

Riktlinjer utarbetade för: Vård och Omsorgsnämnden	
Kvalitetsområde: <b>Hälsa- och sjukvård</b>	
Framtagen av ansvarig tjänsteman: Annika Jansson, Anna- Karin Tholerus Medicinskt ansvariga sjuksköterskor	Giltig f o m: 2016-05-24
Lagstiftning, föreskrift: PDL 2008:355, SOSFS 2008:14 m.m	

## Riktlinjer för dokumentation och informationshantering inom hälso- och sjukvårdens område i Nyköpings kommun

Nedanstående lagar, förordningar föreskrifter och allmänna råd ligger till grund för omvårdnadsdokumentationen.

**2008:355 Patientdatalagen (PDL)**

**2008:14 Socialstyrelsens föreskrift om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården**

**2009:11 Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården**

**2010:659 Patientsäkerhetslagen (PSL)**

**2010:1369 kap 7 §3 Patientsäkerhetsförordningen**

**2009:400 Offentlighets och sekretesslagen (OSL)**

**1982:763 Hälso och sjukvårdslagen (HSL)**

**Dokumenthanteringsplan Vård och omsorgsnämnden 2005**

### När ska en patientjournal föras?

Vid vård av patient inom hälso- och sjukvården skall patientjournal föras. Patientjournal skall föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter. Med vård avses även undersökning och behandling.

### 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 framställningen i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniska hjälpmedel

### Rutiner för journalföring

Det ska finnas rutiner för hur patientuppgifterna ska dokumenteras i patientjournalen.

Rutinerna för dokumentation av patientuppgifter ska säkerställa att uppgifterna så långt som möjligt dokumenteras med hjälp av nationella begrepp och termer, klassifikationer och övriga kodverk.

Rutinerna för dokumentation av patientuppgifter ska även säkerställa att patientjournalen kan utgöra ett underlag för uppföljning av vårdens resultat och kvalitet.

## **Syfte med en patientjournal**

- En patientjournal skall innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Uppgifterna skall föras in i journalen så fort som möjligt. En vårdplan ska utformas snarast.
- Varje uppgift i patientjournalen skall utformas så att patientens integritet respekteras.
- En komplett patientjournal skall innehålla sjuksköterskans, arbetsterapeutens och fysioterapeutens dokumentation.
- En patientjournal skall vara ett stöd för den eller de personer som svarar för patientens behandling, så att patienten får en god och säker vård.
- Patientjournalen ska utgöra underlag för bedömning av åtgärder som skall vidtas av dem som inte tidigare träffat patienten t ex. jourhavande läkare, avlösande sjuksköterska.
- Patientjournalen skall vara ett instrument i kvalitetsäkringsarbetet.
- Patientjournalen skall utgöra underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll.
- Patientjournalen skall kunna ge patienten insyn i den vård och behandling hon/han erhållit.

## **En patientjournal ska alltid innehålla:**

1. uppgifter om patientens identitet och kontaktuppgifter
2. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
3. uppgifter om ställd diagnos, aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder.
5. uppgifter om ordinationer
6. uppgifter om förskrivningsorsak vid ordination av läkemedel
7. resultat av undersökningar/behandlingar
8. uppgifter om överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen
9. uppgifter om vårdhygienisk smitta
10. uppgifter om information som givits till patient och om ställningstagande som gjorts i fråga om behandlingsalternativ och om möjlighet till förnyad medicinsk bedömning.

Patientjournalen skall vidare innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjordes.

En journalanteckning skall signeras av den som svarar för uppgiften.

## **Hur ska patientens integritet respekteras?**

Varje uppgift i en journalhandling som upprättats inom hälso- och sjukvården skall utformas så att patientens integritet respekteras. Om en patient anser att en uppgift i patientjournalen är oriktig eller missvisande, ska det antecknas i journalen

## **Vilket språk skall användas?**

De journalhandlingar som upprättats inom hälso- och sjukvården skall vara skrivna på svenska språket, vara tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå för patienten.

## **Hur rättar man/ tar bort journaltext?**

Uppgifter i en journalhandling får inte utplånas eller göras oläsliga i andra fall

än efter beslut från Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO), när ansökan om förstörelse gjorts av patienten eller någon annan som omnämns i journalen.

Vid rättelse av en felaktighet skall det anges när rättelsen har skett och vem som gjort den.

### **Vad är det som gäller vid hantering, förvaring, utlåning och kopiering?**

Varje journalhandling skall hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till den.

Om en journalhandling eller en avskrift eller en kopia av handlingarna har lämnats ut till någon skall det antecknas i patientjournalen vem som har fått handlingen, avskriften eller en kopia och när denna har lämnats ut.

### **Hur länge ska journalhandlingar bevaras?**

En journalhandling skall bevaras för tid och evighet.

### **Vilka är skyldiga att föra journal?**

Skyldig att föra patientjournal är den som: inom hälso- och sjukvårdens område har legitimation eller särskilt förordnade att utöva visst yrke

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

Den som enligt ovan är skyldig att föra journal skall på begäran av patienten utfärda intyg om vården.

## **Bestämmelser om inre sekretess och elektronisk åtkomst inom en vårdgivares verksamhet.**

### **Ansvar för informationssäkerhet**

Vårdgivaren ska ansvara för att det finns en informationssäkerhetspolicy som ska säkerställa att patientuppgifter i vårdgivarens dokumentation är tillgänglig för dem som är behöriga samt att obehöriga inte ska kunna komma åt patientuppgifterna. Informationssystemet ska ha möjlighet till spårbarhet.

### **Styrning av behörigheter**

Vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner som säkerställer att hälso-och sjukvårdspersonalens och andra befattningshavares behörighet begränsas till vad som är nödvändigt för att ge en god och säker vård. Endast den som arbetar hos en vårdgivare och deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården ska ha tillgång till journaluppgifterna.

Vårdgivaren ska ansvara för att varje användare tilldelas en individuell behörighet som föregås av behovs och riskanalys.

Vårdgivaren ska även ansvara för att det finns rutiner för tilldelning, förändring, borttagning och regelbundna uppföljningar av behörigheterna.

### **Kontroll av åtkomst av patientuppgifter**

Vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner som säkerställer att

- det av dokumentationen av åtkomsten (loggarna) framgår vilka åtgärder som vidtagits med patientuppgifterna

- det av loggarna framgår vid vilken enhet och tidpunkt åtgärderna vidtagits användares och patientens identitet framgår av loggarna

- återkommande stickprovskontroller av loggarna görs och dokumenteras samt att loggarna ska sparas i minst 10 år.

Det ska framgå från vilken enhet och vid vilken tidpunkt någon har tagit del av patientuppgifterna så att en bedömning kan göras om åtkomsten var befogad eller inte.

### **Verksamhetschefen enligt HSL ansvar:**

Verksamhetschefen ska ansvara för:

- uppföljning av patientuppgifternas kvalitet och ändamålsenligheten
- att utdelade behörigheter för åtkomst till patientuppgifter är ändamålsenliga och förenliga med hälso- och sjukvårdspersonalens och andra befattningshavares aktuella arbetsuppgifter
- att hälso- och sjukvårdspersonalen och andra befattningshavare är informerade om de bestämmelser som gäller för hantering av patientuppgifter
- uppföljning av informationssystemets användning genom regelbundna kontroller av loggarna

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar:**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunen har ett övergripande ansvar för att se till att bestämmelserna i lagar och föreskrifter följs. Här ingår ansvar för att journaler förs i den omfattning som förskrivs i patientdatalagen. Ansvarar för att journalgranskning utförs.

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens och andra befattningshavares ansvar**

Den hälso- och sjukvårdspersonal, entreprenör, uppdragstagare eller annan som arbetar för en vårdgivare eller som slutit avtal med en vårdgivare ska

- ansvara för att personliga lösenord inte blir tillgängliga för obehöriga
- ansvara för att datorer eller informationsbärare som använts inte lämnas utan att patientuppgifterna är skyddade från obehörig åtkomst
- endast ta del av patientuppgifter, om han eller hon deltar i vården av patienten eller av något annat ändamål som anges i 2 kap. 4 och 5 §§ patientdatalagen (2008:355) behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården.

### **Hantering av patientuppgifter**

Patientuppgifterna som är dokumenterade i en patientjournal ska finnas tillgängliga på ett överskådligt sätt för den behöriga hälso- och sjukvårdspersonalen.

Om en patient har motsatt sig att uppgifter görs tillgängliga för den som arbetar hos annan vårdenhet, annan vårdgivare ska det framgå att det finns spärrade patientuppgifter.

Signering av utförd vård/ behandling ska utföras av den som svarade för uppgiften.

Hantering av patientuppgifter ska säkerställa att uppgifter i patientjournalen inte kan ändras eller utplånas. Uppgifter i en patientjournal ska låsas en viss tid efter att det införts.

## **Informationsöverföring gällande hälso- och sjukvård mellan kommunal hälso- och sjukvård, daglig verksamhet (dv) och grupp- och servicebostad**

**Syfte:** att säkerställa informationsöverföringen gällande den hälso- och sjukvård som ska utföras av personal på daglig verksamhet när patienten är på daglig verksamhet. Patientens hälso- och sjukvårdsjournal i Procapita kan inte läsas av personal på daglig verksamhet. Journalen är knuten till boendet. Behörigheten i Procapita blir för "bred" om samtlig personal inom daglig verksamhet ska kunna läsa alla patienters journaler.

### **Enhetschef daglig verksamhet ansvarar för att:**

- Det finns omvårdnadspärm för varje patient som det är aktuellt för
- Pärm med patientuppgifter förvaras inlåst – endast behörig personal ska komma åt uppgifterna

### **Leg. personal ansvarar för att:**

- Skapa Hälsoplan där man identifierat problem/risk hos patienten, mål och den/de åtgärder som ska utföras av personal för att nå uppsatt mål.
- Hälsoplanen skrivs ut av leg. personal om den innehåller åtgärder som ska utföras av personal på dv
- Hälsoplanen finns i omvårdnadspärm på dv.
- Finns inte Hälsoplan skrivs aktuella åtgärder/ordinationer ut från Procapita (direktutskrift) som sätts i omvårdnadspärmen.
- Informera berörd personal om den/de ordinationer som ska utföras.
- Delegera personal när det behövs.
- Lämna ut signeringslista för det som ska utföras samt ev. signeringslista för vid behovs-läkemedel
- Vid övertaget läkemedelsansvar ska aktuellt dosrecept finnas i omvårdnadspärm, se lokal läkemedelsinstruktion.
- Följa upp hur det går med den/de ordinationer som utförs av personal inom daglig verksamhet

### **Personal på daglig verksamhet ansvarar för att:**

- Utföra de åtgärder som leg. personal ordinerat
- Signera utförd uppgift på signeringslista
- Kontakta leg. personal vid ev. avvikelser, rådgivning, förändrat hälsotillstånd mm. Se "Riktlinje kontakt med läkare samt övrig legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal"
- Ringa till boendet och informera vid förändringar i hälsotillståndet
- Ta emot information från boendets personal kring förändringar i hälsotillståndet

### **Personal på boendet ansvara för att:**

- Ringa till dv och informera vid förändringar i hälsotillståndet