar. Kortfattad styrning för bedömning och agerande i olika frågor. Nära kopplad till normer och värderingar.



RIKTLINJE

Vägledning som anger ramarna för handlingsutrymme i en viss fråga. Syftar till att skapa en gemensam norm för ett önskat beteende: som en slags handbok.



VERKSAMHETSPLAN

Visar konkret hur verksamheten ska fullgöra sitt uppdrag och uppfylla målen under ett visst år utifrån givna budgetramar. Kan innehålla mål.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND4

Regelverk 4

SYFTE4

MÅL4

METOD.....4

Information till patienten 4

Identitetskontroll 5

Behörighet/ åtkomst/ avtryck..... 5

Patientjournalens innehåll..... 5

Språket i patientjournaler 6

Förvaring..... 6

Pappersjournal..... 6

Fotohantering 6

Tillfälliga personnummer och skyddade personuppgifter 6

Utskrift 7

Utlämnande av patientjournal 7

Avslut av journal 7

Journalförstörning 7

Kontroll av elektronisk åtkomst..... 7

Granskning av dokumentation 8

Dataavbrott..... 8

BAKGRUND

Vid vård av patienter ska det föras patientjournal. En patientjournal ska föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter. Skyldighet att föra patientjournal har den som har en legitimation eller ett särskilt förordnade att utöva ett visst yrke. Den som för patientjournal ansvarar för sina uppgifter i journalen. Rätt att ta del av innehållet i en patientjournal har enbart den som deltar i vården av patienten eller den som för ändamål som regleras i patientdatalagen (SOSFS 2008:14) behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården. Inre sekretess gäller för både elektroniskt och manuellt behandlade personuppgifter samt för uppgifter om avlidna personer.

Vårdgivare ska säkerställa att det finns rutiner för hur patientuppgifter ska dokumenteras i patientjournal. Rutinerna för dokumentation av patientuppgifter ska säkerställa att uppgifterna så långt som möjligt dokumenteras med hjälp av nationellt fastställda begrepp och termer, klassifikationer och övriga kodverk. Dokumentation av patientuppgifter ska även säkerställa att patientjournalen kan utgöra ett underlag för uppföljning av vårdens resultat och kvalitet.

Regelverk

- Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30)
- Patientdatalagen (2008:355)
- Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40)
- Handbok till informationsöverföring och journalföring (SOSFS 2008:14)
- Arkivlagen (1990:782)
- Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)

SYFTE

Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Patientjournalen är även en informationskälla för patienten och används för uppföljning och utveckling av verksamheten, för tillsyn och rättsliga krav, uppgiftsskyldighet enligt lag samt forskning.

MÅL

Patientjournalen ska innehålla de uppgifter som behövs för god och säker vård av patienten.

METOD

Information till patienten

Vid upprättandet av patientjournal ska patienten informeras om att dennes personuppgifter blir upptagna i register för databehandling. Patienten ska informeras om sin rätt att ta del

av sina egna uppgifter, om att hen kan begära rättelse av felaktiga uppgifter samt sin rätt att spärra uppgifter i journal.

Identitetskontroll

Inför upprättande av 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 identitet styrkts.

Behörighet/ åtkomst/ avtryck

För att kunna läsa och/eller skriva i patientjournalen krävs behörighet till verksamhetssystemet. Behörigheten är personlig och får inte överlåtas till någon annan. Personal med behörighet får inte ta del av journalhandling gällande en patient som man inte har en vårdrelation med. Legitimerad personal har i nära anslutning till den avslutade vårdrelationen rätt att följa upp effekten av sina åtgärder eller ordination/ behandling.

Detta kan ske genom att man tillfälligt haft en vårdrelation exempelvis att man har besökt en patient under helgtjänstgöring eller arbetat i ett annat geografiskt område, då är det tillåtet att i efterhand (i närtid) läsa i en patients journal i ett lärande syfte. För att följa upp om man gjorde rätt bedömning och vidtog rätt åtgärd.

Varje gång någon tar del av information i en digital patientjournal registreras det och loggas. Om man bara läser ur en patientjournal och inte har en pågående vårdrelation ska man alltid dokumentera ett avtryck/ förklaring som beskriver anledningen till att man tagit del av patientjournalens innehåll.

Patientjournalens innehåll

- Patientens identitet och kontaktuppgifter
- Uppgifter om namn och befattning på den som svarar för en viss journaluppgift
- Tidpunkt för varje vårdkontakt som patienten har haft eller som planeras
- Aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
- Utredande och behandlande åtgärder samt bakgrund 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 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
- Vårdplanering

- En markering som ger en varning om att en patient har visat intolerans eller har en överkänslighet som innebär en allvarlig risk för patientens liv eller hälsa. Markeringen ska vara lätt att uppmärksamma

Vårdgivaren ska säkerställa att de uppgifter som finns dokumenterade i en patientjournal finns tillgängliga på ett överskådligt sätt för den hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig att ta del av uppgifterna. Vårdgivaren ska säkerställa att uppgifterna i en patientjournal är entydiga genom att tillämpa följande publikationer:

- Klassifikationer av vårdåtgärder (KVÅ)
- Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)

Språket i patientjournaler

Dokumentationen ska vara tydlig och utföras med respekt för den enskilde och dennes integritet. Journalen ska vara skriven på lättbegriplig svenska så att såväl patienten som berörd personal förstår informationen. Enligt HSLF-FS 2016:40 får även viss dokumentation i patientjournalen föras på lättbegriplig danska eller norska med undantag för väsentliga ställningstagande som gäller vård och behandling, förhållningsregler enligt smittskyddslagen samt epikriser.

Förvaring

Journalhandlingar ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem. All personal ansvarar för att personliga lösenord och hjälpmedel för autentisering inte kan bli tillgängliga för obehöriga samt att informationsbärare som har använts inte lämnas utan att patientuppgifterna är skyddade.

Pappersjournal

I patientjournalen ingår även upprättade och tillförda handlingar i pappersform ex. signeringslistor, läkemedelslistor och epikriser. Patientens pappersjournal ska förvaras i ett låsbart och brandsäkert dokumentationsskåp. En journalhandling ska bevaras minst tio år efter det att den sista uppgiften fördes in i journalen. Signeringslistor ska sparas i tio år enligt Gallringsråd nr 6 från SKR.

Fotohantering

Ett foto räknas som journalhandling och ska om det används alltid infogas i journal. Särskilt samtycke för fotografering behövs inte då det är den legitimerades bedömning som avgör om dokumentation med hjälp av foto behövs. Om foto tas för patientdokumentation ska en särskild kamera med tillhörande minneskort användas till ändamålet och minneskortet ska förvaras inlåst som en journalhandling. Det är inte tillåtet att använda kamera i mobiltelefon pga. risk för felaktig spridning av personuppgifter.

Tillfälliga personnummer och skyddade personuppgifter

Det ska finnas möjlighet att föra patientjournal även när en patients identitet inte kan fastställas, en patient saknar svenskt personnummer, eller en patient har skyddade personuppgifter.

Det finns olika nivåer av skyddade personuppgifter, sekretessmarkering, kvarskrivning och fingerade uppgifter. Det är patientens ansvar att informera om skyddade personuppgifter, samt att förmedla hur man önskar bli kontaktad.

Utskrift

Information som berörd personal behöver för att kunna utföra hälso- och sjukvårdsinsatser ska skrivas ut av legitimerad personal. Utskrifterna ska förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem. Inaktuella utskrifter ska strimlas.

Utlämnande av patientjournal

Om en patient begär att ta del av journalhandling ska denne få det så snart som möjligt efter att eventuellt sekretessbelagt innehåll prövats. Bedömning av och beslut om utlämnande av journalhandling görs av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) eller medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Privata vårdgivare med hälso- och sjukvårdsansvar gör en egen bedömning och beslutar om utlämnande av patientjournal.

Om ett samtycke från patienten finns kan en annan person än patienten begära ut en journalhandling. Om patienten är besluts oförmögen ska legitimerad personal göra en menprövning enligt Offentlighets- och sekretesslagen. Det är inte en självklarhet att en nära anhörig har rätt att få ut journalen. Begäran av uppgifter från en patientjournal från en annan vårdgivare, extern utförare eller myndighet kan lämnas ut av den legitimerade efter att ett samtycke har kontrollerats. Kravet på utlämnandet är att det finns en pågående vårdrelation/ ärende för aktuell patient. Andra förfrågningar hänvisas till MAS eller MAR. Begäran om utlämnande av journalhandling/ journaluppgift, avskrift eller kopia samt utlämnande av densamma ska antecknas i patientjournalen. I anteckningen ska det framgå vem som fått handlingen, när den utlämnats, i vilket syfte och vilken del av journalen som utlämnats.

Avslut av journal

När en patient avlider eller på annat sätt ska avslutas så ska pappersjournalen rensas och arkiveras enligt instruktion för arkivering av patientjournaler.

Journalförstörning

Det är endast Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som efter ansökan från patient får besluta om en journalhandling helt eller delvis får lov att förstöras. Patienten vänder sig till IVO för sin begäran.

Kontroll av elektronisk åtkomst

Vårdgivaren ska göra systematiska och återkommande kontroller av loggar för att upptäcka om någon obehörig tagit del av uppgifter. Lokal rutin ska upprättas av vårdgivaren.

Granskning av dokumentation

Vårdgivaren ska regelbundet journalgranska enligt gällande författning.

Dataavbrott

Lokal rutin ska upprättas av vårdgivaren.



KARLSTADS KOMMUN

Karlstads kommun, Klicka eller tryck här för att ange text., 651 84 Karlstad.
Tel: 054-540 00 00. E-post: karlstadskommun@karlstad.se. Webbplats: karlstad.se.