3.09

Uppsala KOMMUN

KONTORET FÖR HÄLSA, VÅRD OCH OMSORG

Handläggare
Monica Brundin

Datum
2014-05-20

Diarienummer
ALN-2014-0237.37

Äldrenämnden

Riktlinje för informationshantering och journalföring gällande hälso- och sjukvård

Förslag till beslut
Äldrenämnden föreslås besluta

att anta Riktlinje för informationshantering och journalföring gällande hälso- och sjukvård

Sammanfattning
Syftet med en patientjournal är att bidra till en god och säker vård. Den är avsedd att vara ett stöd för den eller de personer som ansvarar för vården. 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 används även som underlag i vissa rättsliga sammanhang och vid forskning.

Vårdgivaren ansvarar för att ledningssystemet innehåller en dokumenterad informationssäkerhetspolicy och rutin för journalhanteringen. Utföraren ska särskilt beakta att:

- patientuppgifterna håller hög kvalitet
- anteckningarna är lämpliga för ändamålet
- personalen har rätt åtkomstbehörigheter för sina arbetsuppgifter
- loggranskning genomförs systematiskt
- hantering av informationssäkerheten säkras
- expertanvändare utses
- behörighets- och kompetenshöjande utbildningar sker fortlöpande

Kontoret för hälsa, vård och omsorg

Tomas Odin
Tf direktör

Postadress: Uppsala kommun, kontoret för hälsa, vård och omsorg, 753 75 Uppsala
Besöksadress: Stationsgatan 12 • Telefon: 018-727 87 00 (växel) • Fax: 018-727 87 10
E-post: halsa-vard-omsorg@uppsala.se
www.uppsala.se

Bilaga

Uppsala KOMMUN

KONTORET FÖR HÄLSA, VÅRD OCH OMSORG

Diarienummer
ALN-2014-0237

Riktlinje för informationshantering och journalföring gällande hälso- och sjukvård

Utgår från övergripande styrdokument för hälso- och sjukvård i Uppsala kommun omfattande ÄLN och NHO ansvarsområden

Dokumentnamn Riktlinje för informationshantering och journalföring gällande hälso- och sjukvård			
Fastställt av Äldrenämnden			
Dokumentansvarig Medicinskt ansvariga vid sektionen för medicinskt vård- och rehabiliteringsansvar (SMA)			
Dokumentidentitet Riktlinje	**Version** 1	**Datum** 2014-05-16	**Status Beslut** ÄLN 2014-06-11

Innehåll

Sammanfattning 3
Bakgrund 4
Syfte 4
Informationssäkerhetspolicy 4
Termer och begrepp. 5
Ansvarsfördelning 6
Huvudman och vårdgivare 6
Medicinskt ansvariga 7
Verksamhetschef 7
Legitimerad personal 7
Systemförvaltare 7
Expertanvändare 7
Genomförande 8
Journalhantering 8
Utbildning 8
Journalföring och innehåll 8
Driftstopp - Pappersjournal 10
Journalföring på patient med skyddad identitet 10
Sökord 10
Rättelse eller förstöring 10
Användning av skanner och digitalkamera 11
Rapportering av uppgifter via e-post och fax 11
Bevarande av journalhandlingar 11
Utlämnande av journalhandling 11
Utlämnande till patienten 11
Utlämnande till annan än patienten 12
Utlämnande till annan vårdgivare 12
Utlämnande till myndighet 12
Patientens rättigheter 12
Sammanhållen journalföring 12
Loggranskning 13
Journalgranskning 13
Referenser 13
Bilaga 1 Försättsblad till pappersjournal 14
Bilaga 2. Journalblad 15
Bilaga 3. Granskningsschema 16

Sammanfattning

Syftet med en patientjournal är att bidra till en god och säker vård. Den är avsedd att vara ett stöd för den eller de personer som ansvarar för vården. 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 används även som underlag i vissa rättsliga sammanhang och vid forskning.

Vårdgivaren ansvarar för att ledningssystemet innehåller en dokumenterad informationssäkerhetspolicy och rutin för journalhanteringen. Utföraren ska särskilt beakta att:

- patientuppgifterna håller hög kvalitet
- anteckningarna är lämpliga för ändamålet
- personalen har rätt åtkomstbehörigheter för sina arbetsuppgifter
- loggranskning genomförs systematiskt
- hantering av informationssäkerheten säkras
- expertanvändare utses
- behörighets- och kompetenshöjande utbildningar sker fortlöpande

Bakgrund

En journalhandling definieras i 1kap. 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 henne eller honom.

En patientjournal ska bidra till en god och säker vård och ska skrivas med respekt för patientens integritet och värdighet. Journalen utgör ett arbetsverktyg och är en informationskälla för bedömning av de åtgärder som kan behöva vidtas av hälso- och sjukvårdspersonal samt en informationskälla för patienten.

Patientjournalen är 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 används även som underlag i vissa rättsliga sammanhang och vid forskning[1].

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 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.

Syfte

Säkerställa att hälso- och sjukvårdens processer dokumenteras på ett strukturerat och säkert sätt samt att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientjournallagen.

Informationssäkerhetspolicy

Vårdgivaren ansvarar för att ledningssystemet innehåller en dokumenterad informationssäkerhetspolicy. 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.

[1] Prop. 2007/08:126 s. 89 och 233.

- 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.

Termer och begrepp.

Anhörig: person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna

Diagnos: bestämning och benämning av sjukdom, skada, störning eller förändring i kroppsfunktion

Gallra journal: förstöra journalhandling med stöd av lagen

Hälso- och sjukvård: åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa

Informationssäkerhetspolicy: policy som anger mål och inriktning för samt styr en organisations informationssäkerhetsarbete

Inspektionen för vård och omsorg (IVO): bedriver tillsyn över verksamheter inom socialtjänstområdet och hälso- och sjukvården samt över hälso- och sjukvårdspersonal i deras yrkesutövning

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

Ledningssystem: system för att fastställa grundprinciper för ledning av verksamheten och ställa upp mål samt för att uppnå dessa mål

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) *Medicinskt ansvarig för rehabilitering* (MAR) har det medicinska ansvaret för kommunens hälso- och sjukvård, enligt HSL 24 § och patientsäkerhetsförordningen 2010:1 369, 7 kap 3§. Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering får en sjukgymnast eller en arbetsterapeut fullgöra uppgiften

Medicinteknisk produkt: produkt som används för att påvisa, förebygga, övervaka, behandla eller lindra en sjukdom, påvisa, övervaka, behandla, lindra eller kompensera en skada eller en funktionsnedsättning, undersöka, ändra eller ersätta anatomi eller en fysiologisk process

Nationell patientöversikt (NPÖ) är en nationell tjänst som möjliggör för behörig vårdpersonal att med en patients samtycke, ta del av vårdinformation som finns hos andra anslutna landsting, kommuner och privata vårdgivare

Närstående: person som den enskilde anser sig ha en nära relation till

Patient: person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård

Patientjournal: en eller flera journalhandlingar som rör samma patient

Patientsäkerhet: skydd mot vårdskada

Rensa journal: avlägsna arbetsmaterial från journalen som inte är journalhandling.

Samtycke: frivillig, särskild och otvetydig viljeyttring genom vilken en person som tillfrågats om något, efter att ha fått information, godtar det frågan gäller

Signera: påföra signatur i syfte att styrka riktighet och säkerställa spårbarhet

Systemägare: systemägare (eller motsvarande) med ansvar för avtals, ekonomi- och personella frågor

Systemadministratör: person som ansvarar för administration och drift av ett eller flera datorsystem

Verksamhetschef: enligt 29 § första stycket HSL ska det inom hälso- och sjukvård finnas någon som svarar för verksamheten

VIPS: modellen (välbefinnande, integritet, prevention, säkerhet)

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)

Vårdplan: vård- och omsorgsplan som beskriver hälso- och sjukvård för en enskild patient

Överkänslighet: ökad känslighet för normala stimuli oberoende av bakomliggande mekanism

Ansvarsfördelning

Huvudman och vårdgivare

Huvudmannen ansvarar för att det finns riktlinjer för hur verksamheten skall uppfylla de krav som ställs i Patientdatalagen (2008:355) PSL och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården samt Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) OSL.

Vårdgivaren ska säkerställa att det i verksamhetens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet finns en dokumenterad rutin för journalhantering samt en informationssäkerhetspolicy. Vårdgivaren ska utse en eller flera personer som har ansvar för informationssäkerhetsarbetet och årligen följer upp och rapporterar vilka granskningar,

skyddsåtgärder, riskanalyser och förbättringsåtgärder som gjorts under året[2]. Avvikelser och förbättringsåtgärder dokumenteras i patientsäkerhetsberättelsen. Rutinerna ska bygga på den specifika verksamhetens inriktning och organisation.

Medicinskt ansvariga

Enligt patientsäkerhetsförordningen 2010:1369, 7 kap 3§ skall de medicinskt ansvariga se till att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen. Medicinskt ansvariga ansvarar för att det finns riktlinjer för journalhantering och att journalföringen är säker och håller god kvalitet.

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.

När det gäller informationshantering ska verksamhetschefen göra uppföljningar som kontrollerar att patientuppgifterna håller hög kvalitet och är lämpliga för ändamålet. Vidare ska verksamhetschefen säkerställa att personalen har rätt åtkomstbehörigheter för sina arbetsuppgifter. Verksamhetschefen ansvarar för att loggranskning genomförs systematiskt så att hantering av informationssäkerheten kan säkras.

Legitimerad personal

Den legitimerade personalen måste säkerställa fullgörandet av sin dokumentationsskyldighet och ansvarar för att:

- journalen förs i den omfattning lagen kräver
- beakta patientens delaktighet
- använda ett fastställt, begripligt och värdigt språkbruk
- personliga lösenord inte blir tillgängliga för obehöriga
- det elektroniska dokumentationsstöd som används skyddads från obehörig åtkomst
- endast ta del av uppgifter om enskilda som hen behöver för sitt arbete samt delge berörd personal tillämplig information
- hålla sig informerad om vad som är aktuellt, arbeta efter de riktlinjer/rutiner som råder samt bidra till förbättring och utveckling av journalen

Om det finns studenter i verksamheten så är det alltid handledaren som har ansvar för i vilken omfattning studenten har åtkomst samt ansvar för de journalanteckningar studenten gör.

Systemförvaltare

Systemförvaltare är dataföretagens benämning på administratörer för hantering av journalsystem. Systemförvaltaren arbetar med att hantera, uppdatera och på uppdrag vidareutveckla journalsystemet utifrån anvisade riktlinjer och kvalitetsarbeten.

Expertanvändare

Expertanvändare utses av verksamhetschefen och ansvarar på uppdrag av denne för att:

- arbetsplatsen/ansvarsområdet har adekvat information om journalsystemet
- tillsammans med verksamhetschefen utbilda medarbetare i journalsystemet

[2] SOSFS 2008:14. Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården

- vara arbetsplatsens lokala dokumentationsstöd och support
- vara den som kontaktar central support vid frågor som inte kan lösas på arbetsplatsen lokalt
- vara mottagare av nyhetsbrev/utskick m.m. gällande journalsystemet
- tillsammans med verksamhetschefen dokumentera och implementera lokala journalhanteringsrutiner
- delta på expertanvändarträffar

Genomförande

Journalhantering

Journalspråket ska vara enhetligt enligt förarbetena till patientdatalagen[3] vilket är särskilt viktigt vid sammanhållen journalföring. Journalen utgår från patientens individuella behov och beskriver vårdens planering, genomförande och resultat. Dokumentationen fungerar bland annat som ett underlag för fortlöpande utvärderingar och revideringar av hälso- och sjukvårdsinsatserna. 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. Journalen ska vara överskådlig och det ska vara lätt att komma åt den information som behövs, även för den som inte träffat patienten tidigare.

Journalföring ska inte leda till onödigt administrativt arbete och varje journaluppgift bör om möjligt 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.

Utbildning

En utbildning krävs för att nya användare ska kunna dokumentera i den elektroniska journalen. IT-HVK ansvarar för att utbilda expertanvändare till varje enskild utförare och därefter ansvarar verksamhetschef tillsammans med expertanvändare att utbilda övrig personal. Grund- och fortbildning kan ske i grupper eller enskilt på respektive arbetsplats när behov föreligger och ska planeras fortlöpande av verksamhetschefen.

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.

[3] prop. 2007/08:126 s. 89

Kravet på journalföring gäller vid vård av patienter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen. Den som är skyldig att föra journal kan inte underlåta detta av den anledningen att patienten inte vill att journal förs.

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. uppgifter om lämnade samtycken
3. 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
4. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
5. uppgift om ställd diagnos
6. väsentliga uppgifter om planerade och vidtagna åtgärder
7. uppgifter om resultat, utvärderingar och sammanfattningar av genomförd vård och behandling
8. uppgifter om patientens delaktighet och egna önskemål vad avser vård och behandling
9. uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstagandena som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning
10. uppgifter som behövs för att tillgodose spårbarhet avseende de medicintekniska produkter som har förskrivits, utlämnats till eller tillförts en patient
11. utfärdade intyg och remisser och andra inkommande och utgående uppgifter
12. uppgifter om vårdplanering
13. information som givits till närstående

Uppgifter som inhämtas till journalen ska innehålla information om vem som lämnat uppgiften samt tidpunkt.

Patientjournalen och tillhörande bilagor ska vidare 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 eller senast vid arbetspassets slut. Är signering inte gjord inom 48 timmar blir anteckningen låst av systemet.

Vårdplanering och vårdplaner

Enligt patientdatalagen ska en patientjournal som ovan nämnts bland annat innehålla "*väsentliga uppgifter om planerade och vidtagna åtgärder*." Planer upprättas för de som har hälso-och sjukvårdsinsatser och bidrar till strukturerad dokumentation. Vårdplaner ska upprättas både för det samlade vårdbehovet och för specifika insatser.

Vårdplaner ska i första hand utformas tillsammans med patienten och/eller dennes anhörig/närstående. Nödvändiga vårdplaner ska upprättas snarast efter inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård och vara utformade så att all berörd personal tydligt förstår hur arbetet ska genomföras. Den ska innehålla bedömning, analys, mål, planerade och pågående insatser samt uppföljning av resultat och tydliggöra specifika omvårdnads- och rehabiliteringsinsatser. Vårdplanen kan beskriva insatser inom ett verksamhetsområde eller samordnade insatser mellan flera verksamhetsområden.

Driftstopp - Pappersjournal

En sammanhållen[4] pappersjournal med försättsblad, (bilaga1 och 2) ska alltid upprättas med nödvändig information så att patient- och informationssäkerheten kan optimeras vid strömavbrott och datahaveri. För att säkerställa vården det närmaste dygnet vid oplanerade driftsstopp ska försättsbladet och ordinationsunderlag för läkemedel alltid finnas tillgänglig i pappersform. Rutiner för att hålla pappersjournal aktuell med nödvändig information ska finnas vid varje enhet. Efter att driftstoppet upphört skall de anteckningar som gjorts i pappersjournalen skyndsamt föras in i e-journalen.

Journalföring på patient med skyddad identitet

Patient med skyddad identitet ska endast ha pappersjournal för manuell dokumentation. Sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast skapar en pappersjournal med försättsblad och journalblad (bilaga 1 och 2) och meddelar medicinskt ansvariga så att hanteringen kan säkerställas till skydd för den enskilde.

Sökord

I kommunens patientjournalsystem[5] används en kombination av VIPS - modellen och klassificeringsstrukturen ICF för att strukturera journalen.
Syftet med VIPS och ICF är att:

- stödja informationsstrukturen genom hela vårdprocessen genom att dokumentationen utförs på ett enhetligt och strukturerat sätt
- informationen ska kunna hittas och tolkas där den behövs
- följa nationellt fastställda termer och begrepp, klassifikationer och övriga kodverk

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.

Det är endast IVO som får besluta om en journalhandling får lov att förstöras helt eller delvis. Patienten själv eller någon som omnämns i patientjournalen kan begära att journalhandlingen ska förstöras genom att lämna begäran om förstöring av patientjournalen till IVO. Kommer ett beslut om förstöring av en patientjournal ska detta lämnas till medicinskt ansvariga som slutför ärendet tillsammans med ansvarig verksamhetschef och systemförvaltare inom två veckor.

---

[4] En sammanhållen pappersjournal innebär att det bara ska finnas en pappersjournal per patient och att arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska var för sig ansvarar för att hålla försättsbladet aktuellt.
[5] Alla utförare som utför hälso- och sjukvård och har avtal med Uppsala kommun använder samma journalsystem. (Siebel)

Användning av skanner och digitalkamera

Inskanning av dokument är inte tillåtet i aktuellt journalsystem då det saknas en säker teknisk lösning. Bilagor som tillhör journalen får därför inte skannas in utan bifogas pappersjournal. Väsentlig information ska sammanfattas i den digitala journalen. Finns det teknisk möjlighet att använda digitalkamera kan exempelvis utvecklingen av sårläkning eller sittställning vid förskrivning av specifikt hjälpmedel dokumenteras i bilder. Materialet är en journalhandling.

Rapportering av uppgifter via e-post och fax

För att skydda sekretessbelagda uppgifter i patientärenden vid rapportering mellan enheter eller mellan legitimerad personal ska dokumenten vara avidentifierade.

Bevarande av journalhandlingar

Journalhandlingar ska bevaras och arkiveras, enligt Uppsala kommuns bevarande- och gallringsplan. De handlingar som förvaras hos kommunarkivet gallras av arkivmyndigheten. Innan överlämnande till kommunarkivet ska pappersjournalen rensas från arbetsmaterial av ansvarig legitimerad personal i förekommande fall.

Utlämnande av journalhandling

Inom hälso- och sjukvården råder sekretess och tystnadsplikt. Om personalen omfattas av sekretess eller tystnadsplikt avgörs av vem som är arbetsgivare.
Den som är anställd av en kommun, kommunalt bolag eller stat omfattas av OSL (hälso- och sjukvårdsfrågor regleras i 26 kap) och därmed sekretess. För den som arbetar hos en privat vårdgivare råder tystnadsplikt enligt 6 kap 1 § patientsäkerhetslagen.

Utlämnande till patienten

Patienten har rätt att få ta del av sin patientjournal efter menprövning. Privata utförare kan ta vägledning av det som regleras i OSL 25kap. 6§. *Sekretess gäller för den behandlingsbehövande själv, för uppgift om hennes/hans hälsotillstånd om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas ut till henne/honom.*

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. 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 journalen på plats. Patienten ska erbjudas hjälp vid läsningen. Den som lämnar ut patientjournalen ska förvissa sig om att det är rätt mottagare som tar emot handlingarna.

Den som lämnar ut journalkopian ska dokumentera i journalen att

- en prövning gjorts enligt ovanstående
- kopia är utlämnad till patienten
- vem som lämnat ut kopian
- hur kopian är överlämnad till patienten

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 hos den kommunala utföraren. Privata utförare omfattas av tystnadsplikt enligt PSL kap 6, 12§. Om en sådan begäran inkommer ska den legitimerade personalen som är ansvarig för patientjournalen göra en prövning (menprövning) enligt PSL eller OSL. Även om patienten har lämnat sitt samtycke ska en menprövning göras och kan leda till att endast vissa delar av handlingen lämnas ut. Om inga skäl talar emot ett utlämnande kan exempelvis en närstående få ut journalhandlingar och 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 menprövning skett 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.

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 annan vårdgivare ska det framgå i journalen vem som fått kopian, när den lämnades ut och från vilken del av journalen utskriften är gjord.

Utlämnande till myndighet

Tillsynsmyndigheter som exempelvis IVO har rätt att ta del av patientjournalen.

Patientens rättigheter

Patienten har rätt att:

- läsa sin journal efter menprövning och erbjudas samläsning med legitimerad personal
- få ut sin journal utan dröjsmål efter menprövning
- få en anteckning gjord i journalen om patienten anser att någon uppgift i journalen är missvisande eller oriktig
- få information om någon obehörig har eller har haft åtkomst till journalen
- få ut loggar
- inte bli registrerad i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister, om patienten så önskar

Sammanhållen journalföring

Enligt patientdatalagen kan vårdgivare få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare genom så kallad sammanhållen journalföring (6 kap PDL). Om vårdgivarna använder sammanhållen journalföring kan vårdgivare få en översikt av vårddokumentationen, oavsett hur många eller vilka vårdgivare patienten har kontakt med. Sammanhållen journalföring innebär inte att vårdgivarna ska föra anteckningar i varandras journalhandlingar, utan ska enbart ge möjligheten att ta del av andra vårdgivares patientuppgifter. Patienten skall informeras och ge särskilt samtycke för sammanhållen journalföring. Särskild rutin för information och möjlighet att spärra uppgifter skall finnas vid enheten. Nationell patientöversikt (NPÖ) är exempel på detta.

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 av verksamhetschef varje månad. Stickprovskontroller gällande loggar genomförs av HVK[6]. Syftet med loggningen är att både förebygga och upptäcka otillåtet intrång. Om granskningen visar att obehörig personal hanterat journalen skall en utredning starta och information om detta görs till medicinskt ansvariga. Loggar ska dokumenteras och sparas enligt Uppsalas kommuns bevarande- och gallringsplan.

Journalgranskning

Journalgranskning ska utföras en gång i kvartalet genom att medicinskt ansvariga årsvis bestämmer vilken födelsedag och månad som skall granskas i fastställd kontrollmånad eller vid misstanke att obehörig tagit del av journal. Granskning av journalerna genomförs av verksamhetschef enligt hälso-och sjukvård utifrån mall (bilaga 3). Verksamhetschef sammanställer, analyserar och återkopplar resultat i patientsäkerhetsberättelsen.

Medicinskt ansvariga gör regelbundna stickprovskontroller för att se till att journalföringen är säker och håller god kvalitet samt att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i PDL. Analys och sammanställning av samtliga journalgranskningar sker i den övergripande patientsäkerhetsberättelsen.

Referenser

Hälso– och sjukvårdslag (1982:763) HSL

Offentlighets- och sekretesslag (2009:400) OSL

Patientdatalag (2008:355) PDL

Patientsäkerhetslag (2010:659) PSL

Patientsäkerhetsförordning (2010:1369)

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården

[6] Rutin kring loggning och loggrapporter för Siebel Uppsala kommun

Uppsala KOMMUN
KONTORET FÖR HÄLSA, VÅRD OCH OMSORG

Bilaga 1 Försättsblad till pappersjournal

Namn	Personnummer	Datum/uppdatering
Adress	Telefonnummer	Information medgives till närstående □ ja □ nej
Närstående 1	Telefonnummer	Ringa nattetid □ ja □ nej
Närstående 2	Telefonnummer	Ringa nattetid □ ja □ nej
□ Nedsatt syn	□ Nedsatt hörsel	□ Rörelsehinder

Överkänslighet	Varning	Smitta	Observandum

Medicinsk diagnos

Viktig information	Vad som ska sparas/gallras står i Uppsala kommuns bevarande- och gallringsplan **Innehåll i Pappersjournal** 1. Försättsblad 2. Journalblad och utdrag 3. Pratordokument – samordnad utskrivningsplan 4. Epikriser 5. Journalkopior från andra vårdgivare 6. Remisser och remissvar 7. Bedömningsinstrument 8. Förskrivning/hyra av tekniska hjälpmedel 9. Handlingar om bostadsanpassning

Ej journalhandling

Uppsala KOMMUN

KONTORET FÖR HÄLSA, VÅRD OCH OMSORG

Bilaga 2. Journalblad

Namn:.....Personnummer:.....

Datum	Sökord	Anteckning	Sign

Version 1, Riktlinje för informationshantering och journalföring gällande hälso- och sjukvård 140516.

Bilaga 3. Granskningsschema

Verksamhet och enhet:

Granskare:

Datum:

	Ja	Nej	Delvis	Kommentar
Bakgrundsfakta				
Observation/varning				
Samtycke				
Bedömning/status				
Vårdplan/er				
Mål				
Ordination/åtgärder				
Utförande/resultat				
Begripligt/värdigt språkbruk				
Vedertagna förkortningar				
Patientens delaktighet				

Analys: