

 ÖSTHAMMARS KOMMUN - EN DEL AV ROSLAGEN Socialförvaltningens ledningssystem		Dokumenttyp:	
		Rutin	
		Titel:	
		Rutin för informationshantering och journalföring för legitimerad personal inom vård och omsorgs verksamheter i Östhammars kommun	
Granskad av:	Fastställd av:	Fastställd datum:	Reviderad datum:
MAS	Socialförvaltningens ledningssystem	2012-12-15	2019-09-18

Innehåll

1	Inledning	3
2	Syfte och mål	3
3	Omfattning	3
4	Definitioner, termer och begrepp	3
4.1	JOURNALHANDLING	3
4.2	SÖKORD	3
4.3	KLASSIFICERING ICF OCH KVÅ	4
4.4	COSMIC CARE	4
5	Krav och regler	4
5.1	INFORMATIONSSÄKERHETSPOLICY	4
5.2	FÖRVALTNINGSPLAN	5
6	Ansvarsfördelning inom kommunen	5
6.1	VÅRDGIVAREN (SOCIALNÄMNDEN)	5
6.2	MEDICINSKT ANSVARIG SJUKSKÖTERSKA (MAS) & OCH MEDICINSKT ANSVARIG FÖR REHABILITERING (MAR)	6
6.3	VERKSAMHETSCHEF	6
6.4	HEMSJUKVÅRDSCHEF	6
6.5	LEGITIMERAD PERSONAL	6
6.6	FÖRVALTNINGSLEDARE & SYSTEMFÖRVALTARE	7
6.7	KVALITETSGRUPP	7
7	Journalhantering	7
7.1	UTBILDNING	7
7.2	JOURNALFÖRING OCH INNEHÅLL	8
7.3	VÅRDPLAN	9
7.4	PAPPERSJOURNAL	9
7.5	JOURNALFÖRING PÅ PATIENT MED SKYDDAD IDENTITET	9
7.6	SÖKORD	9
7.7	RÄTTELSE ELLER FÖRSTÖRING	9
7.8	SKANNING OCH ANVÄNDNING AV DIGITALKAMERA	10
7.9	RAPPORTERING AV UPPGIFTER	10
7.10	BEVARANDE OCH GALLRING AV JOURNALHANDLINGAR	10

8	Utlämnande av journalhandling	10
8.1	UTLÄMNANDE TILL PATIENTEN.....	11
8.2	UTLÄMNANDE TILL ANNAN ÄN PATIENTEN.....	11
8.3	UTLÄMNANDE TILL ANNAN VÅRDGIVARE.....	11
8.4	UTLÄMNANDE TILL MYNDIGHET	11
9	Patientens rättigheter.....	12
9.1	SAMMANHÅLLEN JOURNALFÖRING	12
10	Journal- och loggranskning	12
11	Referenser.....	13
	Bilaga 1 - Journalgranskning i Combine	14
	Granskningsmall	17

1 Inledning

En patientjournal är först och främst till för att bidra till en god och säker vård. Den är avsedd att vara ett stöd för den eller de personer som ansvarar för vården. Den utgör ett arbetsverktyg eller informationskälla för bedömningen av de åtgärder som kan behöva vidtas av någon som inte träffat patienten tidigare. Journalen ska skrivas med respekt för patientens integritet och värdighet.

Patientjournalen är också en informationskälla för patienten om erhållen vård. Vidare utgör den ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet inom vården samt ett underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll av den vård som patienten erhållit. Patientjournalen har även en stor betydelse som underlag i vissa rättsliga sammanhang och forskning.

2 Syfte och mål

Syftet med rutinen är att säkerställa att processer och ansvarsförhållanden är tydliga vad gäller journalföring och informationshantering inom vård och omsorgs verksamheter i Östhammars kommun.

3 Omfattning

Rutinen vänder sig i hela sin omfattning till de verksamheter där personalen arbetar i vårdtagarnära arbete.

4 Definitioner, termer och begrepp

4.1 Journalhandling

En journalhandling definieras i 1 kap. 3§ Patientdatalagen

”Som journalhandling anses en framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas med tekniska hjälpmedel och 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.”

Patientjournalen består av de uppgifter om patienten som behövs för vården av honom eller henne.

4.2 Sökord

Det är viktigt att ta hjälp av sökord, termer och begrepp i dokumentationen och patientuppgifter ska enligt lag och föreskrift, så långt som möjligt, följa nationellt fastställda termer och begrepp, klassifikationer och övriga kodverk. En gemensam informationsstruktur ska göra det möjligt för informationen att följa individen genom vårdprocessen. Genom att dokumentera på ett enhetligt och strukturerat sätt ska informationen på ett lätt sätt kunna hittas och tolkas där den behövs.

4.3 Klassificering ICF och KVÅ

I Östhammars kommun, vård och omsorg, används följande i verksamhetssystemet Combine:

- klassificeringsstrukturen ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) och;
- klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) för att strukturera journalen.

Syftet med ICF och KVÅ är att:

- vara ett gemensamt språk för att beskriva hälsa¹ och hälsorelaterade tillstånd
 - tillhandahålla jämförelser av data mellan länder, mellan olika delar av verksamheter samt över tid
 - ge en vetenskaplig grund för att förstå och studera hälsa och hälsorelaterade tillstånd, deras konsekvenser och bestämningsfaktorer
 - skapa ett systematiskt kodschema för hälsoinformationssystem
- ICF utgår från patientens perspektiv och skapar förutsättningar för en helhetsbeskrivning av patientens livssituation.

4.4 Cosmic Care

Närvårdsenheten dokumenterar i Regionens journalsystem Cosmic Care, där används en sökordsstruktur som grundar sig på nationell standard och Socialstyrelsens termbank. Journalen är tvärprofessionell processororienterad dokumentationsprocess med vårdbehov, mål och planerade aktiviteter. All inmatad vårddata går att filtrera och är sökbar. Från maj 2019 registreras åtgärds-koder i Cosmic efter Socialstyrelsens nya föreskrift (HSLF-FS 2017:67) om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården.

5 Krav och regler

Patientdatalagen (2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:40) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården styr i vilken omfattning journal ska föras samt hur journalen ska hanteras och dess syfte.

5.1 Informationssäkerhetspolicy

Informationssäkerhetspolicy är det övergripande dokument som anger mål och inriktning för samt styr verksamhetens arbete med informationssäkerhet. Informationssäkerhetspolicy utgör verksamhetens gemensamma plattform för detta arbete. Säkerhetsåtgärderna kan beskrivas i riktlinjer, processer, rutiner, organisationsstrukturer samt hård- och mjukvarufunktioner. Policy ska bygga på den specifika verksamhetens inriktning och organisation samt identifierade hot och risker.

Vårdgivaren ansvarar för att ledningssystemet innehåller en dokumenterad informationssäkerhetspolicy. Informationssäkerhet innebär att det ställs ett tydligare krav på vårdgivaren om hur patientuppgifter ska hanteras, på hur informationssäkerhetsarbetet ska bedrivas och på vad det ska omfatta.

¹ Tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte endast frånvaro av sjukdom eller skada. Socialstyrelsens termbank

Begreppen *tillgänglighet, riktighet, sekretess och spårbarhet* är centrala i arbetet för att nå god informationssäkerhet. Inom hälso- och sjukvården ställs följande krav på patientuppgifter:

- Patientuppgifter i vårdgivarens dokumentation ska vara åtkomliga och användbara för den som är behörig. De ska vara *tillgängliga* som underlag för viktiga och i många fall tidskritiska beslut. Det säkerställs exempelvis genom avbrotts- och kontinuitetsplaner och stabila IT-system, kompletterat med goda rutiner för säkerhetskopiering. Avbrotts- och kontinuitetsplanerna ska säkerställa att verksamheten kan fortsätta att fungera även om IT-systemen störs eller slutar att fungera.
- Uppgifterna ska vara *riktiga*, det vill säga att de inte är förvanskade och därmed kan få personalen att fatta fel beslut om vården eller orsaka fel i någon annan vårdrelaterad aktivitet.
- De ska vara *skyddade från obehörig åtkomst*. Detta ställer höga krav på att vårdgivaren har rutiner och system som förhindrar olovlig och obehörig åtkomst, utan att minska uppgifternas tillgänglighet.
- Uppgifter ska vara *spårbara*. Vårdgivaren måste ha rutiner och system som tillåter att olovliga och felaktiga aktiviteter kan identifieras samt knytas till enskilda personer. Om det finns bra rutiner för spårbarhet som alla känner till är det färre som medvetet begår sådana handlingar.

5.2 Förvaltningsplan

För att säkerställa att ansvar och roller är tydliga i all IT-hanteringen inom socialförvaltningens verksamheter finns en förvaltningsplan upprättad med ledning av socialchefen som också är systemägare. Plan och mål för utveckling på området ska kontinuerligt följas. Ärenden bereds av förvaltningsledaren och systemförvaltaren som är socialförvaltningens datastöd.

6 Ansvarsfördelning inom kommunen

6.1 Vårdgivaren (socialnämnden)

Socialnämnden är ytterst ansvarig för patientsäkerheten och att det i kvalitets- och ledningssystemet finns mål och riktlinjer för hur verksamheten ska uppfylla de krav som ställs i Patientdatalagen (2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:40) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården samt Offentlighets- och sekretesslag (2009:400).

Vårdgivaren ska ge direktiv och säkerställa att det i verksamhetens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet finns en dokumenterad informationssäkerhetspolicy.

Vårdgivaren ska utse en eller flera personer som ska ansvara för informationssäkerhetsarbetet. Utsedda ska åiterrapportera säkerhetsarbetet till vårdgivaren en gång per år.

Alla vårdgivare måste uppfylla kraven i föreskrifterna, även om de använder en standard i verksamheten.

6.2 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) & och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Enligt Hälso-och sjukvårdsförordningen 2017:80, 4 kap 6 § ska den medicinskt ansvariga sjuksköterskan se till att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen. Detta gäller också MAR i tillämplig omfattning.

MAS och MAR ansvarar för att tillsammans med verksamhetschefen, eller den som verksamhetschefen utsett, upprätta rutiner för kvalitet och säkerhet.

MAS och MAR har ansvar för att journalföringen möter kraven i patientdatalagen och ska se till att det finns säkra rutiner för journalföringen samt att de följs i verksamheten.

MAS och MAR ansvarar tillsammans med verksamhetschefen, eller den som verksamhetschefen utsett, för att journaler granskas och att det årligen sammanställs en analys av utförda granskningar i patientsäkerhetsberättelsen.

6.3 Verksamhetschef

Verksamhetschefen ska inom ramen för vårdgivarens ledningssystem ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Han eller hon ska formulera mål för verksamheten och se till att dessa mål nås, samt ansvara för att följa upp och analysera verksamheten så att vården kan förbättras.

När det gäller informationshantering ska verksamhetschefen göra uppföljningar som kontrollerar att patientuppgifterna håller hög kvalitet och är lämpliga för ändamålet.

Verksamhetschefen ska säkerställa att personalen har rätt åtkomstbehörigheter för sina arbetsuppgifter. I detta ingår att regelbundet kontrollera att åtkomsten till patientuppgifter är korrekt genom att granska de loggar som dokumenterar åtkomsten.

6.4 Hemsjukvårdschef

I de fall verksamhetschefsansvaret för informationshantering överförs till hemsjukvårdschefen åvilar det denne att göra uppföljningar som kontrollerar att patientuppgifterna håller hög kvalitet och är lämpliga för ändamålet.

Hemsjukvårdschefen ska säkerställa att personalen har rätt åtkomstbehörigheter för sina arbetsuppgifter vilket innebär att ansvara för att journal- och loggranskning genomförs enligt plan.

6.5 Legitimerad personal

Den dokumentationsskyldiga personalen måste vidta åtgärder för att säkerställa sina möjligheter att fullgöra sin dokumentationsskyldighet. Den som för patientjournal ansvarar för sina uppgifter i journalen och ansvarar för att:

- journalen förs i den omfattning lagen kräver
- beakta patientens delaktighet
- använda ett fastställt, begripligt och värdigt språkbruk vid dokumentation

- personliga lösenord och loggar inte blir tillgängliga för obehöriga
- datorer som används inte lämnas oskyddade från obehörig åtkomst
- endast ta del av uppgifter om enskilda som hen behöver för sitt arbete
- hålla sig informerad om vad som är aktuellt och arbeta efter de riktlinjer/rutiner som råder samt bidra till förbättring och utveckling av journalen.

6.6 Förvaltningsledare & systemförvaltare

Förvaltningsledare och systemförvaltare ansvarar för att hantera och uppdatera systemet enligt förvaltningsplan och det utvecklingsarbete som tas fram i kvalitetsgruppen eller som anvisas av ansvariga chefer, MAS och MAR.

6.7 Kvalitetsgrupp

I kvalitetsgruppen ingår utsedda superanvändare och objektspecialister (legitimerad personal), ansvariga chefer inom vård och omsorg, förvaltningsledare, systemförvaltare, MAS och MAR. De ansvarar för att inhämta synpunkter från kollegor, återföra och tillsammans med ansvarig chef implementera ny kunskap. I uppdraget ingår att utbilda och utveckla samt säkerställa att journalen är användarvänlig.

7 Journalhantering

Omvårdnadsdokumentationen utgår från patientens individuella behov och beskriver vårdens planering, genomförande och resultat. Denna dokumentation fungerar bland annat som ett underlag för fortlöpande utvärderingar och revideringar av omvårdnadsinsatserna. Det är betydelsefullt att olika yrkeskategorier lätt kan hitta och läsa de andras anteckningar om de deltar i behandlingen av samma patient.

Patientjournalen ska ligga till grund för en god och säker vård av patienten och är i första hand ett stöd för den eller de som ansvarar för patientens vård. Någon som inte tidigare har träffat patienten ska också kunna använda journalen för att bedöma vilka åtgärder som kan behöva vidtas. Därför måste journalen vara överskådlig så att man lätt kan komma åt den information man behöver. Journalspråket ska också vara enhetligt, vilket enligt förarbetena till patientdatalagen är särskilt viktigt vid sammanhållen journalföring.

Rutinerna för journalföring får inte heller leda till något onödigt administrativt arbete för hälso- och sjukvårdspersonalen. Varje journaluppgift bör om möjligt också bara noteras en gång eftersom dubbeldokumentation tynger journalerna. Med hjälp av en enhetlig struktur blir det också lättare att se om en uppgift redan finns antecknad i journalen och alltså inte behöver journalföras på nytt (prop. 2007/08:126 s. 89).

7.1 Utbildning

En behörighetsutbildning krävs för att nya användare ska kunna dokumentera i journalen. Behörighets- och kompetenshöjande utbildningar ska planeras fortlöpande av kvalitetsgruppen på uppdrag av hemsjukvårdscheferna. Grund- och fortbildning kan ske i grupper eller enskilt på respektive arbetsplats när behov föreligger.

Hemsjukvårdschef och verksamhetschef ansvarar för att det finns en fastställd utbildningsplan framtagen i samråd med kvalitetsgruppen.

7.2 Journalföring och innehåll

I 3 kap. 13 § i patientdatalagen anges att hälso- och sjukvårdens journalhandlingar ska vara skrivna på svenska språket, vara tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå för patienten. En väl förd patientjournal har stor betydelse för patientsäkerheten och ökar hälso- och sjukvårdspersonalens trygghet. Det ska vara lätt att följa bedömningar, överväganden, eventuella komplikationer samt prognosen för den utförda behandlingen.

En bra journalföring minskar risken för missförstånd, till exempel om vården ifrågasätts eller om någon annan tar över ansvaret för en behandling. Den information som patienten har fått ska dokumenteras, liksom de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ. Även ställningstagandet att inte vidta någon åtgärd kan vara en viktig uppgift att dokumentera för uppföljningar av vården.

En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Om uppgifterna finns tillgängliga ska en patientjournal alltid innehålla:

1. uppgift om patientens identitet,
2. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
3. uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,
4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder, och
5. uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning.

Patientjournalen ska innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjordes. En journalanteckning ska signeras av den som svarar för uppgiften. Signering ska ske i anslutning till att anteckningen görs.

Rutinerna ska vidare säkerställa att patientjournalen innehåller 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 göras på ett sådant sätt att den är lätt att uppmärksamma.

Rutinerna för dokumentation av patientuppgifter ska även säkerställa att patientjournalen innehåller:

1. uppgifter om lämnade samtycken,
2. uppgifter om patientens egna önskemål vad avser vård och behandling,
3. de uppgifter som behövs för att tillgodose spårbarhet avseende de medicintekniska produkter som har förskrivits till, utlämnats till eller tillförts en patient,
4. utfärdade intyg och remisser och andra inkommande och utgående uppgifter,
5. uppgifter om vårdplanering, och
6. information som givits till den enskilde och dennes närstående.

7.3 Vårdplan

Enligt patientdatalagen ska en patientjournal bland annat innehålla

”väsentliga uppgifter om planerade och vidtagna åtgärder.”

Planer upprättas lämpligen på de patienter som har stora vårdbehov med många ordinationer eller där det finns annan anledning att upprätta en plan. Vid mindre insatser används enbart ordination. Att upprätta en eller flera planer är legitimerad personals ansvar. En patient kan ha flera planer samtidigt.

Vårdplanen ska om möjligt utformas tillsammans med den enskilde och/eller dennes anhörig/närstående. En vårdplan upprättas inom två veckor efter inskrivning i hemsjukvården och ska vara utformad så att all berörd personal tydligt förstår hur arbetet ska genomföras. Den ska innehålla planerade och pågående insatser och uppföljning av resultat av genomförda insatser. Av vårdplanen ska det framgå planerade omvårdnads- och rehabiliteringsinsatser. Vårdplanen ska vidare beskriva insatser/åtgärder inom ett verksamhetsområde eller samordnade insatser/åtgärder mellan flera verksamhetsområden.

7.4 Pappersjournal

En pappersjournal bestående av aktuellt kundkort och inskrivning utdraget ska alltid upprättas med nödvändig information så att informationssäkerhet kan optimeras vid skyddad identitet samt då det uppstår strömavbrott och datorhaveri.

För att säkerställa vården det närmaste dygnet vid oplanerade driftsstopp ska aktuellt kundkort, inskrivning, aktuell insatskalenderlista och ordinationsunderlag för läkemedel alltid finnas tillgängligt i pappersform.

Rutiner för att hålla arbetsmaterialet (kundkort, inskrivning och insatskalenderlista) aktuellt bör finnas vid varje enhet.

7.5 Journalföring på patient med skyddad identitet

Patienter med skyddad identitet ska endast ha pappersjournal för manuell dokumentation. Sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast/fysioterapeut upprättar en pappersjournal med kundkort och journalblad samt meddelar MAS eller MAR.

7.6 Sökord

I Östhammars kommun används sökord baserade på Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) och Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). De kompletterar varandra och kan användas i ett systematiskt arbetssätt med strukturerad dokumentation i vårdprocessen. ICF kan användas för att beskriva patientens funktionstillstånd, mål, behov samt resultat (funktionstillstånd, måluppfyllelse). KVÅ kan användas för att beskriva planerade och utförda vårdåtgärder (utreda, förebygga, behandla och följa upp) i processen.

7.7 Rättelse eller förstöring

Uppgifter i patientjournalen får inte tas bort eller göras oläsliga. När en felaktig anteckning rättas ska det anges när rättelsen gjordes och vem som gjort den. Både den felaktiga

anteckningen och rättelsen ska synas i journalen. Detta gäller både i den datoriserade patientjournalen och i en eventuell pappersjournal.

Om patienten anser att en uppgift är oriktig eller missvisande ska detta dokumenteras i patientjournalen. Det räcker att dokumentera att patienten har en avvikande uppfattning men det är bra att kortfattat notera patientens synpunkter. Patienten får inte själv skriva i patientjournalen eller bestämma vad den legitimerade personalen ska dokumentera.

Patienten själv eller någon som omnämns i patientjournalen kan begära att journalhandlingen ska förstöras.

Det är endast Socialstyrelsen som får besluta om en journalhandling får lov att förstöras helt eller delvis. Patienten ska lämna sin begäran om förstöring av patientjournalen till Socialstyrelsen. Om Socialstyrelsen fattar beslut om förstöring har vårdgivaren två veckor på sig att förstöra originaljournalen, alla kopior som lämnats till myndigheter, andra vårdenheter, andra vårdgivare etc. Kommer ett sådant beslut om förstöring av en patientjournal ska detta lämnas till MAS och/eller MAR som slutför ärendet tillsammans med den ansvarige legitimerade personalen och förvaltningsledaren.

7.8 Skanning och användning av digitalkamera

Om det finns teknisk möjlighet att skanna information kan detta göras i syfte att samla informationen i patientjournalen. Dokument som skannas in i patientjournalen är journalhandlingar och ska förvaras enligt samma regler som övriga journalhandlingar.

Finns det teknisk möjlighet att använda digitalkamera kan exempelvis utvecklingen av sårläkning eller sittställning vid förskrivning av specifikt hjälpmedel dokumenteras i bilder. Kan inte materialet läggas in direkt i patientjournalen ska det skrivas ut och förvaras i pappersjournalen. Materialet är en journalhandling!

7.9 Rapportering av uppgifter

För att skydda sekretessbelagda uppgifter i patientärende vid rapportering mellan enheter eller mellan legitimerad personal ska detta ske antingen via telefon eller via bevakningsfunktionen i det datoriserade systemet. Inga patientärenden eller uppgifter får rapporteras via e-post.

7.10 Bevarande och gallring av journalhandlingar

Journalhandlingar ska enligt patientdatalagen sparas i 10 år och gallras 10 år efter att sista uppgiften fördes in i handlingen, se [socialnämndens dokumenthanteringsplan](#).

8 Utlämnande av journalhandling

Originalen (pappersversionen) av patientjournalen får aldrig lämnas ut. När patientjournalen är datoriserad finns originalet alltid i systemet.

Finns det tveksamheter kring utlämnandet ska MAS eller MAR kontaktas.

8.1 Utlämnande till patienten

Patienten har rätt att få ta del av sin patientjournal. Undantag regleras i OSL 25kap. 6§.

”Sekretess gäller för den behandlingsbehövande själv för uppgift om hans/hennes hälsotillstånd om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas ut till honom/henne.”

Patienten kan begära ut sin patientjournal genom ett personligt besök, via brev, e-post, telefon eller ombud. Ansvarig legitimerad personal prövar om det finns hinder för utlämnandet enligt OSL 25kap.1§ och 6§ (menprövning). Finns inga hinder för utlämnande av patientjournalen till patienten gäller att patienten skyndsamt ska få ta del av handlingarna. Uppgifterna kan lämnas ut som en kopia, avskrift eller genom att patienten får läsa patientjournalen på plats. Patienter ska erbjudas hjälp vid läsningen. Den som lämnar ut patientjournalen ska förvissa sig om att det är rätt mottagare som tar emot journalhandlingarna.

I patientjournalen ska den som lämnar ut journalkopier dokumentera att en prövning gjorts enligt ovanstående samt att en kopia är utlämnad till patienten, vem som lämnat ut kopian och om kopian är hämtad av patienten, skickad med rekommenderat brev till patienten eller överlämnad på annat sätt.

8.2 Utlämnande till annan än patienten

Annan än patienten själv har rätt att begära ut en journalhandling då dessa är allmänna handlingar som omfattas av sekretess. Om en sådan begäran inkommer ska den legitimerade personal som är ansvarig för patientjournalen göra en sekretessprövning enligt OSL 25kap. 1§. Även om patienten har lämnat sitt samtycke ska en sekretessprövning göras. Om inga sekretessskäl talar emot ett utlämnande kan exempelvis en närstående få ut journalhandlingar. Även här gäller skyndsamhetskravet. Uppgifterna ska lämnas ut enligt samma rutin som till patienten och i dessa fall ska det även dokumenteras till vem man lämnat ut journalhandlingen, att prövning skett enligt OSL 25kap. 1§ samt hur uppgifterna lämnats ut det vill säga om de är hämtade av den som begärt ut dem, skickade med brev eller utlämnade på annat sätt.

8.3 Utlämnande till annan vårdgivare

I dessa fall måste patienten lämna sitt samtycke. Detta noteras i patientjournalen av ansvarig legitimerad personal. När kopior skrivs ut från den datoriserade patientjournalen till vårdgivare utanför den egna kommunen ska det framgå i journalen vem som fått kopian, när den lämnades ut och från vilken del av journalen utskriften är gjord.

8.4 Utlämnande till myndighet

Vid ett tillsynsbesök i verksamheten av exempelvis Inspektionen för vård och omsorg (IVO) efterfrågas ofta kopior av patientjournalen.

9 Patientens rättigheter

En patient har följande rättigheter:

- Läsa sin journal efter menprovning och erbjudas samläsning med legitimerad personal.
- Få ut sin journal utan dröjsmål efter menprovning.
- En anteckning ska göras i journalen om patienten anser att någon uppgift i journalen är missvisande eller oriktig.
- Rätt att få information om någon obehörig har eller har haft åtkomst till journalen.
- Rätt att få ut loggar.
- Rätt att inte bli registrerad i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister, om patienten så önskar.
- Om närstående begär att få ut journal kontaktas MAS, MAR och/eller verksamhetschef för menprovning.

9.1 Sammanhållen journalföring

Enligt patientdatalagen kan vårdgivare få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare genom så kallad sammanhållen journalföring (6 kap. patientdatalagen). Om vårdgivarna använder sammanhållen journalföring kan både vårdgivare och patienter få en samlad bild av patientens vårddokumentation, oavsett hur många eller vilka vårdgivare patienten har kontakt med.

Sammanhållen journalföringen innebär inte att vårdgivarna ska föra anteckningar i varandras journalhandlingar, utan ska enbart ge möjligheten att ta del av andra vårdgivares patientuppgifter. Patienten ska informeras och ge särskilt samtycke för sammanhållen journalföring. Särskild rutin för information och möjlighet att spärra uppgifter skall finnas vid enheten.

Sammanhållen journalföring sker mellan kommunens Närvårdsenhet och enheter inom Regionen i Cosmic.

10 Journal- och loggranskning

Det är inte tillåtet att ta del av personuppgifter genom att läsa journalanteckningar på personer som man inte har en vårdrelation med. Den som olovligen tar del av sekretessbelagda uppgifter bryter mot Patientdatalagen och kan dömas för dataintrång.

För att säkerställa att ingen använder sin behörighet på ett otillåtet sätt görs loggningar i systemet. Syftet med loggningen är att både verka avhållande från samt att upptäcka otillåtet intrång.

Vårdgivaren ansvarar för att det finns rutiner som säkrar att det av loggarna framgår

- tidpunkt för inloggningen
- användarens och patientens identitet

ges möjlighet att bedöma om inloggning gjorts av behörig person

Vårdgivaren ska även ha rutiner som säkerställer att återkommande stickprovskontroller görs och dokumenteras och att loggarna sparas i tio år.

Logg- och journalgranskning sker dels genom att MAS och MAR årsvis bestämmer vilken födelsedag och månad som ska granskas i fastställd kontrollmånad eller vid misstanke om dataintrång. Granskning sker 4 gånger per år samt vid stickprov.

Hemsjukvårdscheferna för respektive område granskar logglistorna i samband med journalgranskningen för att se om journalerna har hanterats av endast behörig personal. Om granskningen visar att obehörig personal hanterat journalen ska det anmälas till verksamhetschef för att en utredning ska starta.

Hemsjukvårdschefer granskar tillsammans med MAS och MAR journaler vid 2 tillfällen enligt mall (bilaga 1). Journalgranskningen sker vid 2 tillfällen av superanvändarna som vid ett fastställt datum granskar sina egna två första öppnade journaler enligt mall. MAS, MAR och hemsjukvårdschefer sammanställer granskningarna för analys och återkoppling av resultat till verksamheten.

Sammanställningen av genomförda granskningar lämnas av MAS och MAR till nämnden i patientsäkerhetsberättelsen.

11 Referenser

- [Patientdatalag \(2008:355\)](#)
- [Patientsäkerhetslag \(2010:659\)](#)
- [Offentlighets- och sekretesslag \(2009:400\)](#)
- [HSLF:FS 2017:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd](#)

Bilaga 1 - Journalgranskning i Combine

Uppdraget kommer från MAS enligt rutin.

Syfte

Granskningsmallen är ett hjälpmedel vid granskning av legitimerad personals dokumentation i patienters journal. Resultatet ger ett underlag vid utvärdering av dokumentationen och kan användas som ett diskussionsunderlag.

Journalgranskning är även en kvalitetssäkring för god vård.

Granskning med mallen ger en uppfattning:

- Om dokumentationen följer omvårdnadsprocessens steg enligt ICF struktur.
- Om dokumentationen är fullständig, för omfattande eller ofullständig för varje steg i omvårdnadsprocessen.
- Om det går att följa ett relevant omvårdnadsförlopp i dokumentationen i relation till bedömt behov av insats.

Hjälp för användandet av granskningsmall

Tillvägagångssätt och bedömningskriterier

Snabbläs journalen du ska granska för att bilda en uppfattning om patientens bedömda behov och dokumenterade insatser följer omvårdnadsprocessens struktur.

Använd mallen:

1. Fyll i ett alternativ i de markerade rutorna. Följande alternativ finns:
 - **Ja,**
 - **Nej**
 - **Nej, men heller inte relevant.**
2. Anteckna eventuella avvikelser/iakttagelser under **kommentarer** vid varje fråga.
3. Gör en totalbedömning av omvårdnadsjournalen

Läs igenom omvårdnadsdokumentationen och gör därefter bedömning och fyll i ett alternativ:

- **Fullständigt,**
- **Ofullständigt**
- **För omfattande/brustext**

Hjälpstext vid bedömningen av dokumentationen

Beakta att uppgifter ska ställas mot bedömt uppdrag. T ex patient A bor på särskilt boende kontra patient B fått hjälpmedel förskrivet. Patient A kan då förväntas ha en mer omfattande anamnes/inskrivning och fler aktiva hälsoärenden mm.

Inskrivning/ Anamnes	Hälsa och levnadsförhållanden före inskrivning i hemsjukvård Omvårdnads/rehabplanering	Ger uppgifterna en tydlig bild av patienten? Hur patienten lever, vårdkontakter, egenvårdsförmåga? Finns en övergripande planering för tänkta vårdinsatser?
Hälsoärende	Hälsosituation och förhållanden som påverkar den aktuella omvårdnaden	Ger uppgifterna i hälsoärendena en tydlig bild av patientens aktuella hälsosituationer och risker? Uppdaterade hälsoärenden? Förändringar i patientens hälsosituation/risker?
Aktuella hälsoärenden	Problem/resurs/risk Problemformulering formulerat för varje identifierat hälsoärende	Utgår de analyserade vårdbehoven från uppgifter i anamnes/ inskrivning? Finns en tydlig koppling mellan anamnes/inskrivning och pågående hälsoärenden? Framgår det i hälsoärendena vad åtgärderna ska fokusera på? Finns det dokumenterat processteg utreda/bedöma patientens egenuppfattade - / Bedömt- och avsett funktionstillstånd?
	Mål Förväntat resultat, en prognos.	Är de formulerade målen realistiska och mätbara? Observera att målet inte ska vara formulerat som en åtgärd.

	Planerade åtgärder Vad som ska göras. "Huret"	Beskriver åtgärderna tydligt vad som ska genomföras? Går det att utläsa när det ska göras, hur ofta och av vem? Kan de planerade åtgärderna leda till att målet uppfylls?
	Utförda åtgärder	Går det att tydligt utläsa om åtgärderna har blivit genomförda? Observera att det kan vara uppgifter eller värden som dokumenteras i andra delar av journal.
	Effekter eller uteblivna effekter av åtgärder	Hur har det gått? Vilken effekt ser man av åtgärden? Har åtgärderna lett till en förbättring, försämring eller ses ingen förändring?
	Utvärdering av mål	Finns det beskrivet om målen är uppnådda eller inte uppnådda?
Totalbedömning	Bedömning av hela omvårdnadsjournalen	Är den totala omvårdnadsdokumentationen i journalen fullständig, för omfattande eller saknas väsentlig dokumentation, finns det "brustext" t ex anteckningar som inte är avsedda för patient utan är rena arbetsanteckningar. För att bedömas som fullständig ska det gå att följa ett förlopp i dokumentationen enligt omvårdnadsprocessen. Det ska gå att få en total tydlig bild av vilka vårdbehov patienten har, planerade omvårdnadsåtgärder, hur det gick/går och utvärdering av mål och åtgärder.

Granskningsmall

Inskrivning/Anamnes	JA	NEJ	Nej, men heller inte relevant	Kommentar
Medicinsk diagnos				
Hälsohistoria				
levnadsvana				
egenvård				
Pågående vårdkontakt				
Läkemedelshantering				
Social situation				
Boendesituation				
Medgivande/Samtycke				
Skydds-och begränsningsåtgärder				
Nytto-och riskanalys vid skyddsåtgärder				
Utvärdering av skyddsåtgärder				
Planering				
Medicinsk vårdplanering				
Läkarkontakt				
Anhörig kontakt				
Omvårdnads/rehabplanering				
Planering för patient som faller ofta				
Resultat bedömningsinstrument				
Visam beslutsstöd				