

Ansvarig Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	Upprättad av Lina Bengtsson (MAS) Osby Lotta Tyrberg (MAS) ÖG	Berörda verksamheter Hälsa och omsorg	Fastställt datum 2010-11-01
Dokumentnamn Rutin dokumentation i patientjournalen	Ledningssystem Enligt SOSFS 2011:9	Reviderad 2019-05-29, 2021-10-05, 2023-05-24, 2023-12-05, 2024-09-17	Diarienummer

1. PATIENTJOURNAL	3
2. DOKUMENTATIONENS SYFTE.....	3
3. DEFINITION AV JOURNALHANDLING	3
4. SKYLDIGHET ATT FÖRA PATIENTJOURNAL.....	4
4.1 PERSONAL SOM UTFÖR EN HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSINSATS.....	4
5. SAMTLIG PERSONAL MED IT-BEHÖRIGHET	5
6. DOKUMENTATION I PAPPERSJOURNAL.....	5
7. UPPRÄTTANDE AV PATIENTJOURNAL	5
7.1 ÖVERKÄNSLIGHET SAMT SMITTSAM SJUKDOM.....	6
8. SPRÅKET I PATIENTJOURNALEN	6
8.1 TOLK	7
9. TILLGÄNGLIGHET.....	7
10. SIGNERING.....	7
10.1 SIGNATURFÖRTYDLIGANDE.....	7
11. RÄTTELSE	7
12. SAMTYCKE	8
12.1 REGISTRERING I KVALITETSREGISTER	8
13. IDENTITETSKONTROLL.....	8
14. INFORMATIONSSKYLDIGHET.....	8
14.1 SKYDDAD IDENTITET	9
14.2 SPÄRRADE UPPGIFTER.....	9
15. BEHÖRIGHETER - RÄTT ATT TA DEL AV PERSONUPPGIFTER FÖR ANSTÄLLD	9
16. TELEFONFRÅGAN/RÅDGIVNING	10
17. KOMMUNIKATION OCH INFORMATIONSOVERFÖRING.....	10
17.1 DIGITAL PLANERING I VERKSAMHETSSYSTEMET	11
17.2 INFORMATIONSOVERFÖRING MELLAN KOLLEGOR.....	11
17.3 INFORMATIONSOVERFÖRING PATIENTER I SLUTENVÅRD	11
17.4 INFORMATIONSOVERFÖRING PATIENTER I ÖPPENVÅRD/PRIMÄRVÅRD	11
17.5 FAX OCH E-POST	11

18. FÖRVARING OCH ÅTKOMST AV JOURNAL	12
18.1 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS EXPEDITIONER.....	12
18.2 PATIENTER MED INSATSER FRÅN KOMMUNAL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD.....	13
19. DRIFTSTOPP	13
20. UTSKRIFT I PAPPER.....	13
20.1 UTSKRIFT FRÅN TRESERVA HÄLSOÄRENDE SOM UTFÖRS AV LEGITIMERAD PERSONAL.....	14
20.2 UTSKRIFTER FRÅN TRESERVA HÄLSOÄRENDE SOM UTFÖRS AV SOL/LSS PERSONAL.....	14
21. INFOGA DOKUMENT	14
22. SKANNING, FOTOGRAFIER OCH FILMAT MATERIAL	14
23. BYTE AV UTFÖRARE - AVSLUT AV JOURNAL.....	15
24. ARKIVERING OCH GALLRING AV JOURNAL	15
25. JOURNALFÖRSTÖRING	15
26. INTYG	15
27. KONTROLL AV LOGG, DATAINTRÅNG	15
28. JOURNALGRANSKNING OCH KVALITET	16
29. ANSVAR	16
29.1 VERKSAMHETSCHEF.....	16
29.2 MEDICINSKT ANSVARIG SJUKSKÖTERSKA.....	16
29.3 ENHETSCHEF	16
29.4 ANVÄNDARES ANSVAR	16
29.5 SYSTEMADMINISTRATÖR	17
30. GÄLLANDE FÖRESKRIFTER	17

1. Patientjournal

Patientjournal ska föras på personer som erhåller kommunal hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer, bostad med särskild service, till patienter i ordinärt boende, på daglig verksamhet samt på korttidsboende och växelvård.

2. Dokumentationens syfte

- Stöd för de personer som utför och ansvarar för vården
- Arbetsverktyg och underlag för bedömning av åtgärder
- Instrument för uppföljning och utvärdering
- Informationskälla till patient och anhörig
- Instrument för kvalitets- och patientsäkerhetsarbete
- Underlag för tillsyn och kontroll av vården
- Underlag för forskning

2.1 Information och delaktighet

Vården ska så långt det är möjligt utformas tillsammans med patienten. För att kunna vara delaktig behöver anpassad information om vård och behandling samt om eventuella risker ges. Till patienter som inte vill eller kan ha en aktiv roll i sin vård behöver personalen ta tillvara patientens perspektiv.

I hälsa och omsorg innebär detta att patienten i möjligaste mån involveras i vården, erbjuds att delta fysiskt vid teamträffar, läkarbesök, eller andra forum där en enskild individs vård diskuteras. Likaså ska patienten göras delaktig i upprättande av vårdplaner eller samordnade individuella planer (SIP). Kan inte patienten delta fysiskt ska patienten ges möjlighet att vara delaktig inför mötet samt informeras vad resultatet av mötet blev.

Patientens delaktighet ska framgå i dokumentationen. Med fördel kan *checklista kund/patients* delaktighet användas.

3. Definition av journalhandling

Som journalhandling räknas en framställning i skrift, en bild, en upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas med tekniska hjälpmedel, som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd, personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder.

4. Skyldighet att föra patientjournal

All legitimerad personal har en skyldighet att föra journal. Även personal som biträder legitimerad personal och som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter har en skyldighet att dokumentera iakttagelser av vikt som görs i samband med utförandet av arbetsuppgifterna.

4.1 Personal som utför en hälso- och sjukvårdsinsats

Personal som genom delegering, ordination eller instruktion utför arbetsuppgifter från legitimerad personal räknas som hälso- och sjukvårdspersonal under den tid som arbetsuppgiften utförs. Personalen har då skyldighet att dokumentera de iakttagelser av vikt som görs i samband med utförandet av arbetsuppgifterna i patientjournalen.

Dokumentationen kan bestå i att arbetsuppgiften signeras på en signeringslista upprättad av legitimerad personal och/eller att dokumentationen förs direkt i patientjournalen.

I nuvarande patientjournal Treserva Hälsoärende fördelas uppgifter i processer till vårdpersonal. I dessa processer dokumenterar vårdpersonalen händelser av vikt beroende på process tex smärta, sår, läkemedel.

Om en händelse av vikt inte har en specifik process upprättad, utförs dokumentationen i en allmän process, den så kallade kommunikationsprocessen.

Om tillgång till patientjournalen inte finns pga. driftstopp eller avsaknad av behörighet till verksamhetssystemet ska hälso- och sjukvårdsdokumentationen utföras på avsedd *blankett dokumentation HSL/HSL journal* som ska finnas i samtliga HSL-pärmar. Legitimerad personal ansvarar för att utrusta HSL-pärmarna med blanketten.

Förklarande exempel:

Roger har feber. Vårdpersonalen observerar detta och antecknar uppgiften i den sociala dokumentationen tillsammans med åtgärd att de kontaktat sjuksköterska. Här går ansvaret över till ansvarig sjuksköterska. Om sjuksköterskan därefter ger en instruktion (delegation/ordination) på en viss behandling och/eller observation blir följande anteckningarna som har med ärendet att göra en hälso- och sjukvårdsanteckning. Denna ska dokumenteras av vårdpersonalen i patientjournalen.

Även sjuksköterskan dokumenterar sina råd i patientjournalen. Detta räknas inte som dubbeldokumentation då en profession (SSK) ger ett råd och nästa profession (vårdpersonal) utför uppgiften.

Greta har ett träningsprogram som är fördelat i verksamhetssystemet av fysioterapeut till vårdpersonal. Utförd träning dokumenteras på en signeringslista. En dag vill inte Greta utföra sin träning. Vårdpersonalen som skulle utfört träningen sätter ett streck på signeringslistan och dokumenterar i patientjournalen att Greta ej velat utföra sin träning och varför träningen avböjts.

På teamet framgår efter riskbedömning att Lennart är undernärld. Tillsammans beslutas om olika åtgärder och dietist dokumenterar ordinationer och förebyggande åtgärder i patientjournalen samt fördelar dessa till vårdpersonalen. I ordinationen framgår vilka uppföljningar som vårdpersonalen ska utföra. Resultaten dokumenterar vårdpersonalen i patientjournalen så att dietisten kan följa upp om planen för att förhindra undernäring fungerar.

Sjuksköterska ber personalen ha extra tillsyn på Greta under helgen då hon har feber och är förkyld. Det finns ingen fördelad process i patientjournalen. Vårdpersonalen dokumenterar sina iakttagelser och uppföljningar av Greta i kommunikationsprocessen.

5. Samtlig personal med IT-behörighet

All personal med IT – behörighet ska dokumentera i verksamhetssystemet. Vårdpersonal som på något sätt biträder legitimerad personal ska ha behörighet till verksamhetssystemet.

För att upprätthålla hög patientsäkerhet krävs utbildning i verksamhetssystemet innan hälso- och sjukvårdspersonalen kan arbeta självständigt.

6. Dokumentation i pappersjournal

Pappersjournal används i undantagsfall, vid eventuellt driftsstopp samt av personal som tjänstgör vid enstaka tillfällen. Dokumentationen sker på avsedd blankett för HSL-dokumentation.

Anteckningar som förs med papper och penna ska vara tydliga så att texten ska kunna läsas och bevaras. Dokumentationen ska föras under samtliga rubriker på blanketten. Arkivbeständig penna ska användas.

7. Upprättande av patientjournal

Upprättande av journal görs av berörd personal vid första kontaktorsak, inflyttning i särskilt boende eller om handlingar upprättas eller inkommer som berör den enskilde. Information till journalen kan inhämtas från den enskilde själv, från anhörig, från inkomna handlingar samt av egen iakttagelse.

Patientjournalen ska innehålla uppgifter om:

- Patientens identitet och kontaktuppgifter
- Namn och befattning på den som svarar för journaluppgiften
- Uppgifter om samtycke och eventuella återkallande av samtycke
- Uppgifter om vårdhygienisk smitta

- Varning vid intolerans eller överkänslighet som innebär risk för liv eller hälsa
- Uppgifter om bakgrunden till vården som diagnoser och hälsohistoria
- Uppgifter om aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
- Uppgifter om ordinationer och olika behandlingar
- Uppgifter om förskrivningsorsak vid ordination av läkemedel
- Undersökningsresultat och uppföljningar
- Resultat av riskbedömningar
- Uppgifter om patientens egna önskemål gällande vård och behandling
- Uppgifter om patienten tackar nej till föreslagen vård och behandling samt eventuella konsekvenser patientens beslut kan få
- Komplikationer vid vård och behandling
- Rådgivning till patient, anhörig och/eller personal
- Kontakter med annan vårdgivare
- Epikris och andra sammanfattningar av genomförd vård
- De uppgifter som behövs för att tillgodose spårbarhet avseende de medicintekniska produkter som har förskrivits till, utlämnats till eller tillförts en patient
- Intyg, remisser eller annan för vården relevant inkommande och utgående information
- Uppgifter om vårdplanering/SIP
- Spärrade uppgifter

Dokumentationen ska vara tydlig och utföras med respekt för den enskilde.

7.1 Överkänslighet samt smittsam sjukdom

I verksamhetssystemet ska dokumentation av överkänslighet, "varning" samt smittsam sjukdom registreras under uppmärksamhetsinformation - uppmärksamhetsklass. Varningen ska på ett tydligt sätt beskriva vad intoleransen/ överkänsligheten avser, samt vem som skrivit in "varningen". Dokumentation under uppmärksamhetssymbol ska finnas utdragen i pappersform. Ett exemplar ska förvaras hos patienten i HSL-pärmen. Ett exemplar ska förvaras på legitimerad personals expedition.

Vid överflyttning till annan vårdgivare internt eller externt ska omvårdnadsepikris tydligt markeras med "VARNING". Omvårdnadsepikrisen ska i dessa fall alltid kompletteras med muntlig överrapportering av "varningen" samt smittsam sjukdom.

8. Språket i patientjournalen

Journalen ska enligt huvudregeln vara skriven på lättbegriplig svenska så att patienten och berörd personal förstår informationen. I särskilda fall kan språket i patientjournalen vara skriven på danska, norska eller engelska. Kravet som ställs är att väsentliga ställningstagande gällande vård och behandling, förhållningsregler gällande smittskyddslagen samt epikriser

ska finnas på svenska. Om dokumentation på annat språk än svenska är aktuellt ska medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) kontaktas för konsultation.

Dokumentation ska ske enligt ICF - klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Socialstyrelsens termbank och rekommenderade förkortningar enligt svenska akademins ordlista ska följas.

8.1 Tolk

För att patient som inte behärskar svenska språket eller som har en funktionsnedsättning som begränsar förmågan att se, höra eller tala, ska kunna ta vara på sin rätt vid kontakt med hälso- och sjukvården, kan en tolk bli aktuellt. Detta gäller även översättning av handlingar. Är patienten i behov av tolk ska detta framgå i patientjournalen. Det ska även framgå om det är en anhörigtolk eller professionell tolk som anlitas för uppgiften.

9. Tillgänglighet

Dokumentation i patientjournalen ska föras in så snart som möjligt. Uppgifter som har betydelse för vården inom det närmaste dygnet ska dokumenteras innan personalen avslutar sitt arbetspass.

10. Signering

En journalanteckning ska signeras för att styrka att uppgifterna som dokumenterats är riktiga. Innan signering ska uppgifterna kontrolläsas för att undvika fel. Signering ska ske i direkt anslutning till att anteckningen förs in i journalen. Efter signeringen kan anteckningen inte ändras.

10.1 Signaturförtydligande

I direkt anslutning till dokumentation i pappersjournal ska det finnas en lista där signatur finns sammankopplat med namn och befattning, s.k. signaturförtydligande. Listan ska fyllas i vid första tjänstgöringstillfälle. Vid avslut ska listan förvaras med övrig patientjournal.

11. Rättelse

Dokumenterade uppgifter i patientjournalen får inte tas bort eller göras oläsliga. Vid felaktig uppgift om patienten i dennes journal ska uppgiften rättas. I verksamhetssystemet görs detta genom funktionen ”Rätta anteckning”. I pappersjournal dras ett streck över de felaktiga uppgifterna. Efter rättelse dokumenteras en förklaring till rättelsen och de riktiga uppgifterna skrivs därefter in.

Felaktigt infogade dokument kan däremot tas bort. Detta sker efter godkännande av MAS.

När patienten anser att en uppgift är oriktig eller missvisande, ska anteckningen inte felmarkeras eller ändras. Patientens uppfattning ska däremot dokumenteras.

12. Samtycke

Samtycke ska inhämtas vid start av patientrelation och dokumenteras i patientjournalen. Samtycke ska inhämtas för:

- Information till närstående
- Informationsöverföring till annan vårdgivare
- Information i Nationell patientöversikt (NPÖ)
- Samtycker till Vård och behandling

Se separat rutin för samtycke i Hälso- och sjukvårdshandboken.

12.1 Registrering i kvalitetsregister

Till registrering i kvalitetsregister krävs inget samtycke. Patienten har rätt att få information om vad kvalitetsregister är och vilka register som används i verksamheten. Deltagandet är frivilligt och patienten har rätt att tacka nej.

Informationsblankett om kvalitetsregister lämnas till patient vid kontakt då registrering i register kan bli aktuellt.

13. Identitetskontroll

Den som upprättar en journalhandling ska alltid kontrollera patientens identitet. Om identiteten inte går att fastställa ska patientjournal upprättas på papper. När identiteten är fastställd förs uppgifterna in i verksamhetssystemet.

Identitetskontroll ska även utföras vid provtagning, undersökning och behandling samt vid användande av identitetsband. Är identiteten inte fastställd då identitetsband sätts på ska det på bandet framgå att identiteten är okänd.

Identitet ska styrkas med godkänd legitimationshandling om patienten inte är känd.

14. Informationsskyldighet

Vid upprättandet av en patientjournal ska patienten informeras om att dennes personuppgifter blir upptagna i ett register för databehandling (GDPR). Patienten ska informeras om sin rätt att ta del av sina egna uppgifter, att rättelse av felaktiga uppgifter kan begäras samt rätten att spärra uppgifter i journalen.

Hälso- och sjukvården är skyldig att anpassa information om vård och behandling som ges till patienten, muntligt och skriftligt, efter patientens förutsättningar och behov, och att försäkra sig om att personen har förstått informationen.

14.1 Skyddad identitet

Separat rutin finns i hälso- och sjukvårdshandboken

14.2 Spärrade uppgifter

Patienten har rätt att motsätta sig att uppgifter som dokumenteras i en journal hos en vårdenhet eller i en vårdprocess görs tillgängliga för någon annan som arbetar vid en annan vårdenhet eller inom en annan vårdprocess. I dessa fall ska uppgifterna genast spärras.

I verksamhetssystemet förekommer två typer av sekretesskydd:

- **Sekretessmarkering** – Aviseras från Skatteverket (SKV). Uppgiften underhålls fortlöpande via personuppdateringen från Befolkningsregistret.
- **Lokalt personskydd** – Registreras manuellt på den person som ska skyddas. Lokalt skydd gäller endast inom egna verksamhetssystemet.

En användare kan vara behörig till den ena eller båda typerna av sekretesskydd. Inom respektive skyddstyp kan behörigheten omfatta alla, några, eller en viss skyddad person. Skyddade personer visas i verksamhetssystemet med en hänglås-symbol. I stället för fullständigt personnummer visas sekelsiffra och de två första siffrorna i personnumret, följt av ****-**** **Skyddad**. En användare som saknar sekretessbehörighet kommer aldrig att se skyddade personer. Skyddade personer finns inte med i listor som visas, sökresultat, rapporter etc.

15. Behörigheter - rätt att ta del av personuppgifter för anställd

Person som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om personen deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården.

Exempel på deltagande i vården:

- Träffar patienten personligen
- Blir konsulterad av en kollega
- Deltar i till exempel teammöten då man har kompetenser som kan komma patienten till gagn
- Ger patienten sjukvårdsrådgivning per telefon
- Kommunicerar med patienten över internet

- Tar emot en remiss

Annat skäl kan exempelvis vara att:

- Utfärda intyg
- Följa upp resultatet av sina bedömningar och åtgärder
- Utvärdera vårdprocess
- Beräkna och sammanställa kostnader
- Framställa statistik om verksamheten
- Kontrollera om verksamheten bedrivs i enlighet med vårdgivarens rutiner
- I överensstämmelse med lag eller förordning lämna ut uppgifter

Studerande: Utbildningsverksamhet som sådan ingår inte i patientdatalagens tillämpningsområde. Därför får studerande inte läsa patientjournaler i utbildningssyfte utan patientens tillåtelse. När studenter deltar i den faktiska patientvården gäller patientdatalagen för deras arbete. Det innebär att vårdgivare kan låta studenter ta del av patientjournaler och även kunna föra anteckningar i dem när det behövs. Studenter kan bara delta i den faktiska patientvården om patienten samtycker och om en handledare har uppsikt över och leder studentens åtgärder. (prop. 2007/08:126 s. 51). Studenten behöver i så fall en egen personlig inloggning för att kunna ta del av de uppgifter som behövs för att utföra arbetsuppgifterna samt dokumentera arbetet.

Kommunövergripande rutin för offentlighet och sekretess finns.

16. Telefonförfrågan/rådgivning

Samtal som gäller vård och behandling ska alltid dokumenteras. Det samma gäller uppgifter som kan få betydelse för vården/behandlingen framöver. Dokumentation ska göras i patientjournalen i direkt anslutning till samtalet. Råd som ges till vårdnadspersonal ska dokumenteras både av legitimerad som ger rådet och vårdpersonal som tar emot rådet.

17. Kommunikation och informationsöverföring

Kommunikation och informationsöverföring handlar om information som delas mellan professioner via verksamhetssystem, olika dokument eller via samtal.

All överrapportering som sker via samtal ska följa en strukturerad informationsöverföring via SBAR. SBAR går att använda i dialog mellan personal, patienter och anhöriga. Arbetsättet ska introduceras vid nyanställning samt vid delegering av arbetsuppgifter till vårdpersonal.

SBAR står för:

Situation
Bakgrund
Aktuellt tillstånd
Rekommendation

17.1 Digital planering i verksamhetssystemet

Digital planering ska användas och ersätta kalendrar i pappersform.

Det finns inte utrymme för minnesanteckningar eller privata anteckningar annat än som minnesanteckningar för att genomföra dagens arbete. Dessa anteckningar ska sedan förstöras och ersätter inte dokumentationsskyldigheten. Dagböcker, svarta böcker, block eller liknande sammanställningar för överföring av information som rör enskilda patienter får inte förekomma.

17.2 Informationsöverföring mellan kollegor

Överrapportering mellan kollegor sker företrädesvis via läsning i verksamhetssystemet men kan kompletteras med kort strukturerad muntlig rapport enligt SBAR.

17.3 Informationsöverföring patienter i slutenvård

Till patienter som efter utskrivning från slutenvården behöver insatser från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård och regionfinansierad öppenvård/primärvård sker all informationsöverföring i det gemensamma verksamhetssystemet "Mina planer".

Se separat rutin i Hälso- och sjukvårdshandboken.

17.4 Informationsöverföring patienter i Öppenvård/primärvård

Informationsöverföring mellan kommunal hälso- och sjukvård och primärvård sker via telefonsamtal, remisser, journalkopior, ordinationshandlingar och samtal. Lämnas information om att utföra en vårdåtgärd till legitimerad personal muntligt via tredje part som anhörig eller vårdpersonal, ansvarar legitimerad personal för att informationen verifieras via skrift eller på annat sätt.

17.5 Fax och e-post

Som personuppgifter räknas personnummer, initialer, namn, adress eller andra uppgifter där det går att spåra vem personen är.

En handling som skickas via fax utgör normalt en kopia. Fax ska förvaras i låst utrymme alternativt ska en överenskommelse finnas med fysisk mottagare som bekräftar att handlingen kommit fram. Personuppgifter på handlingen som faxas ska avidentifieras och lämnas via telefon till mottagare av faxet. Förprogrammerade kortnummer ska användas.

Internt finns säker e-post vilket innebär att all information som skickas är krypterad. För att skicka personuppgifter till extern mottagare krävs att både avsändare och mottagare vet att epostsystemet uppfyller kraven för säker e-post. Sekretessuppgifter kring en patient skickas i första hand i meddelandefunktionen i verksamhetssystemet. E-post användas i undantagsfall vid driftsstopp i verksamhetssystemet.

17.6 Utbyte av sekretessklassad information

Utbyte av sekretessklassad information via videosamtal och mejl inom och utanför kommunen ska ske via säkra system. I Östra Göinge görs de via SEFOS, ett system som möjliggör informationsöverföring samtidigt som det ger stöd till följsamhet av GDPR och sekretesslagstiftningen.

18. Förvaring och åtkomst av journal

Varje journalhandling ska hanteras och förvaras i låsbart utrymme så att obehöriga inte kan få tillgång. De ska förvaras så att de inte förstörs av skadegörelse, brand, stöld eller vatten.

SoL/LSS och patientjournal ska utifrån lagrum hållas åtskilda.

För elektronisk journal gäller inloggningsregler med tvåfaktorsautentisering vilket innebär SITHS-kort och kod. Datorn får inte lämnas obevakad när journalsystemet finns tillgängligt. Datorn får inte vara placerad så att texten kan läsas av obehöriga. SITHS-kortet får inte lämnas kvar i datorn när den lämnas.

18.1 Hälso- och sjukvårdens expeditioner

Varje patientjournal ska förvaras i journalomslag märkt med namn och personnummer. Handlingarna ska åtskiljas genom plastfickor för:

- Patientjournal om sådan finns i pappersversion
- Bedömningsinstrument som inte finns i verksamhetssystemet
- Planer som inte finns i verksamhetssystemet
- Remiss/remissvar
- Läkemedelslista/ordinationshandling
- Signaturförtydligande
- Epikris
- Signeringslistor
- Övrigt

18.2 Patienter med insatser från kommunal hälso- och sjukvård

Undantaget från att låsa in pärm sker i vissa fall i ordinärt boende. Till patienter med insatser från kommunal hälso- och sjukvård ska det finnas en särskild HSL – pärm oavsett boendeform.

Pärmen upprättas av den legitimerad som startar insatsen hos patienten. Avsett register, innehållsförteckning och flikar som finns i hälso- och sjukvårdshandboken ska följas. Information som omvårdnadspersonalen behöver för att kunna utföra delegerade, ordinerade eller instruerade arbetsuppgifter skrivs ut och sätts i pärmen under aktuell flik.

Ansvarig för att dra ut uppdragen och sätta i aktuell pärm är utsedd person – Ec planerare, vårdpersonal som mottar den fördelade arbetsuppgiften.

Legitimerad personal med insatser hos patienten ansvarar för att endast aktuella papper förvaras i pärmen.

19. Driftstopp

Vid driftstopp ska patientens rätt till god och säker vård säkerställas.

Dokumentation vid driftstopp ska föras på avsedda journalblad som finns i hälso- och sjukvårds handboken. Bladen ska vara åtskilda för varje patient. Varje profession för sina journaler så länge driftstoppet varar.

Då systemet åter är i bruk görs omgående en sammanfattning som förs in i verksamhetssystemet tillsammans med anteckning om vilken period som dokumentationen är förd i pappersjournal. Ansvarar för detta gör respektive omvårdnadsansvarig/rehab ansvarig inom HSL om dessa är i tjänst. Finns inte ovanstående i tjänst snarast efter systemet åter är i bruk ansvarar tjänstgörande legitimerad för att händelser av vikt från pappersjournalerna förs in i datorn. Handskriven journalanteckning ska skannas in i journalen enligt gällande rutin för skannat material.

20. Utskrift i papper

För att journalföring ska vara säker vid eventuella driftstopp av elektronisk journal krävs att viss dokumentation alltid finns tillgänglig på papper. Person som upprättar eller som gör en ändring i nedanstående uppgifter ansvarar för att uppdatera i pappersversion och att gamla kasseras. Kopia på informationen ska finnas på hälso- och sjukvårdens expeditioner.

I den hälso- och sjukvårds pärm som finns hos patienten ska kopia på uppmärksamhetsymbol samt vårdplan på delegerade arbetsuppgifter finnas för vårdpersonal som inte kan ta del av elektronisk journal.

- Personuppgifter: Namn, personnummer, adress, telefonnummer
- Närstående: Namn, telefonnummer, kontakta i första hand, kontakta på natten
- Omvårdnad/områdesansvarig sjuksköterska/arbetsterapeut/fysioterapeut: Namn, telefonnummer
- Vägbeskrivning: Vid behov
- Aktuella uppgifter från uppmärksamhetssymbol som Varning och smitta
- Uppgifter om samtycke
- Aktuellt status
- Ordinationer och aktuella planer

20.1 Utskrift från Treserva hälsoärende som utförs av legitimerad personal

- Uppgifter från uppmärksamhetssymbol
- Personkort innehållande adress, närståendeppgifter, samtycken, insatser
- Diagnoser

20.2 Utskrifter från Treserva hälsoärende som utförs av SoL/LSS personal

- Fördelade åtgärder/instruktioner/ordinationer

21. Infoga dokument

I syfte att säkra och göra information tillgänglig infogas inkommande dokument i den elektroniska journalen. Dokument ska i journalsystemet benämnas med datum (enligt formatet ÅÅ-MM-DD) samt med dokumentets namn. Originaldokument arkiveras i pappersjournalen. Observera att ordinationshandlingar och PK-svar ej ska infogas i den elektroniska journalen. Endast då kvaliteten i verksamhetssystemet är tillräcklig för bevarande av infogat material kan handlingen i pappersform förstöras.

22. Skanning, fotografier och filmat material

Finns teknisk möjlighet att skanna material i syfte att samla information i patientjournalen kan detta göras. Inskannade dokument är handlingar som ska förvaras enligt samma regler som övriga handlingar i patientjournalen. Används kamera för film eller foto ska de skannas in direkt i journalen av den som ansvarat för fotografering/filmning. Personal som ansvarar för foto/film ansvarar för att materialet raderas ur kameran innan arbetspassets slut. Kan inte materialet skannas direkt ska det dras ut i papper och förvaras i pappersjournalen alternativt film på flyttbart lagringsutrymme märkt med namn och personnummer som förvaras i pappersjournalen. Förvaras dessa material i pappersjournalen ska det framgå i dokumentationen.

23. Byte av utförare - avslut av journal

När en patient flyttar mellan olika verksamheter inom kommunens verksamheter ska alla journalhandlingar följa med och en epikris sammanfatta vårdtiden.

Om en patient flyttar och lämnar verksamheten ska endast en epikriskopia efter samtycke om informationsöverföring från patienten medfölja vilket ska antecknas i journalen. Övrig journal arkiveras.

Avlider patienten ska en slutanteckning/epikris för vårdtiden skrivas och patientjournalen avslutas av legitimerad som ansvarar för vården. Vid de fall där flera legitimerade varit involverade i vården ansvarar berörd legitimerad för att avsluta patientens journal som sedan arkiveras.

24. Arkivering och gallring av journal

Arkivering och gallring sker i enlighet med kommunens dokumenthanteringsplan.

Se separat rutin för gallring i Hälso- och sjukvårdshandboken.

25. Journalförstöring

Patienten själv eller någon som omnämns i journalen kan begära att patientjournalen ska förstöras. Det är endast Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som får besluta om en journalhandling helt eller delvis får lov att förstöras. Patienten själv lämnar sin begäran till IVO och beslutet lämnas sedan till vårdgivaren. Vid beslut om förstöring hanterar MAS ärendet och tillser att journalen förstörs.

26. Intyg

Separat rutin för intyg finns i hälso- och sjukvårdshandboken.

27. Kontroll av logg, dataintrång

Den som olovligen bereda sig tillgång till IT-baserade personuppgifter, genom att läsa i journaler som inte är relevant för att kunna vårda eller behandla en patient, kan dömas för dataintrång. För att säkerställa att ingen använder sin behörighet på ett otillåtet sätt utförs loggningar regelbundet.

Separat rutin för loggkontroll finns.

28. Journalgranskning och kvalitet

Journalföringen används bland annat för att systematiskt säkerställa och utveckla kvalitet och säkerhet. Den används även för uppföljning, utvärdering och tillsyn av verksamheten samt för att framställa statistik.

Patientuppgifternas kvalitet och ändamålsenlighet granskas systematiskt genom:

- Journalgranskning som utförs av medicinskt ansvariga utifrån patientsäkerhet och överensstämmelse med gällande lagstiftning.
- Kollegial journalgranskning utifrån syfte att utveckla verksamhetens kvalitet och personalens kompetens.

29. Ansvar

29.1 Verksamhetschef

- Övergripande ansvar för dokumentationssystemen
- Genom riskanalys se till att behörigheterna till verksamhetssystemen är ändamålsenliga och förenliga med aktuella arbetsuppgifter
- Informera om gällande lagstiftning och bestämmelser som gäller för hantering av patientuppgifter
- Regelbundet kontrollera loggkontroller och informera om att de genomförs
- Informera om gällande rutiner och följ upp att rutinen följs

29.2 Medicinskt ansvarig sjuksköterska

- Upprätta rutiner för hälso- och sjukvårdsdokumentationen, informationshantering och loggkontroller.
- Följ upp att journalföringen följer gällande lagstiftningar och rutiner

29.3 Enhetschef

- Ha god kännedom gällande regelverk och rutiner för dokumentation
- Hålla anställd personal informerad om regelverk och rutiner
- Vid nyanställning, i god tid, beställa behörighet till verksamhetssystemet
- Vid nyanställning, i god tid, tillse att utbildning i verksamhetssystemet innan personalen arbetar självständigt
- Ändra/avsluta behörigheten när användaren slutar eller får andra arbetsuppgifter
- Vid nyanställning, i god tid, beställa SITHS-kort
- Till SITHS-administratören återlämna SITHS-kortet när användaren har avslutat sin anställning

29.4 Användares ansvar

- Ta del av och vara uppdaterad om lagstiftning och rutiner samt att följa dessa

- Endast ta del av information till patient med patientrelation
- Personliga inloggningsuppgifter inte är tillgängliga för obehöriga
- Datorer, surfplattor och mobiltelefoner inte lämnas på ett sådant sätt att obehöriga kan få åtkomst till deras innehåll
- Förhindra så obehöriga kan komma åt sekretessbelagd information
- Efter avslutad anställning återlämna SITHS-kort

29.5 Systemadministratör

- Efter beställning lägga in behörigheter i dokumentationssystemet för legitimerad och ev. annan behörig personal
- Efter beställning förändra eller avsluta behörighet.

30. Gällande föreskrifter

Informationshantering och journalföring inom hälso- och sjukvården regleras i

Patientdatalagen (SFS 2008:355)

Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40)

Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Patientlagen (SFS 2014:821).

Se även vårdhandboken