

Patientjournal

Normerande styrdokument: Rutin

Berörd verksamhet: Vård- och omsorgsförvaltningen, Hälso- och sjukvård

Beslutsfattare: Medicinskt ansvariga sjuksköterskor, MAS, Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR

Beslutsdatum: 2025-10-23

Dokumentansvarig: Liliane Eklund, MAS

Dokumentidentitet: VOFKLS-2500055, ver. 01

Innehåll

Syfte	3
Omfattning.....	3
Ansvar	3
Vårdgivare.....	3
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)	3
Verksamhetschef hälso- och sjukvård.....	3
Legitimerad personal	4
Expertanvändare	4
Handledare till studenter.....	4
Genomförande	4
Vårdrelation.....	4
Behörighet	5
Journalföring.....	5
Journalanteckningar av studerande.....	5
Undersköterskor anställda inom hälso- och sjukvårdsavdelningen.....	5
Vård- och omsorgspersonal	6
Patientjournalens innehåll	6
Uppmärksamhetsinformation	7
Behandlingsbegränsningar	7
Behandlingsrestriktioner.....	7
Smitta	7
Förekomst av transplanterat.....	7
Förekomst av inplanterat.....	7
Annat medicinskt tillstånd	7
Behandling	7

Policy

Riktlinje

Rutin

Vägledning

Epikris.....	8
Utrednings- och behandlingsplaner.....	8
Telefonförfrågan/rådgivning.....	8
Driftstopp – Pappersjournal	8
Information till journalsjukvård	8
Flytt av journal till annan enhet	9
Informationsöverföring mellan vårdgivare, vid korttids- och växelvård.....	9
Journalföring på patient med skyddade personuppgifter	9
Patient som saknar bostadsadress.....	9
Patient som byter personnummer	10
Rättelse eller förstöring.....	10
Användning av fotografier	10
Informationsöverföring.....	11
Bevarande av journalhandlingar	11
Utlämnande av journalhandling.....	11
Begäran från annan än patient.....	11
Samtycke	12
Spärrad information.....	14
Journalgranskning	14
Utbildning.....	15
Relaterade dokument.....	15
Externa	15
Interna.....	15
Information om rutinbeskrivningen	16

Syfte

Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten.

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

Omfattning

Rutinen gäller inom Vård- och omsorgsförvaltningen, samt i de externa verksamheter där Uppsala kommun har ett hälso- och sjukvårdsansvar.

Ansvar

Vårdgivare

Vårdgivaren ska säkerställa att det i verksamhetens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet finns en dokumenterad rutin för journalhantering.

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

MAS och MAR ansvarar för att

- upprätta rutin för journalhantering
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i Patientdatalagen (2008:355)
- journalhanteringen är säker och håller god kvalitet
- utföra journalgranskning

Verksamhetschef hälso- och sjukvård

Verksamhetschef hälso- och sjukvård ansvarar för att

- personal har rätt behörighet i journalsystemet
- utföra loggkontroller
- utföra journalgranskning
- utse expertanvändare
- följa upp och utveckla dokumentationen

Legitimerad personal

Legitimerad personal ansvarar för att

- journal förs i den omfattning som krävs
- använda ett begripligt och värdigt språkbruk
- datorer eller andra enheter som används för att hantera uppgifter om patienter inte lämnas utan att uppgifterna är skyddade mot obehörig åtkomst
- endast ta del av uppgifter om enskilda som behövs för att kunna utföra sitt arbete samt delge berörd personal nödvändig information
- att samtycke inhämtas och dokumenteras vid sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation
- personliga lösenord till ID inte blir tillgängliga för obehöriga samt förvara ID-dosa och SITHS-kort säkert

Expertanvändare

Expertanvändare ansvarar för att

- utbilda medarbetare i journalsystemet
- 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 och uppdateringar gällande journalsystemet samt sprida informationen till berörda parter
- tillsammans med verksamhetschef dokumentera och implementera lokala arbetsinstruktioner för journalhantering
- delta i nätverk för expertanvändare

Handledare till studenter

Handledare ansvarar för att studerande får handledning i dokumentation.

Genomförande

Vårdrelation

En förutsättning för att få ta del av patientjournalen är att det finns en aktuell vårdrelation eller när ett överlåtande av hälso- och sjukvårdsuppgifter har skett.

En vårdrelation finns när legitimerad personal har pågående insatser, planerar, utför eller följer upp vårdåtgärder.

Behörighet

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård ansvarar för att göra en bedömning i enlighet med blankett: *Behovs och riskanalys – Behörighetsstyrning patientjournal*.

Utöver en behovsanalys ska även en riskanalys göras, där man tar hänsyn till olika risker som kan vara förknippade med en alltför övergripande åtkomst avseende vissa uppgifter.

Avgörande för beslut om behörighet för till exempel olika kategorier av hälso- och sjukvårdspersonal bör vara att behörigheten ska begränsas till vad befattningshavaren behöver för ändamålet en god och säker patientvård. Behovs- och riskanalys ska dokumenteras skriftligt.

Verksamhetschefer ska regelbundet göra en uppföljning av behörigheterna avseende beställning, förändring och borttagning. På så vis är behörigheterna alltid uppdaterade.

Journalföring

Journalen utgår från patientens individuella behov och beskriver vårdens planering, genomförande och resultat. En väl förd patientjournal har stor betydelse för patientsäkerheten och ökar hälso- och sjukvårdspersonalens trygghet.

Hälso- och sjukvårdens journalhandlingar ska vara skrivna på svenska språket, vara tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå för patienten. Endast vedertagna förkortningar ska användas, vilket innebär att dessa ska gå att hitta förklaring till i Medicinsk ordbok för medicinsk terminologi och Svenska Akademiens Ordlista.

Även ställningstagandet till att inte vidta någon åtgärd är en viktig uppgift att dokumentera för uppföljningar av vården.

Journalanteckningar av studerande

I den utsträckning studenter deltar i den faktiska patientvården ska deras arbete omfattas av Patientdatalagens tillämpningsområde. Det innebär bland annat att vårdgivaren ska kunna låta studenterna få ta del av och även kunna föra anteckningar i patientjournaler i nödvändig omfattning. Detta förutsätter såväl patientens samtycke som att studentens åtgärder sker under en handledares uppsikt och ledning. Studenten ska signera förda anteckningar i patientjournalen efter att dessa har granskats av handledare.

Åtkomst till uppgifter i en patientjournal är inte tillåtet för enbart undervisnings- och utbildningssyfte. För att uppgifter ska kunna användas i undervisning måste de lämnas ut antingen med patientens samtycke eller efter att uppgifterna avidentifierats så att patientens identitet inte röjs.

Undersköterskor anställda inom hälso- och sjukvårdsavdelningen

Personal som biträder en legitimerad yrkesutövare i hälso- och sjukvårdsuppgifter och inte är legitimerad, exempelvis en undersköterska, ska enligt Patientdatalagen dokumentera i patientjournalen. Vad som ska dokumenteras och i vilken omfattning skiljer sig åt mellan legitimerad och ej legitimerad personal. Ej legitimerad personal ska signera utförda insatser och ordinationer.

De ska också dokumentera uppgifter som har betydelse för patienters vård och behandling i hälso- och sjukvårdsjournalen i samband med insatser som är delegerade, instruerade och ordinerade av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Egna bedömningar och ställningstaganden får inte genomföras och dokumenteras utan kontakt ska alltid tas med legitimerad personal för bedömning och eventuell åtgärd.

Åtgärder som ska utföras av undersköterskorna planeras och dokumenteras av legitimerad personal. Det ska framgå i åtgärden att den ska utföras av undersköterska. Undersköterska ska taggas enligt särskild lathund. Åtgärderna utförs, signeras och eventuellt kommenteras av undersköterskan i journalsystemet. Endast legitimerad personal dokumenterar i vårdplaner, gör bedömningar och ordinerar vårdåtgärder. Den som för patientjournal ansvarar enligt 3 kap. 4 § PDL för sina uppgifter i journalen. Strukturen enligt NI (nationell informationsstruktur) och KVÅ ska följas. Alla anteckningar ska signeras så snart som möjligt eller senast vid arbetspassets slut. Verksamhetschef HS ansvarar för att de som tilldelas rollen har tillräcklig kunskap om och tillämpar arbetssätt och sekretessbestämmelser. Verksamhetschefen ska också genomföra loggkontroller enligt rutin.

Vård- och omsorgspersonal

Vård- och omsorgspersonal ska dokumentera iakttagelser av vikt som de gör i samband med utförandet av de ordinerade eller delegerade arbetsuppgifterna, vidare dokumentera att delegerade uppgifter är utförda. I övrigt gäller skyldigheten för personal att rapportera förändringar i patientens hälsotillstånd och händelser av vikt enligt rutin *Kontakt med legitimerad personal och läkare vid förändrat hälsotillstånd hos patienten*.

Patientjournalens innehåll

En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten.

Om uppgifterna finns tillgängliga, ska en patientjournal enligt Patientdatalagen (2008:355) alltid innehålla:

- uppgift om patientens identitet
- väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
- uppgift om ställd diagnos med källan till uppgiften, samt uppgifter om anledning till mera betydande åtgärder
- väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder
- uppgift om den information som lämnats till patienten och dennes närstående om de ställningstagandena som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning
- uppgifter om patientens delaktighet och egna önskemål vad avser vård och behandling
- uppgifter om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling

Utöver ovanstående ska en patientjournal enligt SOSFS 2016:40 innehålla uppgifter om:

- aktuellt status/hälsotillstånd och medicinska bedömningar
- utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa
- ordinationer och ordinationsorsak
- resultat av utredande och behandlande åtgärder
- slutanteckningar och andra sammanfattningar av genomförd vård (epikris)
- överkänslighet mot läkemedel eller vissa ämnen
- komplikationer av vård och behandling
- vårdrelaterade infektioner
- samtycken och återkallade samtycken
- patientens önskemål om vård och behandling
- uppgifter som behövs för att tillgodose spårbarhet avseende de medicintekniska produkter som har förskrivits, utlämnats till eller tillförts en patient
- utfärdade intyg, remisser och andra inkommande och utgående uppgifter
- uppgifter om medicinsk planering och/eller samordnad individuell plan, SIP
- uppmärksamhetsinformation

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

En journalanteckning ska signeras av den som svarar för uppgiften och ska ske i anslutning till att anteckningen görs eller senast vid arbetspassets slut.

Uppmärksamhetsinformation

Uppmärksamhetsinformation styrs av Socialstyrelsens anvisningar om vad som ska dokumenteras där och hur det ska formuleras. I journalsystemet Lifecare HSL kallas uppmärksamhetsinformation "Uppmärksamhetssignal (UMS)". Där finns angivet valbara rubriker enligt anvisningarna. Följande ska dokumenteras när det är aktuellt:

Behandlingsbegränsningar

- Läkarbeslut om att inte utföra hjärtlungräddning
- Läkarbeslut om att avsluta livsuppehållande behandling
- Läkarbeslut finns för brytpunktsamtal
- Patienten accepterar ej - ex blodtransfusion
- Överkänslighetstillstånd - läkemedel, kemikalier, aktiv substans, födoämne

Behandlingsrestriktioner – exempelvis efter operation eller skada

Smitta - visst smittämne och/eller smittsam sjukdom

Förekomst av transplantat - benmärg, hjärta, lunga, lever, pankreas, njure, tarm

Förekomst av inplantat - pacemaker, insulinpump, hjärtklaff, defibrillator, ventrikelshunt tandimplantat

Annat medicinskt tillstånd - aktuellt och som behöver uppmärksammas

Behandling – blodförtunnande läkemedel, immunsuppression, dialys, kemoterapi

Epikris

När en patient byter vårdenhet eller vårdgivare ska en epikris upprättas.

Epikrisen ska innehålla en beskrivning av genomförd vård, behandling och rehabilitering. I möjligaste mån skrivs en gemensam epikris som innehåller alla professioners information.

När en patient avlider eller om dennes behov av insatser upphör ska en slutanteckning skrivas.

Utrednings- och behandlingsplaner

Plan ska upprättas både för det samlade vårdbehovet och för specifika insatser.

Planerna ska i möjligaste mån utformas tillsammans med patienten och/eller dennes anhörig/närstående och 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 utredande planen ska innehålla en hypotes, resurs och eller problem, risk- och nyttoanalys samt en målformulering. Planerade och utförda insatser ska kopplas i form av KVÅ koder till den utredande respektive behandlande planen.

Telefonförfrågan/rådgivning

Telefonsamtal som gäller vård och behandling ska dokumenteras med aktuell KVÅ-kod i direkt anslutning till telefonkontakten/rådgivningen och så snart som möjligt tillföras patientjournalen. Rådgivningen skall följas upp.

Driftstopp – Pappersjournal

För att säkerställa vården de närmaste dygnet vid oplanerade driftstopp ska en sammanhållen pappersjournal med försättsblad, ordinationsunderlag för läkemedel och ordinerade insatser från legitimerad personal, samt en ej ifylld signeringslista alltid finnas tillgänglig i driftstoppsspärm för respektive patient. Uppgifter uppdateras löpande. Se rutin *Driftstopp i Lifecare HSL*.

Efter att driftstoppet upphört skall de anteckningar som gjorts i pappersjournalen skyndsamt och ordagrant föras in i e-journalen Lifecare. Pappersjournalanteckningar bevaras enligt informationshanteringsplan.

Information till joursjukvård

Joursjukvården ska meddelas när ett driftstopp sker lokalt samt när driftstoppet är över.

Flytt av journal till annan enhet

När en patient flyttar till särskilt boende ska journalen från ordinärt boende flyttas till den nya enheten så snart som möjligt i anslutning till flytten. Innan journalen flyttas ansvarar ordinärt boende för att vårdprocesser och HSL-uppdrag är avslutade.

När det inte finns legitimerad personal på enheterna som kan ombesörja journalflytten till den nya enheten, till exempel under helgen, behöver joursjukvården vara behjälplig med detta.

Den enhet dit patienten ska flytta till gör en beställning till joursjukvården enligt blankett *Beställning/avbeställning till Joursjukvård*.

För flytt av patientjournal samma dag behöver blanketten skickas till joursjukvården innan klockan 15.00 till funktionsbrevlåda i Lifecare.

Journaler inom samma vårdgivare och vårdprocess

Om en patient flyttar inom samma vårdgivare och vårdprocess, som till exempel inom särskilt boende eller ordinärt boende, behöver journalen eller vårdprocessen inte avslutas.

Det är den mottagande enheten som ansvarar för att omgående avsluta inaktuella hälsoplaner, åtgärder och HSL-uppdrag i journalen samt ändra organisation så att rätt enhet finns i patientmenyn. Vidare ska den nya enheten omgående förnya och skicka HSL-uppdrag till den nya utförarenheten.

De pågående behandlingsplanerna och åtgärder som är aktuella kan fortgå. Detta innebär att tidigare åtgärder som är aktuella kan användas som åtgärder och som HSL-uppdrag även om det inte är samma legitimerade personal på samma enhet som har skapat åtgärden.

Informationsöverföring mellan vårdgivare, vid korttids- och växelvård

Vad gäller informationsöverföring mellan vårdgivare, vid korttids- och växelvård hänvisas till rutin *Informationsöverföring mellan vårdgivare, vid korttids- och växelvård*.

Journalföring på patient med skyddade personuppgifter

Patient med skyddad identitet ska endast ha pappersjournal för manuell dokumentation. Sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast/fysioterapeut skapar en pappersjournal med försättsblad och journalblad, se rutin *Skyddade personuppgifter*.

Patient som saknar bostadsadress

Journal skapas som vanligt i journalsystemet. I adressfältet skrivs saknar adress.

Patient som byter personnummer

När det gäller personer som byter personnummer, exempelvis vid byte av juridiskt kön så gäller följande:

1. Ny journal skapas med nytt personnummer
2. Patienten samtycker till att aktuell information förs över från den gamla journalen till den nya journalen (information som säkerställer god och säker vård)
3. Den tidigare journalen avslutas med en hänvisning till journal under nytt personnummer (för att kunna spåra ärendet).
4. OM patienten önskar att tidigare journal förstörs behöver patienten göra en förfrågan till IVO och patienten behöver informeras om de risker detta kan innebära för patient.

Rättelse eller förstöring

Det är endast Inspektionen för vård och omsorg, IVO som får besluta om en journalhandling får 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 MAS och MAR som slutför ärendet tillsammans med ansvarig verksamhetschef och systemförvaltare.

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 elektroniska 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 i en egen anteckning i journalen.

Användning av fotografier

Fotografier på sår kan tas och skickas via arbetets telefon, dock ej med några igenkänningsfaktorer till exempel på ansikte eller tatueringar. Fotografier på könsorgan får dock aldrig tas och inte heller skickas.

Att fotografera kräver patientens samtycke vid varje tillfälle. Samtycket ska dokumenteras i patientjournalen. Vid nedsatt beslutsförmåga ska en individuell bedömning göras av om patienten förstår situationen och beakta patientens vilja, integritet och om åtgärden är nödvändig för god vård.

Kontakt med legitimerad ska ske innan fotot skickas och därefter skickas fotot utan att skriva något annat i meddelandet. När meddelandet är skickat raderas fotot. Fotot får inte lagras lokalt i telefonens lagringsminne eller i någon molntjänst. Den legitimerade som tar emot fotot dokumenterar att de fått ett foto tillsänt sig.

Fotografier är journalhandlingar om de upprättats i samband med vården. Datum och namn på legitimerad ska finnas med i dokumentationen.

Informationsöverföring

Vid muntlig informationsöverföring mellan enheter och legitimerad personal så ska det dokumenteras i patientjournalen att muntlig information har givits och tagits emot, samt väsentligt innehåll i rapporten.

Vårdbegäran ska skrivas vid förändrat hälsotillstånd från vård- och omsorgspersonal till legitimerad personal.

Övrig information som behöver komma legitimerad till känna, ska meddelande skrivas i funktionsbrevlåda.

Informationsöverföring till jouren ska alltid ske via telefonsamtal.

Bevarande av journalhandlingar

Journalhandlingar ska bevaras och arkiveras, enligt rutin *Arkivera analog patientjournal, avslutad i Lifecare före 2022-01-01* och rutin *Avsluta digital patientjournal HSL, avslutad from 2022-01-01*.

Utlämnande av journalhandling

Begäran från patient

Patienten har som regel rätt att få ta del av uppgifter från den egna patientjournalen. Det enda undantaget är om det, med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen, är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till patienten.

Ansvarig legitimerad personal prövar om det finns hinder för utlämnandet. Finns inga hinder för utlämnande av patientjournalen gäller att patienten skyndsamt ska få ta del av handlingarna.

Begäran från annan än patient

Journalhandlingar kan begäras ut av annan än patienten själv. Journalhandlingar är allmänna handlingar och omfattas av sekretess. Rätten att få ta del av dem måste prövas.

När en sådan begäran inkommer ska den legitimerade personalen som är ansvarig för patientjournalen göra en prövning. Uppgifter kan lämnas ut i följande fall;

- när patienten lämnat sitt samtycke om att lämna uppgifter till anhörig
- om uppgifterna i journalen kan lämnas ut utan att det är till men för patienten och dennes närstående
- om det finns ett lagstadgat undantag från sekretessen (t.ex. om begäran kommer från en myndighet som enligt lag har rätt att ta del av uppgifterna eller om det finns stöd i lag att bryta sekretessen)
- när försäkringsbolag behöver uppgifterna för patients utredning och rätt till ersättning. I sådana fall krävs att försäkringsbolaget har giltig fullmakt.

I det fall patient inte kan lämna samtycke ska en sekretess- och menprövning göras innan ett eventuellt utlämnande av journalhandling.

Utlämnande till anhörig då patienten är avliden möter inga juridiska hinder. Samma förfarande görs enligt ovan.

Dokumentation vid utskrift av journal

Den som lämnar ut en journalkopia ska dokumentera i journalen

- vilka handlingar som lämnats ut
- vem som lämnat ut dem
- anledning till utlämnande (vem som begär uppgifterna)
- hur handlingarna har lämnats ut

Säkerställa rätt mottagare vid utlämnandet av uppgifterna

Den som lämnar ut journalkopior ska förvisa sig om att det är rätt mottagare som tar emot handlingarna. Vid personligt överlämnande ska mottagarens identitet styrkas. Om patienten tar del av originalhandlingar på plats ska detta alltid ske i närvaro av en legitimerad personal.

Om journalkopior skickas med post så ska detta ske via rekommenderat brev till folkbokföringsadress med mottagningsbevis. Handlingar som ska skickas till myndighet eller försäkringsbolag skickas via rekommenderat brev.

Samtycke

Samtycke informationsöverföring

Den legitimerade personalen ska informera patienten om sekretess och därefter efterfråga om patienten lämnar sitt samtycke till att ta emot och/ eller lämna information till anhöriga, annan vårdgivare, socialtjänsten eller andra myndigheter och instanser. Se rutin *Sekretess och integritetsskydd för brukare/patient*.

Innan uppgifter lämnas ut ska det vara dokumenterat i journalen att samtycke finns för utlämnande av uppgifterna.

Samtycket kan begränsas till ett enskilt tillfälle eller till en aktuell period. Har inte patienten något krav på begränsning av samtycket i tid så gäller samtycket i 1 år. Detta medför att samtycket aktivt måste förnyas med ett intervall om ett år och säkerställer att det inte hanteras slentrianmässigt. En patient kan när som helst välja att ändra ett tidigare beslut om samtycke. Om patienten inte längre samtycker att information kan lämnas/ inhämtas måste samtycket snarast tas bort och dokumenteras i journalen. Vårdgivaren är skyldig att informera om denna rättighet.

Samtycke nedsatt beslutsförmåga - Menprövning

Menprövning innebär att man prövar om personuppgifter kan röjas utan att det är till men för den som uppgifterna rör eller dennes närstående.

När samtycke inte kan inhämtas på grund av nedsatt beslutsförmåga ska legitimerad personal bedöma om patienten skulle ha lämnat samtycke eller inte, om beslutsförmåga funnits. Beslut om samtycke kan inte fattas av god man, förvaltare, anhörig eller annan närstående, men de kan vara viktiga informationskällor inför den professionella bedömningen av patientens samtycke. Menprövning ska då utföras.

Om bedömningen efter menprövning gjorts att inga hinder finns för utlämnande av uppgifter registreras menprövningen i Lifecare som att patienten *inte samtycker*. Resultatet av utförd menprövning dokumenteras i fritextrutan.

Menprövningen kan gälla för ett enskilt tillfälle och som längst ett år och ska därefter förnyas. Precis som vid inhämtat samtycke hos patient som aktivt kan medge samtycke så kan menprövning omvärderas och återkallas efter att en bedömning är gjord att utlämning av uppgifter kan vara till men för patienten eller närstående. Menprövning som gäller för en längre tid gäller främst regelbundna kontakter med vårdgivare eller närstående.

Dock så ska en menprövning alltid göras vid varje tillfälle som informationsöverföring görs, oavsett typ av samtycke. Denna menprövning som görs vid varje tillfälle behöver inte dokumenteras.

Samtycke sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (SVOD)

En särskild möjlighet till informationsöverföring finns enligt lag (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, SVOD. Dessa regler ersätter de tidigare bestämmelserna om sammanhållen journalföring i Patientdatalagen.

När någon tar del av uppgifter genom direktåtkomst i ett system enligt reglerna om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, sker detta på ansvar av den som tar del av informationen.

För att ta del av patientuppgifter i annan vårdgivares journal, såsom Cosmic i Region Uppsala eller Nationella Patient Översikten (NPÖ) krävs att patienten har givit sitt samtycke. För att ta del av sådana uppgifter krävs förutom samtycke att;

- det finns en aktuell patientrelation
- uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten

När patienten inte kan samtycka

Om patienten saknar förmåga att samtycka kan vårdgivaren ändå få ta del av informationen om:

- vårdgivaren bedömer att uppgifterna kan antas ha betydelse för den vård som är nödvändig med hänsyn till patientens hälsotillstånd
- patientens inställning till åtkomsten klargjorts så långt det är möjligt och bedömningen är dokumenterad
- det inte finns anledning att anta att patienten skulle ha motsatt sig behandlingen av personuppgifterna

Samtycke i utskrivningsprocessen

När det gäller samtycke i utskrivningsprocessen för behandling av uppgifter i Cosmic Link så finns särskilda rutiner på samverkanswebbsten Region Uppsala. *ViS - Samverkan vid utskrivning från slutenvård*. Där framgår att det samtycke som inhämtas av patienten i samband med att slutenvården skickar ett inskrivningsmeddelande möjliggör att nödvändig information kan delas mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten under utskrivningsprocessen. Samtycket som dokumenterats i inskrivningsmeddelandet **gäller enbart under den aktuella vårdperioden**.

Samtycket innebär att det finns möjlighet för behörig vårdpersonal hos annan huvudman att ta del av journaluppgifter genom direktåtkomst i Cosmic, för att planera och förbereda för eventuella sjukvårdsinsatser i samband med hemgång under det specifika vårdtillfället.

Spärrad information

Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

Vårdgivare och omsorgsgivare har möjlighet att dela information med varandra genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande genom ett elektroniskt system för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Vårdpersonal inom Uppsala kommun kan ta del av uppgifter i region Uppsalas journalsystem Cosmic Link eller genom nationell patientöversikt (NPÖ).

Om patienten inte vill att uppgifter ska vara tillgängliga i en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation mellan olika vårdgivare ska dessa uppgifter omedelbart spärras. Uppsala kommun är idag inte producent av journaluppgifter, och andra vårdgivare kan därför inte ta del av uppgifter ur patientjournal i kommunal primärvård. Det är endast de vårdgivare som är producenter som kan spärra journaluppgifter.

Inre spärr

När det gäller dokumentation i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen har patienten rätt att spärra journaluppgifter mellan vårdenheter inom Uppsala kommun, så kallad inre spärr. En spärr får hävas av en behörig befattningshavare hos vårdgivaren om

- patienten samtycker till det, eller
- patientens samtycke inte kan inhämtas och informationen kan antas ha betydelse för den vård som patienten oundgängligen behöver

Journalgranskning

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40), ska vårdgivaren regelbundet granska att hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i patientjournalen enligt gällande författningar.

Verksamhetschef hälso -och sjukvård ansvarar för att den legitimerade personalens dokumentation granskas två gånger per år, vilket ska ske genom stickprov av minst 10 patientjournaler inom varje verksamhetsområde. Vidare ansvara för sammanställning, analys och åtgärder av identifierade brister.

Utöver granskningar av verksamhetschef HS ska MAS/MAR göra journalgranskning en gång/år. Sammanställning och analys meddelas verksamhetschef som ansvarar för identifierade behov av förbättringsåtgärder.

Urvalet av patientjournalerna ska ske slumpmässigt.

Vid granskningen ska blankett *Journalgranskning HSL* användas.

Resultat av granskningarna och eventuella åtgärder återkopplas i den årliga Patientsäkerhetsberättelsen.

Utbildning

Utbildning krävs för att nya användare ska kunna dokumentera i den elektroniska journalen. Grundutbildningen som finns att tillgå i Lärportalen kan ske i grupp eller enskilt på respektive arbetsplats och ska planeras fortlöpande av verksamhetschef. Utöver denna utbildning så ska en expertanvändare finnas att tillgå i varje verksamhet för fortlöpande stöd i dokumentationen.

Relaterade dokument

Externa

Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) HSL

Lag (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

Offentlighets- och sekretesslag (2009:400) OSL

Patientdatalag (2008:355) PDL

Patientsäkerhetslag (2010:659) PSL

Patientsäkerhetsförordning (2010:1369)

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

Socialstyrelsens informationsspecifikation för uppmärksamhetsinformation

ViS-Samtycke till informationsöverföring och vårdåtgärder

Interna

VOFKLS-2500005	Avsluta digital patientjournal HSL, avslutad from 2022-01- 01
VOFKLS-2500007	Arkivera analog patientjournal, avslutad i Lifecare före 2022-01-01
VOFKLS-2500244	Driftstopp i Lifecare
VOFKLS-2500296	Informationsöverföring mellan vårdgivare, vid korttids- och växelvård
VOFKLS-2500248	Kontakt med legitimerad personal och läkare vid förändrat hälsotillstånd hos patienten.
VOFKLS-2400006	Sekretess- och integritetsskydd för brukare/patient
VOFKLS-2500664	Skyddade personuppgifter
VOFKLS-2500534	Studentinloggning Lifecare HS
VOFKLS-2500246	Journalanteckningar vid driftstopp i verksamhetssystem

VOFKLS-2500038	Blankett för Epikris
VOFKLS-2500308	Beställning/Avbeställning till journalsjukvården
VOFKLS-2500549	Behörighetsstyrning patientjournal-behovs- och riskanalys
VOFKLS-2500243	Sorteringsordning i patientens pappersjournal
VOFKLS-2500245	Försättsblad till pappersjournal
VOFKLS-2500550	Journalgranskning – Hälso- och sjukvård

Information om rutinbeskrivningen

Årlig genomgång och revidering.

Förtydligande gällande journalinnehåll, uppmärksamhetssignal, epikris och slutanteckning, flytt av journal.

Tillägg vad gäller personer som byter personnummer.