

Anvisning för journalföring i hälso- och sjukvård

Innehåll

Anvisning för journalföring i hälso- och sjukvård.....	1
Bakgrund	2
Lagrum och styrande förutsättningar.....	2
Syfte.....	2
Omfattning.....	2
Roller/Ansvarsfördelning	2
Anvisning	3
Dokumentationskrav.....	3
Studenters journalföring	3
Journalens innehåll	3
Journalens utformning	5
Signering.....	5
Språket i journalen.....	6
Behörigheter	6
Läsa journal inom vårdgivaren	6
Sammanhållen journalföring	7
Åtkomst till ospärrade uppgifter.....	7
Nödöppning vid sammanhållen journalföring.....	7
Kontroll av åtkomst till uppgifter	8
Ordlista	8
Referenser	9

Bakgrund

Den 1 mars 2017 ersattes SOSFS 2008:14 av HSLF-FS 2016:40. Den nya författningen handlar om krav på journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården och har samma tillämpningsområde som Patientdatalagen (2008:355). Författningen ska tillämpas vid behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården.

Lagrum och styrande förutsättningar

Enligt HSLF-FS 2016:40 ska varje vårdgivare ansvara för att verksamheten uppfyller kraven i SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vårdgivaren ska genom ledningssystemet säkerställa att dokumenterade personuppgifter hos vårdgivaren är åtkomliga och användbara för den som är behörig (tillgänglighet), att personuppgifterna är oförvanskade (riktighet), att obehöriga inte kan ta del av personuppgifterna (konfidentialitet), och att åtgärder kan härledas till en användare (spårbarhet) i informationssystem som är helt eller delvis automatiserade.

Syfte

Riktlinjen syftar till att säkerställa att journaldokumentationen alltid innehåller de uppgifter som behövs för att patienten ska få en god och säker vård. Journaldokumentation ska även ligga till grund för verksamhetsuppföljning, händelseanalyser, kontroll, tillsyn, i rättsliga sammanhang, forskning och annan kvalitetssäkring samt utgöra en informationskälla för patienten.

Omfattning

Anvisningen gäller verksamhetschefer inom hälso- och sjukvård samt hälso- och sjukvårdspersonal inom Region Norrbotten inklusive vårdgivare med avtal enligt Lagen om valfrihetssystemet (LOV).

Roller/Ansvarsfördelning

Vårdgivaren ska säkerställa att uppdragstagare eller andra som arbetar för eller har slutit avtal med vårdgivaren förbinder sig att skydda uppgifter om patienter mot obehörig åtkomst.

Verksamhetschef ska regelbundet granska att hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i patientjournalen enligt gällande författningar.

Verksamhetschef ansvarar för att det finns lokala rutiner som möjliggör tillämpning av kraven i denna riktlinje, vilket också innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen har kunskap i handhavande av aktuella vårdinformationssystem.

Verksamhetschef ska säkerställa att det finns lokala rutiner för signering av journalanteckningar och för bekräftelse av åtgärder som gäller en patients vård och behandling.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att personliga lösenord och hjälpmedel för autentisering inte är tillgänglig för andra och att datorer eller

andra enheter som används för att hantera uppgifter om patienter inte lämnas utan att uppgifterna är skyddade mot obehörig åtkomst.

Anvisning

Patientjournal ska föras vid vård och behandling, det vill säga vid åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

Journaldokumentation ska föras så snart som möjligt och utan någon längre fördröjning efter en vårdkontakt för att vara åtkomlig och användbar så snart en annan hälso- och sjukvårdspersonal kan antas behöva tillgång till informationen. Inom den slutna vården innebär detta att journaldokumentationen behöver vara tillgänglig så snart som möjlig, för öppenvård senast inom 48 timmar.

Slutanteckning/epikris ska dokumenteras snarast möjligt och senast då all relevant information inkommit.

Dokumentationskrav

Skyldigheten att dokumentera gäller den som har legitimation eller ett särskilt förordnande att utöva ett visst yrke inom hälso- och sjukvården. I vissa fall måste även icke-legitimerad personal föra patientjournaler, exempelvis personal inom hälso- och sjukvården som biträder en legitimerad yrkesutövare och som deltar i vården av patienten.

Övrig hälso- och sjukvårdspersonal får dokumentera även om det inte finns dokumentationskrav i författningar.

Ansvaret för journaldokumentationen åligger den hälso- och sjukvårdspersonal som ansvarar för vårdkontakten.

Patienten kan inte motsätta sig att en journal förs eller att personuppgifter behandlas, inte heller kan patienten motsätta sig vem som dokumenterar.

Studenter journalföring

När studerande deltar i den faktiska patientvården gäller Patientdatalagen även för deras arbete, vilket innebär att den studerande får ta del av patientjournaler och även föra journalanteckningar. Den studerande ska i dessa fall ha egen inloggning till vårdinformationssystemet samt patientens samtycke till att delta i vården.

Åtkomst till uppgifter i journalsystemet är inte tillåtet för undervisning. För att uppgifter ska kunna användas i undervisning måste de lämnas ut (papperskopia) antingen med patientens samtycke eller efter avidentifiering så att patientens identitet inte röjs.

Journalens innehåll

Journaldokumentation ska innehålla de uppgifter som ska antecknas enligt Patientdatalagen eller andra författningar som ställer krav på dokumentation.

En patientjournal ska föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter.

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 uppgift
- tidpunkten för varje vårdkontakt som patienten har haft eller som planeras

Journaldokumentation ska även föras om patientens identitet inte kan fastställas, om patienten saknar svenskt personnummer eller om patienten har skyddad identitet.

Patientjournalen ska i förekommande fall även innehålla uppgifter om:

1. aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
2. utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa,
3. ordinationer och ordinationsorsak,
4. resultat av utredande och behandlande åtgärder,
5. slutanteckningar och andra sammanfattningar av genomförd vård,
6. överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen,
7. komplikationer av vård och behandling,
8. vårdrelaterade infektioner,
9. samtycken och återkallade samtycken,
10. patientens önskemål om vård och behandling,
11. de medicintekniska produkter som har förskrivits till, utlämnats till eller tillförts en patient på ett sådant sätt att de kan spåras,
12. intyg, remisser och annan för vården relevant inkommande och utgående information, och
13. vårdplanering.

Patientjournalen ska innehålla en markering 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.

Journalens utformning

Journalen ska vara lätt att förstå för såväl patienten som för andra. Texten ska vara saklig och lättförståelig. Förkortningar ska undvikas och patientens integritet ska respekteras. För att försäkra sig om att uppgifterna är entydiga ska nationella termer och begrepp användas. Exempel på nationella termer är termer från Socialstyrelsens termbank, klassifikationer av sjukdomar och åtgärder enligt ICD 10 respektive KVA, klassifikationer av funktionstillstånd enligt ICF eller begrepp från Snomed CT. Berättande text bör undvikas eftersom för mycket text skymmer det väsentliga innehållet samt innebär ökad administration.

Texten i journalen ska vara tydlig och utformad så att den inte kan feltolkas eller uppfattas som kränkande av patienten eller dess närstående. Dokumentera inte uppgifter som är att betrakta som personaliga förtroenden eller sådant som inte är relevant för vård och behandling. Om möjligt, stäm av med patienten om vad som ska dokumenteras när det gäller känsliga uppgifter. Undvik så långt det är möjligt att nämna tredje person.

Andelen fritext bör minskas till förmån för standardiserad journalföring. Med standardiserad journalföring avses till exempel standardiserade mallar, enhetliga sökord, vårdprocessdefinierad dokumentation, fasta val från vallsitor, begrepp och fraser utifrån vårdprogram och nationella riktlinjer.

Journalföring ska ske i original och all form av överföring av uppgifter från original bör undvikas på grund av risk för felregistrering. Uppgifter från papper bör därför i första hand skannas in i journalen och inte skrivas av. I de fall uppgifter från originalhandling manuellt förs in i journalen ska originalet skannas in.

Varje journaluppgift ska om möjligt bara dokumenteras en gång för att inte göra journalen svårtillgänglig. Dubbeldokumentation ska undvikas så långt det är möjligt, eftersom detta är förenat med patientsäkerhetsrisker. Fokus ska hållas på avvikelser från den individuella patientens förväntade normalförlopp. Uppprepningar ska undvikas. Läkemedelsordination skall dokumenteras i läkemedelsmodul och inte som journaltext. Remiss och svar skall hållas ihop och finnas i respektive remissmodul och inte som journaltext.

Patientens personuppgifter ska inte anges i löpande journaltext, utan endast på angivna platser i journalen för att inte riskera bristande sekretess vid utdata eller skyddad identitet.

Signering

Alla uppgifter i en journal ska snarast signeras av den som ansvarar för uppgiften. Verksamhetschef får besluta om undantag från kravet på signering i 3 kap. 10 § patientdatalagen (2008:355). Sådana undantag ska framgå av rutinerna för signering. Undantag får dock inte avse signering av väsentliga ställningstaganden om vård och behandling, förhållningsregler enligt smittskyddslagen, eller slutanteckningar eller andra sammanfattningar av genomförd vård. Exempel på sådant som inte behöver signeras kan vara anteck-

ningar som endast innehåller administrativa uppgifter som att kopior av journaluppgifter skickats till Försäkringskassan, försäkringsbolag eller dylikt. Ett annat exempel kan vara att patienten avbokat eller inte infunnit sig till ett planerat besök. Rutinmässiga provtagningar som till exempel Hb, kroppstemperatur och liknande kan vara andra exempel på sådant som skulle kunna undantas. Daganteckningar som inte innefattar några väsentliga ställningstaganden om vård och behandling kan också vara exempel på sådana anteckningar som kan undantas i rutiner för signering.

Språket i journalen

Journal ska föras på svenska med vissa undantag. Följande yrkesutövare får föra patientjournal på ett annat språk än svenska:

1. Den yrkesutövare som har fått ett behörighetsbevis för ett yrke i hälso- och sjukvården eller tandvården eller i detaljhandel med läkemedel enligt bestämmelserna om erkännande av utländsk utbildning i 6 kap. 1 § patient-säkerhetsförordningen (2010:1369) får föra patientjournal på danska eller norska.

2. Den yrkesutövare som i kraft av utomnordisk utbildning har fått ett förordnande av Socialstyrelsen att utöva yrke i hälso- och sjukvården får föra patientjournal på engelska, om det anges i förordnandet. Om vårdgivaren anlitat hälso- och sjukvårdspersonal som får föra patientjournal på något annat språk än svenska, ska denne säkerställa att:

1. kravet på noggrannhet i dokumentationen upprätthålls, och
2. väsentliga ställningstaganden som gäller vård och behandling, förhållningsregler enligt smittskyddslagen samt slutanteckningar eller andra sammanfattningar av genomförd vård finns upprättade på svenska.

En patient ska kunna ta del av sin patientjournal på ett sådant sätt att han eller hon kan förstå innehållet. Detta kan innebära att journalen måste översättas och/eller tolkas på ett sådant sätt att patienten kan förstå innehållet utifrån sin förmåga och situation.

Behörigheter

Varje användare ska tilldelas individuell behörighet för åtkomst till journaluppgifter. Beslut om tilldelning av åtkomst ska föregås av en behovs- och riskanalys. Verksamhetschef ansvarar för att lokala rutiner tas fram för tilldelning, ändring, borttag och uppföljning av behörigheter för att säkerställa att dessa är riktiga och aktuella.

Läsa journal inom vårdgivaren

En behörig användare kan genom aktiva val, till exempel genom att klicka på nästa nivå eller öppna formulär, ta del av ospärrad information inom vårdgivaren om uppgifterna kan antas ha betydelse för vård och behandling eller för att utföra andra uppdrag. Patientens samtycke krävs inte när det gäller ospärrad information inom vårdgivaren.

Spärrad information på vårdenhet inom vårdgivaren kan med patientens samtycke eller vid nödsituation öppnas och ska då loggas särskilt i systemet.

Sammanhållen journalföring

För att en behörig användare ska få åtkomst till ospärrade uppgifter om en patient hos en annan vårdgivare ska följande krav uppfyllas:

1. uppgifterna rör en patient som det finns en patientrelation med
2. uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten inom hälso- och sjukvården eller för att utförda intyg om vården
3. patienten samtycker till detta.

Av systemet för sammanhållen journalföring ska det framgå att det finns spärrade uppgifter om en patient hos någon annan vårdgivare. Information om vilken eller vilka vårdgivare som har spärrade uppgifter om en patient får endast göras tillgängliga efter att en behörig användare har gjort ett aktivt val.

Åtkomst till ospärrade uppgifter

Verksamhetschef ska ansvara för att en behörig användares åtkomst till ospärrade uppgifter om en patient hos en annan vårdgivare föregås av att användaren kontrollerar uppgifterna rör en patient som det finns en patientrelation med, att uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten inom hälso- och sjukvården eller för att utförda intyg om vården samt att patienten samtycker till detta.

Nödöppning vid sammanhållen journalföring

En vårdgivare som är ansluten till sammanhållen journalföring ska säkerställa att behöriga användare får tillgång till de uppgifter om en patient som kan antas ha betydelse för den vård patienten absolut behöver när det föreligger fara för hans eller hennes liv eller allvarlig risk för hans eller hennes hälsa. Vid en sådan situation ska åtkomst till information om vilken eller vilka vårdgivare som har uppgifter om en patient föregås av att den behörige användaren gör ett aktivt val.

Om uppgifterna är spärrade, ska en begäran om åtkomst göras hos den vårdgivare som har spärrat uppgifterna. Spärrade uppgifter hos en annan vårdgivare måste lämnas ut muntligt eller som papperskopia eftersom spärren tekniskt hindrar den elektroniska åtkomsten.

Kontroll av åtkomst till uppgifter

Vårdgivaren ansvarar för att:

1. det av dokumentationen av åtkomsten (loggar) framgår vilka åtgärder som har vidtagits med uppgifter om en patient,
2. det av loggarna framgår vid vilken vårdenhet eller vårdprocess åtgärderna vidtagits,
3. det av loggarna framgår vid vilken tidpunkt åtgärderna vidtagits,
4. användarens och patientens identitet framgår av loggarna,
5. att loggarna sparas minst fem år för att möjliggöra kontroll av åtkomsten till uppgifter om en patient.

Verksamhetschef ansvarar för:

6. systematiska och återkommande stickprovskontroller av loggarna görs,
7. kontroller av loggarna dokumenteras.

Av informationen som vårdgivaren enligt 8 kap. 5 § Patientdatalagen (2008:355) på begäran ska lämna till en patient om åtkomsten till hans eller hennes uppgifter ska det framgå från vilken vårdenhet samt vid vilken tidpunkt någon har tagit del av uppgifterna. Informationen ska vara utformad så att patienten kan bedöma om åtkomsten har varit befogad eller inte. Detta innebär att Region Norrbotten lämnar ut användarens identitet.

Ordlista

Verksamhetschef

Befattningshavare som svarar för verksamhet inom vilken hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivs (Hälso- och sjukvårdslagen)

Vårdgivare

Statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (privat vårdgivare) (Socialstyrelsens termbank)

Signera

Påföra signatur i syfte att styrka riktighet och säkerställa spårbarhet (Socialstyrelsens termbank)

Ledningssystem	System för att fastställa principer för ledning av verksamheten och ställa upp mål samt för att uppnå dessa mål (Socialstyrelsens termbank)
Hälso- och sjukvårdspersonal	Person eller personer som i sitt yrke utför hälso- och sjukvård (Socialstyrelsens termbank)
Informationssystem	System som insamlar, bearbetar, lagrar eller distribuerar och presenterar information (Socialstyrelsens termbank)
Journalhandling	Handling som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder. (Socialstyrelsens termbank)
Patientjournal	En eller flera journalhandlingar som rör samma patient (Socialstyrelsens termbank)
Personuppgift	Information som direkt eller indirekt kan hänföras till en fysisk person (Socialstyrelsens termbank)
Behandling av personuppgift	Varje åtgärd eller serie av åtgärder som vidtas i fråga om personuppgifter, vare sig det sker på automatisk väg eller inte (Socialstyrelsens termbank)
Vårdkontakt	Kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal då hälso- och sjukvård utförs (Socialstyrelsens termbank)

Referenser

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

Patientdatalag (2008:355)

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Patientsäkerhetsförordning (2010:1369)