**Rutin Journalföring och behandling av personuppgifter i HSL-dokumentation**

**Innehålls förteckning**

Innehåll

[1 Allmänt 2](#_Toc6382753)

[2 Gällande föreskrifter 2](#_Toc6382754)

[3 Skyldighet att föra patientjournal 2](#_Toc6382755)

[4 Information till patienten 2](#_Toc6382756)

[5 Rätt att ta del av personuppgifter (anställd) 2](#_Toc6382757)

[6 Identitetskontroll 3](#_Toc6382758)

[7 Telefonförfrågan/rådgivning inom hälso- och sjukvård 3](#_Toc6382759)

[8 Tillfälliga personnummer 3](#_Toc6382760)

[9 Skyddande personuppgifter ska vi ha det så hör? 4](#_Toc6382761)

[10 Patientjournalens innehåll 4](#_Toc6382762)

[11 Journalföring signering och rättelse 5](#_Toc6382763)

[12 HSL-anteckning omvårdnadspersonal 5](#_Toc6382764)

[13 Förvaring 6](#_Toc6382765)

[14 Infoga dokument Görs inte i Treserva idag 6](#_Toc6382766)

[15 Infoga foto Görs inte i Treserva idag 6](#_Toc6382767)

[16 Filmat material Görs inte i Treserva idag 6](#_Toc6382768)

[17 Utskrift 6](#_Toc6382769)

[18 Utlämnande av patientjournal 6](#_Toc6382770)

[19 Avslut av journal 7](#_Toc6382771)

[20 Arkivering och gallring av patientens pappersjournal 7](#_Toc6382772)

[21 Journalförstöring 7](#_Toc6382773)

[22 Driftstopp 7](#_Toc6382774)

[23 Journalgranskning 7](#_Toc6382775)

## 1 Allmänt

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

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt kuratorer inom den kommunala hälso- och sjukvården är skyldiga att föra journal.

## 2 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) samt Patientlagen (SFS 2014:821). Se även vårdhandboken

## 3 Skyldighet att föra patientjournal

Vid vård av patienter ska det föras patientjournal. Legitimerad personal är skyldig att föra en patientjournal samt den som utan att ha legitimation för yrket utför sådan uppgifter som biträde i den allmänna hälso- och sjukvården (dvs. här menas omsorgspersonal)

##  4 Information till patienten

Vid upprättandet av en patientjournal ska patienten informeras om att dennes personuppgifter blir upptagna i ett 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 journalen. Hälso- och sjukvården är skyldig att anpassa informationen efter patientens förutsättningar och behov, och att försäkra sig om att hen har förstått informationen (PL 3 kap 6-7§§). Informationen ska ske muntligt och skriftligt, i samband med upprättande av ny journal. Tolk eller alternativa kommunikationssätt kan krävas, och om samtal förs via tolk ska detta dokumenteras i journalen.

## 5 Rätt att ta del av personuppgifter (anställd)

**Åtkomst av uppgifter** inom en vårdgivares verksamhet styrs av den behörighet som är beslutad av vårdgivareför elektronisk åtkomst (HSLF-FS2016:40 4 kap.). Den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter endast om hen deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården.

**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 dock patientdatalagens för deras arbete. Det innebär att vårdgivare kan låta studenter få ta del av elektroniska patientjournaler och även kunna föra anteckningar i dem när det behövs. Studenter kan dock 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 och att hen måste kunna dokumentera arbetet.

## 6 Identitetskontroll omskrivet

Den som upprättar en journalhandling ska alltid kontrollera den enskildes identitet. Personer som inte är kända ska legitimera sig vid insatser, undersökning, behandling, provtagning samt i övrigt då journalanteckningar görs i samband med vårdkontakter.

Om en patients identitet inte går att fastställa ska patientjournal på papper upprättas och när identiteten fastställas föras in i verksamhetssystemet.

Identitetsband kan vara en nödlösning att använda.

Godkända identitetshandlingar se Skatteverket.

## 7 Telefonförfrågan/rådgivning nytt

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 om möjligt i direkt anslutning till samtalet. Legitimerad personal kan ge både generella råd och individuella råd. Ett individuellt råd förutsätter att den legitimerade personalen har kännedom om patientens bakgrund. Dessa råd är hälso- och sjukvård och måste dokumenteras i patientjournalen. Generella råd innebär att den legitimerade personalen inte behöver ha kännedom om patientens bakgrund och råden är inte hälso- och sjukvårdsåtgärder och behöver därför inte dokumenteras i patientjournal.

Råd till omvårdnadspersonal ska dokumenteras.

## 8 Tillfälliga personnummer

För patient som saknar svenskt personnummer anges tillfälligt personnummer: År - månad - dag - TF01. När personen får ett svenskt personnummer ska personnummerbyte göras från TF till det riktiga personnumret. Ny patientjournal ska inte upprättas. Byte av personnummer utförs av övergripande superanvändare (ÖSA) enligt instruktion.

## 9 Skyddade personuppgifter

Det finns olika nivåer av skyddade personuppgifter; sekretessmarkering, kvarskrivning och fingerade personuppgifter. För mer information, se Skatteverket. För patienter med sekretessmarkering och kvarskrivning används endast pappersjournal. Dokumentation sker på blankett ”Dokumentationsblad HSL”. Det är patientens ansvar att informera om skyddade personuppgifter, samt att förmedla hur man önskar bli kontaktad. Detta ska anges i pappersjournalen.

## 10 Patientjournalens innehåll

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

En patientjournal är också en informationskälla för:

* Patienten
* Uppföljning och utveckling av verksamheten
* Tillsyn och rättsliga krav
* Uppgiftsskyldighet enlig lag
* Forskning

Patientjournalen ska innehålla uppgifter om:

* Patientens identitet och kontaktuppgifter.
* Namn och befattning på den som svarar för journaluppgiften.
* Händelsetid för åtgärd och vårdkontakt.
* Aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar.
* Utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden 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 egna önskemål vad avser vård och behandling.
* Medicintekniska produkter som har förskrivits till, utlämnats till eller tillförts en patient på ett sådant sätt att de kan spåras.
* Intyg, remisser eller annan för vården relevant inkommande och utgående information.
* Vårdplanering.
* Uppgifter av vikt för vården av patienten under varning, smitta och observera.
* Spärrade uppgifter.
* Vilken information som patienten och/eller närstående har fått.

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. I vissa fall kan språket vara danska, norska eller engelska. Dock ska väsentliga ställningstagande gällande vård och behandling, förhållningsregler enligt smittskyddslagen samt epikriser finnas på svenska. Dokumentation ska ske enligt ICF - Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Socialstyrelsens termbank och rekommenderade förkortningar enligt Svenska akademins ordlista ska följas.

## 11 Journalföring signering och rättelse

 Omständigheter i det enskilda fallet avgör hur snabbt uppgifter ska föras in i journalen. För att erhålla en så god patientsäkerhet som möjligt, ska uppgifter föras till journalen så snart det kan antas att annan personal behöver tillgång till uppgifter för att kunna ge en god och säker vård. Det är behovet av uppgiften och patientsäkerheten som är avgörande (rekommenderat inom öppen hälso- och sjukvård 24 h).

 En journalanteckning ska signeras i anslutning till att anteckningen förs in i journalen om det inte finns några synnerliga hinder för detta. Efter signeringen kan anteckningen inte ändras.

Vid felaktig uppgift om patienten i dennes journal ska uppgiften rättas genom funktionen ”Rätta anteckning. Den felaktiga uppgiften och rättelsen ska återfinnas i patientens journal. Legitimerad personal ansvarar för korrigeringen.

Om annan patients uppgifter har införts felaktigt i en patients journal t.ex. felaktigt infogat dokument, ska detta korrigeras. Främmande uppgifter som rör en annan patient blir aldrig en del av patientens journal. - Felaktigt införda uppgifter ska inte raderas, utan strykas genom funktionen ”Rätta anteckning” och föras in i den patientjournal där de rätteligen hör hemma. Legitimerad personal ansvarar för korrigeringen inom ramen för sin profession.

*Felaktigt infogade dokument ska däremot tas bort. Detta sker efter godkännande av förvaltningens medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).*

*Görs inte i Treserva i HSL- journalen ännu*

När patienten anser att en uppgift är oriktig eller missvisande, ska patientens uppfattning dokumenteras i patientjournalen. Anteckningen ska inte felmarkeras.

## 12 HSL-anteckning omvårdnadspersonal

Här dokumenterar omvårdnadspersonalen händelser av vikt som är knutna till hälso- och sjukvårdsuppgifter som de utför. Om inte direktåtkomst i elektronisk journal finns ska ske används framtagen blankett dokumentationsblad HSL.

## 13 Förvaring

Varje journalhandling ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till den. Patientens pappersjournal ska förvaras i ett låsbart och brandsäkert dokumentationsskåp. Hälso- och sjukvårdspersonal får endast ta del av patientuppgifter om hen deltar i vården av patienten. För ytterligare information se Rutin för förvaring, gallring och arkivering av patientjournal.

## 14 Infoga dokument Görs inte i Treserva idag

*I syfte att säkra och göra information tillgänglig infogas inkommande dokument i den elektroniska journalen. Observera att ordinationshandlingar och PK-svar ej ska infogas i den elektroniska journalen. Dokument ska i journalsystemet benämnas med datum (enligt formatet ÅÅ-MM-DD) samt med dokumentets namn. Originaldokument arkiveras i pappersjournalen. För ytterligare information se Dokumenthanteringsplaner för gallring och bevarande av patientjournal.*

## 15 Infoga foto Görs inte i Treserva idag

*Foto räknas som journalhandling och ska infogas enligt manual. Särskilt samtycke för fotografering behövs inte då det är den legitimerades bedömning som avgör om foto är relevant att infoga i patientens journal. Särskild kamera med tillhörande minneskort ska användas till ändamålet. (Kamera i mobiltelefon är ej godkänd.) Den kamera och det minneskort som används ska förvaras i låsbart skåp. Kameran ska vara inställd på rätt datum och tid. Tomt minneskort ska användas vid fotografering och bilderna ska raderas efter användning. Inga bilder sparas, varken på datorns hårddisk eller i*

*kamera/minneskort. Identifiering av patienten ska inte vara möjlig utifrån fotografiet. Använd gärna måttskala/linjal vid exempelvis fotografering av hud och sår.*

## 16 Filmat material Görs inte i Treserva idag

*Journalsystemet kan inte arkivera filmat material. Filmat material ska arkiveras på ett flyttbart lagringsmedium t ex USB-minne. Ett separat lagringsmedium ska användas för varje enskild patient.”.*

## 17 Utskrift

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

## 18 Utlämnande av patientjournal

Om patienten eller annan person begär att få ta del av en journalhandling ska hen få det så snart som möjligt, förutsatt att uppgifterna inte omfattas av tystnadsplikten. Endast uppgifter från den kommunal journal får lämnas ut och inte inkomna handlingar från annan vårdgivare. Vi har sammanhållen journalföring med Lindgården. Patient får begära från ansvarig vårdgivare. Det ska i journal antecknas vad som är utlämnat och till vem. Rätt att lämna ut handlingar regleras i kommunens delegationsordningar.

## 19 Avslut av journal

När en patient avlider ska patientjournalen avslutas. Legitimerad sjuksköterska ansvarar för att avsluta journalen. Vid de fall där sjuksköterska inte varit involverad i vården ansvarar berörd legitimerad personal för att avsluta patientens journal.

## 20 Arkivering och gallring av patientens pappersjournal

Arkivering och gallring sker i enlighet med kommunens dokumenthanteringsplan. Patientens samlade pappersjournal tillhör hälso- och omsorg.

## 21 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 vänder sig till IVO för sin begäran.

## 22 Driftstopp

Vid driftstopp ska patientens rätt till god och säker vård säkerställas, och avbrottsplan för aktuellt journalsystem ska följas.

## 23 Journalgranskning

Patientuppgifternas kvalitet och ändamålsenlighet ska granskas, vilket görs på olika sätt.

* Medicinskt ansvariga ansvarar för journalgranskning utifrån patientsäkerhet och överenstämmelse med gällande lagstiftning.
* Kollegial journalgranskning kan ske utifrån syfte att utveckla verksamhetens kvalitet och personalens kompetens. Vid kollegial journalgranskning ska patientens journal avidentifieras.

Denna rutin ska ses över senast 2020-12-15