



Riktlinjer för dokumentation och informationssäkerhet inom hälso- och sjukvård

Innehållsförteckning

Lagar, förordningar allmänna råd ligger till grund för omvårdnadsdokumentation	2
När ska en patientjournal föras?	2
Vad avses med patientjournal och journalhandling?	2
Rutiner för journalföring	2
Patientjournalens innehåll.....	3
En patientjournal ska innehålla.....	4
Hur ska patientens integritet respekteras?.....	5
Vilket språk skall användas?	5
Hur rättar man journaltext?.....	5
Vad är det som gäller vid hantering, förvaring, utlåning och kopiering?.....	5
Hur länge ska journalhandlingar bevaras?.....	6
Vilka är skyldiga att föra journal?	6
Studenter	6
Hur får patienten del av sin journal inom enskild hälso- och sjukvård?.....	6
Ansvar för informationssäkerhet.....	6
Styrning av behörigheter.....	7
Kontroll av åtkomst av patientuppgifter, loggkontroll	7
Sammanhållen journalföring	9
Driftstopp	9
Riktlinjer för utlämnande av omvårdnadsjournal	9
Hur man överklagar ett beslut att inte lämna ut jourhandling	11



Lagar, förordningar allmänna råd ligger till grund för omvårdnadsdokumentation

SOSFS 2008:355 Patientdatalagen

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

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

När ska en patientjournal föras?

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

Syftet med journalföring är i första hand att bidra till en god och säker vård.

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.



Dokumentation av patientuppgifter ska även säkerställa att patientjournalen utgör ett underlag för uppföljning av vårdens resultat och kvalitet.

Patientjournalens innehåll

- 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 inom två veckor efter inflyttning till boendet samt vid behov för brukare inom LSS.
- Patientjournalen skall vidare innehålla uppgifter om vem som har gjort viss anteckning i journalen och när anteckningarna gjordes.
- Varje uppgift i patientjournalen skall utformas så att patientens integritet respekteras.
- Journalhandlingar skall skrivas på svenska språket, vara tydligt utformade och så lång som möjligt vara försåtligt för patienten.
- Varje journalhandling skall hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till den.
- En journalhandling ska bevaras i minst 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 skall bevaras för all framtid.
- En komplett omvårdnadsjournal skall innehålla både arbetsterapeutens och fysioterapeuten dokumentation.
- En journal skall 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 skall vidtas av dem som inte tidigare träffat patienten t ex. avlösande sjuksköterska.
- Journalen skall vara ett instrument i kvalitetssäkringsarbetet.
- Journalen skall utgöra underlagsmaterial vid uppföljning och egenkontroll.



- Journalen skall kunna ge patienten insyn i den vård och behandling hon/han fått.
- De anteckningar som läkaren skriver vid vård och behandling av patienter på vård- och omsorgsboende samt för patienter inom LSS ansvarar den vårdgivare för som har läkaransvaret för patienten .
- Tjänstgörande sjuksköterska bör ha tillgång till läkarens journal. Finns ej möjlighet att nå läkarens journaler direkt bör kopia av läkarens journal finnas i den kommunala omvårdnadsjournalen.

En patientjournal ska innehålla

1. Uppgifter om patientens identitet, identitetskontroll 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. Riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar kopplade till detta.
6. Samtycke och återkallade samtycken
7. Uppgifter om ordinationer
8. Uppgifter om förskrivningsorsak vid ordination av läkemedel
9. Resultat av undersökningar/behandlings
10. Uppgifter om överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen
11. Vårdrelaterade infektioner/ uppgifter om vårdhygienisk smitta
12. Patientens önskemål om vård och behandling, uppgifter om information som givits till patient och om ställningstagande som gjorts i fråga om behandlingsalternativ och om möjlighet till förnyad medicinsk bedömning
13. MTP som förskrivits till patienten
14. Vårdplanering

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.



Standardiserade vårdplaner bör användas och dokumentation ske enligt Omvårdnadsprocessen: Bedömning, diagnos/mål, planering, genomförande och utvärdering.

SMARTA- mål bör användas. **S**pecifika, **M**ätbara, **A**cceterade, **R**ealistiska, **T**idsangivna

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 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 lång som möjligt förstående för patienten.

Hur rättar man journaltext?

Uppgifter i en journalhandling får inte utplånas eller göras oläsliga i andra fall än som avses i Patientdatalagen (2008:355) 8 kap. 4 §. 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 när denna har lämnats ut.



Hur länge ska journalhandlingar bevaras?

En journalhandling skall bevaras i tio år efter det att den sista uppgiften fördes in i handlingen. Enligt 6 kap. 7 § HSLF-FS 2016:40 ska vårdgivaren säkerställa att uppgifter i patientjournalen förvaras på ett sådant sätt att de är läsbara fram till dess att de gallras.

Vilka är skyldiga att föra journal?

Bestämmelser om journalföring finns i patientdatalagen (2008:355). Kravet på journalföring gäller vid vård av patienter inom hälso- och sjukvården.

- Den som har legitimation eller särskilt förordnande att utöva ett visst yrke inom hälso- och sjukvården eller tandvården är skyldig att föra journal vid vård av patienter.
- I vissa fall är även icke-legitimerad personal skyldig att föra patientjournal. Det gäller t.ex. den som inom hälso- och sjukvården biträder en legitimerad yrkesutövare. Ett exempel kan vara personal som utför hälso- och sjukvård i en kommun.
- Den som för patientjournal ansvarar för sina uppgifter i journalen.

Studenter

Studenter får skriva i journal förutsatt att det sker under handledning

Hur får patienten del av sin journal inom enskild hälso- och sjukvård?

Enligt Patientdatalagen (2008:355) skall en journalhandling inom enskild hälso- och sjukvård på begäran av patienten eller av närstående till patienten så snart som möjligt tillhandahållas honom eller henne för läsning eller avskrivning på stället, avskrift eller kopia om inte annat följer av Patientsäkerhetslagen (2010:659) 6 kapitlet 12§ eller 13§.

Ansvar för informationssäkerhet

Vårdgivaren ska ansvar för att det finns en informationssäkerhetspolicy som ska säkerställa att patientuppgifter i vårdgivarens dokumentation är tillgänglig,



riktiga för dem som är behöriga samt att obehöriga inte ska kunna komma åt patientuppgifterna. Informationssystemet ska ha möjlighet till spårbarhet, att kunna identifiera användare.

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.

Vårdgivaren ska ansvara för att varje användare tilldelas en individuell behörighet för åtkomst till patientuppgifter 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, loggkontroll

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
- användarens och patientens identitet framgår av loggarna
- återkommande stickprovskontroller av loggarna görs och dokumenteras
- att loggarna ska sparas i minst 10år.
- 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.

Verksamhetschefens ansvar

- uppföljning av patientuppgifternas kvalitet och ändamålsenligheten
- efter behov- och riskanalys utdela behörigheter för åtkomst till patientuppgifter. Behörigheten som utdelas ska vara ändamålsenliga



och förenliga med hälso- och sjukvårdspersonalens och andra befattningshavares aktuella arbetsuppgifter

- hälso- och sjukvårdspersonalen och andra befattningshavare är informerade om de bestämmelser som gäller för hantering av patientuppgifter. Information till personal gällande informationssäkerhet ska ske årligen.
- uppföljning av informationssystemets användning genom regelbundna kontroller av loggarna

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 och loggar 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 som han eller hon deltar i vården kring eller som behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården. Se Patientdatalagen (2008:355) kap 2,4 och 5§.

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 läsas en viss tid efter att det införts, dock senast efter 14 dagar.

Läs mer om Patientdatalagen och HSLF-FS 2016:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården på www.socialstyrelsen.se

Sammanhållen journalföring

Med sammanhållen journalföring menas "ett elektroniskt system som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare" (SFS 2008:355). Se vidare riktlinjer gällande Sammanhållen journalföring [Hälso- och sjukvårdsansvar för utförare - Solna stad](#)

Driftstopp

Lokal rutin för dokumentation vid driftstopp skall finnas.

Vid driftstopp skall information gällande personuppgifter, varning/smitta, överkänslighet, kontaktuppgifter till anhörig samt övrig information som krävs för att säker hälso-och sjukvård finnas att tillgå.

Vid driftstopp skall journalanteckningar föras på journalblad och signeras. Efter avslutat driftstopp förs journalanteckningarna in i datajournal. Journalbladen sparas i journalen. Se bilaga journalblad vid driftstopp.

Riktlinjer för utlämnande av omvårdnadsjournal

En journalhandling inom kommunal hälso- och sjukvård skall på begäran av patienten så snart som möjligt tillhandahållas honom eller henne för läsning eller avskrivning på stället eller kopia. Ansvarig verksamhetschef genomför menprövning och fastslår om det finns hinder för utlämnandet enligt Offentlighets- och sekretesslagen (OSL) 25 kapitlet 6§ .

När förfrågan kommer från patient/närstående om dokument som skrivs inom kommunal hälso- och sjukvård skall den behandlas så snart som möjligt.



Tillvägagångssätt

- Ta kontakt med verksamhetschefen och informera om begäran.
- Fråga patienten om hon/han vill att journalen/del av journal lämnas ut.
- Fråga om det är någon särskild uppgift som begärs.
- Be att få telefonnummer till den som begär att journal/del av journal skall 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
- Gör menprövning, verksamhetschefen medverkar.
- Verksamhetschef fattar beslut om journal/del av journal skall lämnas ut.

När beslut att lämna ut journal är fattat

- Dokumentera i journal vilka handlingar, del av handling som lämnas ut.
- Dokumentera i journal till vem journal lämnas ut till samt datum och årtal. Kontrollera id- på den som begärt ut kopiorna i samband med utlämnandet

När beslut att inte lämna ut journal är fattat

- Dokumentera i journal vilka handlingar, del av handling som inte lämnas ut.
- Brev med beslut att inte lämna ut journal skickas med post.
- Dokumentera datum när beslut skickas.
- Kopia på beslut att inte lämna ut journal skall sättas i journalen.
- Skicka med information om hur beslutet överklagas.



Hur man överklagar ett beslut att inte lämna ut jourhandling gäller Egen regi

- Den som ska överklaga skriver vilket beslut som överklagas och hur den som överklagar vill att beslutet ändras.
- Överklagandet ska ha inkommit till Omvårdnadsförvaltningen inom tre veckor från det att den som överklagar tagit del av beslutet om att handling inte lämnas ut.
- Den som överklagar underteckna skrivelsen och gör namnförtydligande samt uppge adress.
- Om den som ska överklaga behöver fler upplysningar om hur överklagan går till vänder sig den enskilde främst till den person som fattat beslutet om att inte lämna ut handling.

Överklagandet adresseras till

Omvårdnadsförvaltningen

Solna stad

17186 Solna

Omvårdnadsförvaltningen har möjlighet att ompröva beslut, om detta inte sker skickas överklagandet till Kammarrätten i Stockholm.

Entreprenörer, privat verksamhet

Övriga verksamheter som drivs på entreprenad och avslår utlämnande av journalhandling måste lämna över frågan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO tillsammans med en motivering av avslaget.

[Vem får pröva utlämning av patientjournal? | Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården? \(socialstyrelsen.se\)](#)