

2 Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientlagen

2.1 Syfte med patientjournal

Patientjournalen har olika funktioner och ska spegla innehållet i de viktigaste delarna i vården. Detta innebär att de olika steg i vårdprocessen som sker med patienten utifrån perspektiven bedömning, planering, genomförande, resultat och utvärdering.

Patientjournalen ska säkerställa en god och säker vård av patienten.

En patientjournal är även en informationskälla för patienten, för uppföljning och utveckling av verksamheten, för tillsyn och rättsliga krav, för uppgiftsskyldighet enligt lag samt för forskning.

2.1.1 När ska patientjournal föras?

Vid vård av patient ska patientjournal föras. Patientjournalen ska föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter. Med vård avses i denna lag även undersökning och behandling.

2.1.2 Vad avses med patientjournal och journalhandling?

Med patientjournal avses de anteckningar som görs och de handlingar som upprättats eller inkommer i samband med vården och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden och om vårdåtgärder.

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

2.1.3 Syfte

Syftet med att föra patientjournal är i första hand att bidra till en god och patientsäker vård för patienten. En patientjournal utgör även underlag för bedömning av åtgärder som kan behöva vidtas av den som inte tidigare träffat patienten.

En patientjournal utgör också ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbete inom vården samt ett underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll av den vård som patienten fått.

En otillräcklig dokumentation utgör en patientsäkerhetsrisk.

2.2 Ansvar och innehåll i journal

Vårdgivare

Vårdgivaren har enligt Patientdatalagen bland annat ansvar för att rutiner för säker dokumentation ingår i verksamheternas ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och att:

- uppgifter om den enskilde i vårdgivarens dokumentation är åtkomlig och användbar för den som är behörig (tillgänglighet)
- uppgifterna om den enskilde är oförvanskade (riktighet)
- obehöriga inte ska kunna ta del av uppgifterna (sekretess)

- det är möjligt att i efterhand kunna härleda åtgärder till en identifierad användare

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i kommunen har ett övergripande ansvar för att se till att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i Patientdatalagen (2008:355). MAS fastställer att det finns riktlinjer och rutiner för vad en patientjournal ska innehålla samt följer upp att journaler skrivs i den omfattning som lagar och författningar kräver.

Verksamhetschefen enligt HSL har inom ramen för ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet **ansvar för:**

- att **lokala rutiner för informationsöverföring skapas** så att patientsäkerheten tillgodoses
- att planera verksamheten så att det finns tid avsatt för dokumentation enligt Patientdatalagen och Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2008:14 om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården
- att ansvara för att lagar, föreskrifter från Socialstyrelsen, riktlinjer som är fastställda av MAS samt att **lokala rutiner** är väl kända, används och följs upp i det dagliga arbetet inom verksamheten
- att följa upp dokumentationens kvalitet och ändamålsenlighet
- att utdelade behörigheter för åtkomst till patientuppgifter är ändamålsenliga och förenliga med hälso- och sjukvårdspersonalens och andra befattningshavares aktuella arbetsuppgifter
- att själv eller genom uppdrag till annan följa upp informationssystemets kvalitet och användning samt att personalen följer bestämmelser för hantering av personuppgifter genom regelbunden kontroll av loggar
- att loggar sparas i 10 år i systemet enligt Riktlinjer för loggkontroll

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen, entreprenörer, uppdragstagare eller annan som utför hälso- och sjukvårdsarbete på uppdrag av vårdgivaren ansvarar för

- att föra patientjournal enligt Patientdatalagen
- att personliga lösenord och loggar inte blir tillgängliga för obehöriga
- att datorer som används inte lämnas oskyddade från obehörig åtkomst
- att endast ta del patientuppgifter som han/hon behöver för sitt arbete inom hälso- och sjukvården

2.2.1 Vilka är skyldiga att föra journal?

Skyldig att föra patientjournal är

1. den som enligt 3 kap. 3§ Patientdatalagen (2008:355) har legitimation eller särskilt förordnande att utöva ett visst yrke
2. den som, utan att ha legitimation för yrket, utför arbetsuppgifter som annars bara ska utföras av logoped, psykolog eller psykoterapeut inom den allmänna hälso- och

sjukvården eller utför sådana arbetsuppgifter inom den enskilda hälso- och sjukvården som biträde åt legitimerad yrkesutövare

3. den som är verksam som kurator i den allmänna hälso- och sjukvården

Patientjournal ska föras för personer som erhåller vård enligt Patientdatalagen 3 kap. 1§ – inom korttidsvård, särskilt boende enligt SoL och LSS, vid vistelse i daglig verksamhet och dagverksamhet.

Syftet med patientjournalen är i första hand att bidra till en god och säker vård för patienten.

Var och en som för patientjournal svarar för sina uppgifter i journalen.

2.2.2 Vad ska en patientjournal innehålla?

En patientjournal får innehålla endast de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten under den tid patienten vistas på enheten. Uppgifterna ska föras in i journalen så snart som möjligt.

Patientjournalen ska innehålla:

- uppgift om patientens identitet och kontaktuppgifter
- väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
- uppgift om ställd diagnos, aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
- uppgifter om vårdplanering och väsentliga uppgifter om planerade och vidtagna åtgärder samt resultat av dessa
- uppgifter om lämnat samtycke
- uppgifter om förskrivna och utlämnade medicintekniska produkter
- uppgifter om överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen – markering ska göras på ett sådant sätt att den är lätt att uppmärksamma
- uppgifter om information som givits patientbrukare och anhöriga/närstående
- uppgifter om de ställningstaganden som gjorts av patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning
- epikriser och andra sammanfattningar

Patientjournalen ska vidare innehålla uppgifter om vem som har gjort viss anteckning i journalen och när anteckningarna gjordes. En journalanteckning ska så långt som möjligt signeras av den som svarar för uppgiften. **Signering av en införd uppgift ska helst göras i samband med anteckningen och senast inom två veckor.**

- Varje uppgift i patientjournalen ska utformas så att patientens integritet respekteras
- Journalhandlingar ska skrivas på svenska språket, vara tydligt utformade och så långt som möjligt vara förståeligt för patienten
- Varje journalhandling ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till den

- En komplett omvårdnadsjournal ska innehålla både arbetsterapeutens och fysioterapeutens dokumentation
- En journal ska vara ett stöd för den eller de personer som svarar för patientens behandling, så att patienten får en god och säker vård
- Journalen ska utgöra underlag för bedömning av åtgärder som ska vidtas av dem som inte tidigare träffat patienten t ex. jourhavande läkare, avlösande sjuksköterska.
- Journalen ska vara ett instrument i kvalitetssäkringsarbetet
- Journalen ska utgöra underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll
- Journalen ska kunna ge patienten insyn i den vård och behandling hon/han erhållit
- De journaler som läkaren skriver vid vård och behandling av enskilda vid vård- och omsorgsboenden för äldre är landstingets journaler. Den kommunala personalen får inte göra anteckningar i den.
- För att verksamheten och samarbetet ska fungera på ett praktiskt sätt är det lämpligt att journalerna förvaras i ändamålsenligt utrymme på äldreboendet
- En journalhandling ska bevaras 10 år efter det att den sista uppgiften fördes in i journalen
- Journalhandlingar för patienter som är födda den femte, femtonde och tjugofemte i varje månad ska bevaras för all framtid enligt Tyresö kommuns riktlinjer.

Tjänstgörande sjuksköterska bör ha tillgång till läkarens journal även då läkaren inte är på äldreboendet. Kopia av läkarens journal ska finnas i den kommunala omvårdnadsjournalen.

När en patient flyttar in i **vård- och omsorgsboendet för äldre (SÄBO)** påbörjas dokumentationen med de uppgifter som finns till hands.

När en person flyttar mellan olika vård- och omsorgsboenden inom kommunen ska journalen följa personen. När en person flyttar till en annan kommun avslutas journalen och arkiveras enligt rutin. Omvårdnadsjournal för personer i växelboende eller korttidsboende stannar på boendet som en aktiv journal så länge personen har beviljats plats.

Inom LSS-verksamheter eller i kommunal socialpsykiatri påbörjas dokumentationen vid inflytt med de uppgifter som finns till hands. Om brukaren inte har några hälso- och sjukvårdsinsatser vid det läget ska journalen stängas och aktualiseras när behovet uppstår.

2.2.3 Hur rättar man journaltext?

Uppgifter i en journalhandling får inte utplånas eller göras oläsliga i andra fall än som avses i 8 kap. § 3 i Patientdatalagen (2008:355). Vid rättelse av en felaktighet ska det anges när rättelsen har skett och vem som gjort den.

2.2.4 Patientens rätt att ta del av sin journal

En journalhandling inom enskild hälso- och sjukvård ska på begäran av patienten så snart som möjligt tillhandahållas honom/henne för läsning eller avskrivning på stället eller avskrift

eller kopia. Frågor om utlämnandet av en journalhandling enligt första stycket prövas av den som är ansvarig för patientjournalen. Anser denna att journalhandlingen eller någon del av den inte bör lämnas ut ska han genast med eget yttrande överlämna frågan till Socialstyrelsen för prövning.

2.2.5 Kan patient eller annan få journalen förstörd?

På ansökan av patienten eller någon annan som omnämns i patientjournal får Socialstyrelsen förordna att journalen helt eller delvis ska förstöras (Patientdatalagen 8 kap. §4.)

Förutsättningen för detta är dels att godtagbara skäl anförs för ansökan, dels att patientjournalen eller den del som ska förstöras uppenbarligen inte behövs för patientens vård och dels att det från allmän synpunkt uppenbarligen inte finns skäl att bevara journalen. Innan ansökan slutligen prövas ska den som ansvarar för patientjournalen beredas tillfälle att yttra sig. Om Socialstyrelsen har avslagit en ansökan om förstöring av patientjournal, får beslutet överklagas hos kammarrätten genom besvär. Om Socialstyrelsens beslut innebär bifall till en sådan ansökan får beslutet inte överklagas.

2.3 Inre sekretess och elektronisk åtkomst inom kommunens verksamhet

Ansvar för informationssäkerhet

Vårdgivaren har ansvar för att det finns informationssäkerhetspolicy som säkerställer att patientuppgifter i dokumentation är tillgängliga och riktiga för dem som är behöriga samt att obehöriga inte ska komma åt patientuppgifterna. Informationssystemet ska ha möjlighet till spårbarhet och att kunna identifiera användare.

Styrning av behörighet

Vårdgivaren har ansvar för att det finns rutiner som säkerställer att hälso- och sjukvårdspersonalens och andra befattningshavares behörighet begränsas till vad som är nödvändigt för att ge god och säker vård.

Vårdgivaren ansvarar för att varje användare tilldelas en individuell behörighet för åtkomst av patientuppgifter. Innan behörighet tilldelas ska behovs- och riskanalys utföras bl.a. gällande vilken typ av behörighet användaren ska tilldelas. Vårdgivaren ansvarar för att det finns **lokala rutiner** för tilldelning, förändring, borttagning och regelbunden uppföljning av behörigheterna.

Kontroll av åtkomst av patientuppgifter

Vårdgivaren ansvarar för att det finns rutiner som säkrar att det av åtkomsten (loggarna) framgår:

- vid vilken enhet inloggningen skett
- tidpunkt för inloggningen
- användarens och patientens identitet
- att bedömning gjorts om inloggningen gjorts av behörig person

Vårdgivaren ska även ha **lokala rutiner som säkerställer** att återkommande stickprovskontroller görs och dokumenteras och att loggarna sparas i tio (10) år.

2.4 Driftstopp

Eftersom det förekommer både planerade och oplanerade driftstopp i den digitala journalföringen ska det för varje boende finnas papperskopior på vissa nödvändiga delar av dokumentationen samt var de förvaras. **Lokal rutin** ska utformas om vilka delar ska finnas i pappersform samt var de förvaras. Dokumentation ska ske på anvisat pappersdokument som sparas i patientens akt, överföring av texten ska inte ske. Notering i den digitala journalen ska finnas om pappersjournalen. **(Blankett 2.4)**

2.5 Riktlinje för omvårdnadsjournalens innehåll och ordning vid central arkivering

När en person flyttar mellan olika boenden inom kommunen ska journalen följa personen. Samtycke behövs för informationsöverföring. När en person flyttar till annan kommun avslutas journalen och arkiveras enligt rutin. Omvårdnadsjournal för personer i växelvårdsboende eller korttidsboende stannar på boendet som en aktiv journal så länge personen har beviljats plats enligt SoL.

Datajournal skrivs ut efter 1 månad när all väsentlig information är inskriven. HSL-journalen ska innehålla såväl sjuksköterskans, arbetsterapeutens som fysioterapeutens/sjukgymnastens journal. Journaler ska förvaras på boendet högst 6 månader efter det den individen avlidit/flyttat från kommunen.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att rensa journalen innan den överlämnas. Samtliga papper ska vara sorterade med senaste daterade bladet överst. Fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeutjournal ska vara bifogade i omvårdnadsjournalen.

Fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut ansvarar för att

rensa journalen innan den överlämnas. Samtliga papper ska vara sorterade med senaste daterade bladet överst. Bifoga journalen till sjuksköterskans journal så att omvårdnadsjournalen är sammanhållen.

Alla gem, plastfickor o dyl. ska plockas bort innan journalen levereras till arkivet (Gäller även födda dag 5, 15 och 25).

Vid överlämnande av omvårdnadsjournaler till journalarkivet ska följande ingå i nämnd ordning:

- Sorteringsordningen ska vara **Omvänd kronologisk ordning – det senaste överst**
- Bekräftelse på persontransport om den boende har avlidit och vart kroppen förts till
- Om dokumentationen Vård i livets slut skett i pappersform ska de bifogas i omvårdnadsjournalen

- Journalblad/rapportblad med personuppgifter, anamnes, status, aktivitets/funktionsanalys, vårdplan/-er samt rehabiliteringsplan/-er. Skriv ut journaler från SSK, AT, SJG/FT och USK separat.
- Medicinlistor/ordinationshandling/läkemedelskort, Warankort
Övriga läkemedelslistor som klassificeras som original då patienten ej har varit ansluten till Svensk dos (tidigare Apodos)
- Vätskelistor, urinmätning, vändscheman och blodtrycks- och blodsockerlistor med signering **om inte inskrivna i journalen av sjuksköterska med åtgärd och utvärdering. Inskrivet material ”tuggas”**
- Alla mätinstrument (MNA, Norton, Downton osv.) som använts i omvårdnaden **om inte inskrivna i journalen av sjuksköterska med åtgärd och utvärdering. Inskrivet material ”tuggas”**
- Signeringslistor för:
 - lista för **signeringsförttydligande (Blankett 4.12.1 och 4.12.2)** för identifiering av
signatur på hälso- och sjukvårdspersonal och delegerad omvårdnadspersonal
 - löpande medicinering
 - vid behovsläkemedelslistor
 - insulinlistor/insulinböcker
 - narkotikaförbrukningsjournal/-er
 - gällande rehab- och omvårdnadsordinationer
 - handskrivna remisser och remissvar/rapporter som mottagits från andra vårdgivare via telefon sparas
- Avvikelserapporter i original (om de lett anmälan till IVO – Inspektionen för Vård och omsorg), andra avvikelser ska vara införda i journalen
- Externa avvikelser om de ej är införda i digital form (om de lett anmälan till IVO)
- Omvårdnadsepikriser från tidigare vårdinrättningar – sjukhem, särskilda boenden
- Fax-ordinationer

Vårdbehovsbedömningar och munhälsobedömningar ska tuggas. Resultatet av munhälsobedömningarna ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Lab-svar och journalutdrag från resp. vårdcentral/sjukhus tuggas, de är kopior.

Återlämna dokument som tillhör regionen (landstinget) alt. läkar-organisationen.

En journalhandling ska bevaras i **tio år** efter att den sista anteckningen fördes in i handlingen. Patientjournaler för personer födda den 5, 15 och 25 varje månad bevaras för alltid enligt kommunens arkiveringsregler.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar att HSL-journalen är komplett innan leverans till arkivet enligt Socialförvaltningens leveransanvisningar för arkivering HSL- journaler med blankett 2.5 – leveransreversal.

Undersköterskans journal sparas separat (social journal).

2.6 Riktlinje för begäran om att få läsa eller få kopia på journal

Ibland vill patienten/brukaren själv, anhörig/närstående, god man/förvaltare, legal företrädare eller patientnämnden läsa eller ha kopior av en journal som är upprättad inom kommunen. Även ett försäkringsbolag kan begära ut en journalkopia inför en utredning av ett försäkringsärende.

2.6.1 Vem får läsa journalen?

Med menprövning menas att patienten eller anhörig/närstående inte kommer att lida av att det som står i journalen framkommer.

1. Patienten har rätt att själv ta del av innehållet enligt Patientdatalagen..
2. Patienten ska ge sitt tillstånd/samtycke till utlämnande av journaluppgifter till anhörig/närstående eller försäkringsbolag. Det är patienten som äger journalen och journalen ska lämnas ut om det inte kan vara till men för patienten.
3. Är patienten avliden så ska alltid en menprövning göras om journalkopia efterfrågas av anhörig/närstående, annan myndighet eller försäkringsbolag.

När det gäller hälso- och sjukvårdsjournalerna ska kommunens Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) alltid godkänna att journalkopior får lämnas ut. Detta görs på uppdrag av vårdgivaren. Delegationsbeslut behövs.

Om tidigare nämnda personer vill ha kopior på journal eller hjälp att läsa delar av journal tillsammans med sjuksköterska eller arbetsterapeut ska en blankett med begäran om att få läsa journal fyllas i (**Blankett 2.7**). Denna förfrågan skickas till Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) för beslut.

Försäkringsbolag inkommer ibland med förfrågan och denna skickas från enheten till MAS för fortsatt ställningstagande om journal ska lämnas ut.

2.7 Rutin för utlämnade av omvårdnadsjournal

När förfrågan kommer från patient/anhöriga om dokument som skrivs inom hälso- och sjukvård ska förfrågan behandlas så snart som möjligt, senast inom en vecka.

Tillvägagångssätt

- Ta kontakt med MAS och informera om begäran
- Fråga patienten om hon/han vill att journalen/del av journal lämnas ut - samtycke
- Fråga om det är någon särskilt uppgift som begärs utlämnad
- Be att få telefonnummer till den som begär att journal/del av journal ska lämnas ut, om kontakt behöver tas
- Informera om att utlämning av journal/del av journal sker efter menprövning och att utlämningen sker så snart som möjligt senast inom en vecka
- Gör menprövning, Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) medverkar

- MAS fattar beslut om journalen/del av journalen ska lämnas ut

När beslutet att lämna ut journal är fattat

- Dokumentera i journal vilka handlingar/del av handling som lämnas ut
- Dokumentera i journal till vem journal/del av journal lämnas ut samt datum och årtal
- Om kopia av journalen/del av journalen skickas per post ska brevet alltid skickas rekommenderat
- Ett följebrev ska finnas med när kopia på journalen/del av journalen skickas per post

När beslut att inte lämna ut journal är fattat

- Blankett för Utlämnande av journalkopia ska fyllas i av parterna (**Blankett 2.7**)
- Dokumentera i journal vilka handlingar/del av handlingar som inte lämnas ut
- Brev med beslut att inte lämna ut journal skickas med post
- Dokumentera i journal när beslutet tagits samt när beslutet skickas
- Kopia på beslut att inte lämna ut journal/del av journal ska arkiveras i journalen
- Skicka med information i beslutet om hur beslutet kan överklagas
- Information till aktuell nämnd enligt delegationsordning

Styrdokument

Patientdatalag, SFS 2008:355

Offentlighets- och sekretesslag, SFS 2009:400

Patientsäkerhetslag, 2010:659

Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9

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