

2. Journalföring och hantering av patientuppgifter

MAS Riktlinjer hälso-och sjukvård, Danderyds kommun

Diarienummer	Senast uppdaterad	Beslutsinstans	Processägare	Styrdokumentsnummer
SN 2024/0178	2024-10-23	socialnämnd	Medicinskt ansvarig ssk	DK 2024:36

Dokumentets syfte

Riktlinjer är en politiskt beslutad vägledning som anger ramarna för handlingsutrymmet gällande det specifika området som riktlinjerna gäller.

Dokumentet gäller för

"MAS riktlinjer hälso-och sjukvård, Danderyds kommun" gäller för vårdgivare och dess verksamheter som bedriver hälso-och sjukvård inom kommunens egen regi samt privata utförare enligt avtal med kommunen.

Innehållsförteckning

<u>Ansvarsförhållanden</u>	3
<u>Behörighet till patientjournal</u>	3
<u>Tilldelning och åtkomst</u>	3
<u>Sekretess och förvaring</u>	3
<u>Signering av journalanteckning</u>	4
<u>Spårbarhet - loggkontroll</u>	4
<u>Patientjournalens struktur och innehåll</u>	4
<u>Struktur och innehåll</u>	4
<u>Journalgranskning</u>	4
<u>Sammanhållen vård-och omsorgsdokumentation</u>	5
<u>Lag om sammanhållen vård-och omsorgsdokumentation</u>	5
<u>Nationell patientöversikt (NPÖ)</u>	5
<u>Driftstopp vid elektronisk journalföring</u>	6
<u>Sekretess, utlämnande av patientuppgifter</u>	6
<u>Sekretess</u>	6
<u>Utlämnande av patientuppgifter</u>	6
<u>Arkivering av hälso-och sjukvårdsdokumentation</u>	6
<u>Arkivering och bevarande av patientjournal</u>	6
<u>Arkivering och bevarande av verksamhetsövergripande dokument</u>	7
<u>Processer och rutiner</u>	7
<u>Kunskapsstöd och vägledning</u>	8

Inledning

Vårdgivare av hälso- och sjukvård är skyldig att föra patientjournal och hantera patientuppgifter i enlighet med patientdatalagen (SFS 2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter om journalföring (HSLF-FS 2016:40).

Dokumentation och informationsöverföring mellan yrkesgrupper är viktigt för att garantera en god och säker vård. Alla verksamheter inom kommunens hälso- och sjukvård är skyldiga att dokumentera uppgifter som kan ha betydelse för vården av den enskilde.

Ansvarsförhållanden

Verksamhetschef ansvarar för att det finns de processer och lokala rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten uppfyller kraven för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9.

Verksamhetschefen ansvarar för att all hälso-och sjukvårdspersonal har en individuell behörighet där endast personliga inloggningar är tillåtna. Beslut om tilldelning av behörighet ska föregås av en behovs- och riskanalys.

Verksamhetschefen ska genom kvalitetsledningssystemet säkerställa så att:

- patientuppgifter är åtkomliga för den som är behörig (tilldelning och åtkomlighet)
- inga obehöriga kan ta del av HSL- journalen (sekretess och förvaring)
- personuppgifterna är oförvanskade och riktiga (signering)
- spårbarhet finns till användare (spårbarhet, loggkontroller)

Sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och dietist är skyldiga att föra hälso- och sjukvårdsjournal. Delegerad personal är skyldig att dokumentera hälso- och sjukvård i samband med utförande av delegerade arbetsuppgifter.

Socialtjänstens (SoL) och hälso- och sjukvårdens (HSL) dokumentation ska hållas åtskild och får inte sammanblandas.

Behörighet till patientjournal

Rubrik 3

Tilldelning och åtkomst

Behörig hälso- och sjukvårdspersonal ska vid tjänstgöring ha åtkomst till patientuppgifter dygnet runt veckans alla dagar, både för att inhämta information samt för att kunna dokumentera. Det ska särskilt säkerställas inför första arbetspasset med vikarier och med underleverantörer av journalsjuksköterskor.

Sekretess och förvaring

Patientuppgifter ska skyddas mot obehörig åtkomst. Elektroniska journalsystem ska ha tvåfaktorinloggning och patientuppgifter i pappersformat ska förvaras skyddat från obehöriga. Patientjournaler ska förvaras på ett sätt så de är läsbara

fram till dess att de ska gallras. Behörigheter ska snarast avslutas för personal som slutat sin tjänstgöring i verksamheten.

Vårdgivaren ansvarar för att:

- personliga lösenord och hjälpmedel för autentisering inte kan bli tillgängliga för obehöriga
- datorer eller andra enheter som används för att hantera uppgifter om patienter inte lämnas utan att uppgifterna är skyddade mot obehörig åtkomst
- uppgifter som omfattas av inre sekretess, muntligen eller på något annat sätt, inte lämnas ut till medarbetare som inte deltar i vården kring den enskilde

Signering av journalanteckning

För att styrka riktighet och säkerställa spårbarhet ska en journalanteckning, om det inte finns något synnerligt hinder, signeras av den som ansvarar och utför uppgiften. Signeringen bör ske i omedelbar anslutning till att anteckningen förs in i journalen eller så snart det är praktiskt möjligt. Om anteckningen görs av någon annan än den som utfört uppgiften ska det antecknas i journalen både vem som gjort anteckningen och vem som utfört uppgiften. En journalanteckning som är signerad ska vara ”låst” och inte kunna ändras.

Spårbarhet - loggkontroll

Åtgärder som att läsa eller skriva patientuppgifter ska kunna härledas till en användare i system som är helt eller delvis automatiserade. Spårbarheten ska regelbundet följas genom loggkontroller (behörighetskontroll) av utsedd ansvarig person. Exempel på en felaktig åtkomst kan vara att någon tittar i en patientjournal trots att hen inte deltar i vården av patienten. Loggkontroller ska göras regelbundet och systematiskt av vårdgivaren samt dokumenteras.

Patientjournalens struktur och innehåll

Struktur och innehåll

En patientjournal ska vara sammanhållen av journalhandlingar som rör samma patient och innehålla väsentliga uppgifter. Uppgifterna ska vara entydiga och vårdförloppet ska kunna följas systematiskt i journalen. För att försäkra sig om att uppgifterna är entydiga ska vårdgivaren använda Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) samt Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) vid journalföring.

Patientjournalen kan vara både elektronisk och pappersbaserad. Exempel på pappersbaserade journalhandlingar är remisser, läkemedelslistor eller insamlade signeringslistor för utförda behandlingar.

Väsentliga uppgifter ska föras in i journalen så snart som möjligt och vara tillgängliga för att kunna tillgodose patienterna en god och säker vård. Vad som avses som väsentliga uppgifter framgår i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter (se 5 kap. 5 § HSLF-FS 2016:40).

Journalgranskning

Vårdgivaren ska säkerställa att journalgranskning utförs regelbundet och systematiskt för att säkerställa att hälso-och sjukvårdspersonal dokumenterar i

patientjournalens enligt gällande författningar. Verksamhetschefen ansvarar för att den eller de personer som ansvarar för granskningen tilldelas rätt behörighet för att de ska kunna utföra sina arbetsuppgifter, men samtidigt inte mer omfattande än vad som är nödvändigt. Journalgranskning ska dokumenteras med vem som utfört, när det är utfört, resultatet samt vidtagna åtgärder.

Sammanhållen vård-och omsorgsdokumentation

Lag om sammanhållen vård-och omsorgsdokumentation

Lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation trädde i kraft 1 januari 2023 och innebär en möjlighet för vårdgivare och omsorgsgivare att, under vissa förutsättningar, göra personuppgifter tillgängliga och ta del av varandras dokumentation genom ett elektroniskt system.

En sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation har som primärt syfte att förbättra och förenkla kommunikationen mellan vårdgivare och omsorgsgivare och därmed förbättra vården till och insatserna för den enskilde. Genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation kan onödig dubbeldokumentation undvikas.

Det är frivilligt för vårdgivare och omsorgsgivare att ansluta sig till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Men om en vårdgivare eller omsorgsgivare ansluter sig så måste alla bestämmelser i lagen följas.

Nationell patientöversikt (NPÖ)

Nationell patientöversikt (NPÖ) är ett webbaserat verktyg för sammanhållen journalföring som gör det möjligt att utifrån gällande lagstiftning dela och ta del av patientinformation mellan huvudmän och vårdgivare genom direktåtkomst. Genom NPÖ finns rätt information tillgänglig för behörig legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal vid rätt tillfälle, vilket innebär att risken för felbehandlingar och felmedicinering minskar.

Behörig legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan med NPÖ direkt ta del av journalinformation för patienter som, till exempel har vårdats på sjukhus. Journaluppgifter från NPÖ kan inte skrivas ut. NPÖ är ett "titthål" in i den sammanhållna journalinformationen. Genom NPÖ kan man bland annat se diagnoser, journalinformation/anteckningar, öppen- och slutenvårdskontakter, prov- och undersökningsresultat.

Vårdgivare inom vård-och omsorgsboende ska vara ansluten till NPÖ med läs och skrivbehörigheter. Förutsättningar för att ta del av information genom NPÖ är att följande villkor är uppfyllda:

1. Patienten samtycker.
2. Informationen rör en person som personalen har en aktuell vårdrelation med.
3. Informationen kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda och eller behandla sjukdomar eller skador hos patienten.
4. Vårdpersonalen är behörig att ta del av alla eller delar av informationen i NPÖ.

Driftstopp vid elektronisk journalföring

Verksamheten ska planera för åtkomst till elektroniska patientuppgifter i händelse av planerade eller oplanerade driftstopp. Hantering av patientjournal, både att läsa och dokumentera, ska kunna ske vid driftstopp som kan inträffa dygnet runt veckans alla dagar.

Sekretess, utlämnande av patientuppgifter

Sekretess

Journaler är allmän handling. Offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400) och patientsäkerhetslagen (2010:659) innehåller bestämmelser om tystnadsplikt och om förbud att lämna ut allmänna handlingar.

Alla som är verksamma inom hälso- och sjukvård har lagstadgad tystnadsplikt. Sekretess gäller för uppgift om den enskildes hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden ”om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men”. Ordet men betyder i detta sammanhang skada och syftar i första hand på integritetskränkningar av olika slag.

Den som arbetar inom hälso- och sjukvård får ta del av dokumenterade uppgifter endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av andra skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården.

Patienten har, med få undantag, rätt att ta del av sina egna journalhandlingar.

Utlämnande av patientuppgifter

Patienten kan lämna sitt samtycke till att uppgifter om honom/henne lämnas ut till enskilda personer och andra myndigheter. Samtycke bryter således sekretessen. I journalen ska det alltid antecknas om samtycke har inhämtats. Kan samtycke inte inhämtas från patienten ska en menprövning göras. Detta innebär att den journalföringsskyldige frågar sig om uppgifterna på något sätt kan skada patienten eller någon närstående och om uppgifterna är nödvändiga för en god och säker vård.

Om en journalhandling, avskrift eller kopia ska lämnas ut till någon, ska det dokumenteras i journalen till vem det lämnas ut, när det har lämnats ut, om ev. menprövning är gjord samt vem/vilka som gjort menprövning och tagit beslut om utlämnandet.

Om den journalföringsskyldige är osäker på utlämnande av journalhandling ska alltid verksamhetschef rådfrågas.

Arkivering av hälso-och sjukvårdsdokumentation

Arkivering och bevarande av patientjournal

När vården av en patient avslutas ska patientjournalen avslutas senast en månad efter avslutad vård. Patientjournalen ska rensas, arkiveras och bevaras i 10 år enligt Danderyd kommuns dokumenthanteringsplan. För egenregin arkiveras och skannas journalhandlingen och tillhörande dokument in i Treserva, så även journaler för personer födda på dagarna 5, 15 och 25.

Avslut av vård är vid dödsfall eller då patienten flyttar till ordinärt boende alternativt till annan vårdgivare inom eller utanför kommunen.

Socialtjänstens (SoL) och hälso- och sjukvårdens (HSL) dokumentation ska hållas åtskild och får inte sammanblandas. Patientjournalen ska vara tydligt åtskild från personakter.

Samtliga patientjournaler som upprättas av kommunens egenregi ska skannas och arkiveras i aktuellt verksamhetssystem för bevaring. Patientjournaler som upprättas av privata vårdgivare på uppdrag av kommunen är respektive vårdgivares egendom. För personer födda på dagarna 5, 15 och 25 ska dock patientjournal alltid överlämnas till socialförvaltningens arkiv för bevaring.

Detaljerad information för hur arkivering av patientjournaler ska ske till kommunen framgår i kommunens rutin ”Arkivering och bevarande av patientjournal” se under rubriken MAS riktlinjer [Hälso- och sjukvård – Danderyds kommun](#).

Arkivering och bevarande av verksamhetsövergripande dokument

Vårdgivaren har även verksamhetsövergripande dokument som är allmänna handlingar och som ska arkiveras, gallras och bevaras.

Exempel på dokument för arkivering och bevarande utifrån Danderyd kommuns dokumenthanteringsplan samt Gallringsråd nr 6 Riksarkivet & SKL framgår i bilaga, se under rubriken MAS riktlinjer [Hälso- och sjukvård – Danderyds kommun](#).

Processer och rutiner

Vårdgivaren ska identifiera och fastställa de processer, aktiviteter och rutiner som behövs för att föra patientjournal och hantera patientuppgifter i enlighet med gällande lagar och förordningar. Rutinerna ska vara lokalt anpassade samt även innefatta reservrutiner och beakta att verksamheten ska kunna bedrivas under kris, extraordinära händelser och höjd beredskap. Rutinerna ska innefatta (men är inte begränsade till):

- a. Beskrivning av hur behörigheter delas ut (inkl. behovs-och riskanalys), förändras, tas bort och regelbundet följs upp.
- b. Beskrivning av hur patientuppgifter ska skyddas mot obehörig åtkomst, inklusive inre sekretess, samt definierar och tillämpar stark autentisering.
- c. Beskrivning av hur patientuppgifter ska förvaras beaktande av övriga säkerhetsaspekter och krav enligt patientdatalagen, till exempel skydd mot brand och fukt.
- d. Beskrivning av hur systematiska behörighetskontroller av patientuppgifter (loggkontroller) ska genomföras, hur ofta, av vem etc.
- e. Beskrivning av hur patientjournal ska föras avseende struktur och innehåll för att uppgifterna ska vara entydiga och vårdförloppet ska kunna följas systematiskt i journalen. Användning av KVÅ samt ICF ska framgå.

- f. Beskrivning av hur patientens rättigheter ska tillgodoses och dokumenteras, till exempel vilken information patienten fått och vilka val patienten gjort, patientens samtycke och patientens delaktighet.
- g. Beskrivning av hur systematisk journalgranskning ska genomföras.
- h. Beskrivning av om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation används i verksamheten och hur det i så fall ska genomföras.
- i. Beskrivning av hur Nationell patientöversikt (NPÖ) ska användas.
- j. Beskrivning av hur hantering av väsentliga uppgifter i patientjournal sker vid planerade/oplanerade driftstopp (journalföring och tillgänglighet till journal).
- k. Beskrivning av hur den inre sekretessen säkerställs, tex sekretess mellan vårdgivarens olika verksamheter eller enheter inom en verksamhet.
- l. Beskrivning av när utlämnande av journalhandling och patientuppgifter får ske samt tillvägagångsättet (inklusive hur menprövning ska utföras).
- m. Beskrivning av vad som ingår i patientjournal samt hur arkivering och bevarande av patientjournal ska ske.
- n. Beskrivning av vad som ingår i verksamhetsövergripande dokument samt hur arkivering och bevarande av dokumenten ska ske.

Kunskapsstöd och vägledning

- *Patientdatalagen - [Patientdatalag \(2008:355\) | Sveriges riksdag \(riksdagen.se\)](#)*
- *Socialstyrelsens handbok - [Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården \(socialstyrelsen.se\)](#)*
- *Socialstyrelsens Meddelandeblad [Ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation – Meddelandeblad \(socialstyrelsen.se\)](#)*
- *Vårdgivarguiden – [Sammanhållen journalföring Sammanhållen journalföring | Vårdgivarguiden \(vardgivarguiden.se\)](#)*
- *SKR handbok - [Markörbaserad journalgranskning hemsjukvård | SKR](#)*
- *Gallringsråd nr 6 Riksarkivet & SKL [Bevara eller gallra nr 6 | SKR](#).*