

# Informationshantering och journalföring inom hälso- och sjukvården i Skaraborgs kommuner

Senast reviderad: 2022-10-10

Upprättad: 2017-05-09



## **Förord**

Dokumentation är ett av de områdena inom den kommunala hälso- och sjukvården som medicinskt ansvarig sjuksköterska har ett ansvar för.

Ansvariet innebär att tillsammans med verksamhetschef fördela ansvaret och fastställa ändamålsenliga riktlinjer och rutiner för informationshantering och journalföring.

För att upprätthålla kvalitet och säkerhet vid informationshanteringen och journalföring har en arbetsgrupp av medicinskt ansvariga sjuksköterskor i Skaraborg skapat denna gemensamma riktlinje för informationshantering och journalföring.

Arbetsgrupp:

*Robert Eklund*  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
Falköping Kommun

*Anette Svensson Norlander*  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
Skara kommun

*Linda Hurtig Johansson*  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
Gullspångs kommun

## Innehåll

Inledning.....	4
Informationssäkerhet .....	5
Vårdgivarens ansvar .....	5
Riktighet .....	5
Konfidentialitet.....	5
Spårbarhet.....	5
Förvaring .....	5
Rättelse av dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournal .....	5
Tillgänglighet .....	6
Personalens ansvar .....	6
Sekretess och tystnadsplikt.....	6
Inre sekretess .....	6
Loggkontroll.....	6
Utlämnande av journalhandling till annan vårdgivare .....	6
Spärr av uppgifter mellan vårdgivare .....	7
Utlämnande av patientuppgifter .....	7
Journalföring .....	7
Syfte att föra journal.....	7
Enhetlig struktur och formulering .....	8
Uppgifter om patients identitet.....	8
Sammanhållen journalföring .....	8
Skyddad identitet.....	8
Krav på hälso- och sjukvårdsjournalens innehåll.....	9
En journal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. ....	9
I förekommande fall ska även följande dokumenteras:.....	9
Signering .....	10
Annat språk än svenska .....	10
Tolkning och översättning av uppgifter i hälso- och sjukvårdsjournalen.....	10
Kvalitetskontroll.....	10
Referenser.....	10

## Inledning

I *Patientdatalagen (SFS 2008:355)* och i *Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40)* regleras bland annat vad en hälso- och sjukvårdsjournal ska innehålla och hur den ska utformas.

Dokumentationen av patientuppgifter ska så långt som möjligt följa Nationell Informationsstruktur och ske med hjälp av nationellt fastställda begrepp och termer, klassifikationer och övriga kodverk. I kommunen används klassifikation för funktionstillstånd (ICF) och klassifikation för vårdåtgärd (KVÅ) som grund för hälso-och sjukvårdsdokumentation. Journalen är gemensam för sjuksköterska, fysioterapeut/sjukgymnast samt arbetsterapeut.

Utifrån detta dokument kan varje kommun upprätta lokala rutiner som beskriver hur riktlinjen ska tillämpas inom respektive verksamhet.

## Informationssäkerhet

Informationssäkerhet innebär att tydliga krav ställs på hur patientuppgifter ska hanteras och hur informationssäkerhetsarbetet ska bedrivas. Enligt 3 kap. 4 § HSLF-FS (2016:40) ska vårdgivaren ge direktiv och säkerställa att det i verksamhetens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet finns en dokumenterad informationssäkerhetspolicy.

Informationssäkerhetspolicyn ska innehålla regler för informationshantering utifrån Socialstyrelsens och Datainspektionens föreskrifter. (*Lokal rutin*)

### Vårdgivarens ansvar

Informationshanteringen inom hälso- och sjukvården ska enligt 1 kap. 2 § patientdatalagen (2008:355) vara organiserad så att den tillgodoser patientens säkerhet och gör det möjligt för vårdgivaren att erbjuda en kostnadseffektiv vård av god kvalitet.

För att säkerställa detta ska vårdgivaren tilldela, styra och kontrollera åtkomst till patientuppgifter.

### Riktighet

Vårdgivaren ska genom ledningssystemet säkerställa att personuppgifterna är oförvanskade, att man kan lita på att uppgifterna är korrekta och inte manipulerade eller förstörda på något vis

### Konfidentialitet

Vårdgivaren ska via kvalitetsledningssystemet säkerställa att obehöriga inte ska kunna ta del av personuppgifter. Detta säkerställs genom korrekt förvaring och behörighet till uppgifterna.

### Spårbarhet

Spårbarheten är viktig för att säkerställa att information inte har ändrats, eftersökts eller lämnats ut till någon som inte har behörighet att ta del av dem. Alla åtgärder ska kunna härledas till en användare i informationssystem som är helt eller delvis automatiserade. (*Lokal rutin*)

### Förvaring

Enligt 1 kap. 2§ patientdatalagen (2008:355) ska dokumenterade personuppgifter hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem. Det innebär att journalhandlingar är inlåsta då de inte används och är under betryggande övervakning när de används. Enligt 6 kap. 7§ HSLF-FS (2016:40) ska rutinerna för hantering av patientuppgifter säkerställa att uppgifterna förvaras på ett sådant sätt att de är läsbara fram till dess att de får gallras.

### Rättelse av dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournal

Enligt 3 kap. 14§ patientdatalagen (2008:355) får uppgifter i en journalhandling inte tas bort eller göras oläsliga, förutom med stöd av bestämmelserna om journalförstöring i 8 kap. 4 § samma lag. När en felaktig uppgift ska rättas måste man ange när rättelsen gjordes och vem som har gjort den. Om en journalanteckning är signerad eller låst får innehållet endast ändras i form av rättelser eller efter ett beslut om journalförstöring. Om en felaktig uppgift ska rättas måste både den felaktiga uppgiften och rättelsen synas i journalen.

## Tillgänglighet

Vårdgivaren ska genom sitt ledningssystem säkerställa att dokumenterade personuppgifter hos vårdgivaren är åtkomliga och användbara för den som är behörig.

## Personalens ansvar

Den hälso- och sjukvårdspersonal, entreprenör, uppdragstagare eller annan som arbetar för en vårdgivare eller som har slutit avtal med en vårdgivare ska enligt 6 kap. 1 § HSLF-FS (2016:40) ansvara för att personliga lösenord och hjälpmedel för autentisering inte kan bli tillgängliga för obehöriga.

1. ansvara för att datorer eller andra informationsbärare som har använts inte lämnas utan att patientuppgifterna är skyddade från obehörig åtkomst, och
2. 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.

## Sekretess och tystnadsplikt

Sekretessbestämmelserna i Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400, OSL) innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen inte får avslöja uppgifter, vare sig muntligt eller genom att lämna ut en allmän handling eller på annat sätt. Till skillnad från hälso- och sjukvårdspersonal i offentligt bedriven hälso- och sjukvård omfattas inte personal i enskild bedriven hälso- och sjukvård av OSL bestämmelser. För personal verksam hos privata vårdgivare gäller istället bestämmelser om tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen (2010:659).

En patient kan samtycka till att helt eller delvis häva sekretessen inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Ett samtycke till att häva sekretess kan i vissa fall lämnas i förväg och också återkallas. En vårdnadshavare kan samtycka till att häva sekretess för sitt barn men i takt med barnets stigande ålder och utveckling ska vårdnadshavaren ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål. I övrigt kan man inte häva sekretess för någon annan än sig själv.

Grundläggande bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt finns i offentlighets- och sekretesslagen, patientsäkerhetslagen, socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

## Inre sekretess

Inre sekretess innebär att den som arbetar hos en vårdgivare bara får ta del av patientuppgifter som behövs för vården av patienten. Utöver detta kan det finnas särskilda skäl att ta del av patientuppgifter t.ex. vid kvalitetsgranskning eller utredning (Patientdatalagen 2008:35).

## Loggkontroll

Loggkontroller ska utföras enligt *HSLF-FS 2016:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, KAP 4, 9§*

## Utlämnande av journalhandling till annan vårdgivare

I dessa fall måste patienten lämna sitt samtycke. Samtycket dokumenteras i journalen av ansvarig legitimerad personal. När kopior skrivs ut från den datoriserade hälso- och sjukvårdsjournalen till vårdgivare utanför den egna kommunen ska det framgå i journalen

vem som fått kopian, när den lämnades ut och från vilken del av journalen utskriften är gjord.

### Spärr av uppgifter mellan vårdgivare

Patienten har en uttrycklig rätt enligt 4 kap. 4-5§ patientdatalagen (2008:355) att motsätta sig att uppgifter som dokumenteras i en journal hos en vårdenhet eller i en vårdprocess görs tillgängliga för någon annan som arbetar vid en annan vårdenhet eller inom en annan vårdprocess. I dessa fall ska uppgifterna genast spärras.

### Utlämnande av patientuppgifter

Patienten har rätt att få ta del av sin journal. Enligt Offentlighets och sekretesslagen 2009:400 ska den som ansvarar för hälso- och sjukvårdsjournalen i respektive verksamhet ska i första hand ta ställning till om de begärda patientuppgifterna kan lämnas ut.

Enligt 2 kap. 16§ tryckfrihetsförordningen (1949:105) ska patientuppgifterna lämnas ut skyndsamt; genast eller så snart som möjligt.

Om uppgifterna inte kan lämnas ut kan den som begärt uppgifterna begära att få ett skriftligt beslut med uppgift om hur beslutet kan överklagas. Inom den offentliga vården är det myndigheten (den politiska nämnden eller den som fått delegation att fatta beslut för myndigheten) som fattar beslut om avslag. Är bedömningen korrekt ska behörig ge den som begärt ut uppgifterna ett skriftligt avslag med motivering till avslaget samt en hänvisning till var han/hon kan överklaga beslutet. Det är vårdgivaren som bestämmer vem som ska vara behörig att fatta ett sådant beslut, enligt delegationsordningen i respektive kommun.

## Journalföring

Att föra journal innebär att man behandlar personuppgifter. Det är en rättslig förpliktelse att föra patientjournal inom hälso- och sjukvården och att dokumentera inom socialtjänsten. För hälso- och sjukvården regleras skyldigheten i bland annat patientdatalagen och kompletterande författningar. För socialtjänsten gäller att personuppgiftsbehandlingen är tillåten om behandlingen är nödvändig för att arbetsuppgifter inom socialtjänsten ska kunna utföras.

För att uppfylla skyldigheten att föra patientjournal inom hälso- och sjukvården och dokumentera inom socialtjänsten, är det tillåtet att behandla personuppgifter utan den registrerades samtycke. Eftersom det är en rättslig förpliktelse behövs inget samtycke.

### Syfte att föra journal

Syftet med att föra hälso- och sjukvårdsjournal enligt 3 kap. 2 § patientdatalagen (2008:355) är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Journalen är ett arbetsinstrument för den som ansvarar för patientens vård. En väl förd hälso- och sjukvårdsjournal har stor betydelse för patientsäkerheten och ökar tryggheten för personalen inom hälso- och sjukvård. Patienten ska alltid informeras när en hälso- och sjukvårdsjournal öppnas.

Kommunen ska vid övertagande av hälso- och sjukvårdsansvar öppna en journal i aktuellt dokumentationssystem.

Hälso- och sjukvårdsjournalen avslutas då hälso- och sjukvårdsinsatsen upphör. (*Lokal rutin*)

## Enhetlig struktur och formulering

Enligt 3 kap. patientdatalagen (2008:355) ska en hälso- och sjukvårdsjournal innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård och uppgifterna i journalen ska vila på ett korrekt underlag. Dokumentationen ska vara skriven på svenska språket och vara tydligt utformad. Svårförståeliga facktermer och förkortningar ska om möjligt undvikas. Journalen ska utformas på ett sådant sätt att patientens integritet respekteras. Nedsättande eller kränkande omdömen får inte förekomma.

## Uppgifter om patients identitet

Enligt 5 kap. 3§ HSLF-FS (2016:40) ska rutinerna för dokumentation av patientuppgifter säkerställa:

- En entydig identifikation av den berörda patienten
- Patientens kontaktuppgifter
- Uppgifter om namn och befattning på den personal som svarar för en viss journaluppgift
- Tidpunkten för varje vårdkontakt som patienten har haft eller som planeras

## Sammanhållen journalföring

Regleras huvudsakligen i 6 kapitlet patientdatalagen (2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

När uppgifter lämnas ut från en vårdgivare till en annan, ansvarar den utlämnande vårdgivaren för att varje utlämnande av patientuppgifter är förenligt med bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt.

För att göra uppgifter tekniskt tillgängliga för andra vårdgivare krävs att:

- Vårdgivarna har kommit överens om sammanhållen journalföring.
- Patienten har informerats om vad den sammanhållna journalföringen innebär.
- Patienten inte har motsatt sig att uppgifterna görs tillgängliga.
- För att en vårdgivare ska få ta del av patientuppgifter som en annan vårdgivare gjort tillgänglig genom sammanhållen journalföring krävs som huvudregel att:
  - Det finns en aktiv patientrelation med vårdgivaren.
  - Uppgifterna kan antas ha betydelse för att ge vård och behandling.
  - Patienten samtycker till det.

## Skyddad identitet

Personuppgifter i folkbokföringsregistret är normalt sett offentliga men under vissa omständigheter kan en patient ha skyddad identitet. Detta gäller exempelvis i vissa fall när det finns en hotbild mot den enskilde.

- Huvudregel för personer med skyddad identitet är att samtliga IT-system endast visar personnummer tillsammans med adressen till skattekontoret för förmedlingsuppdrag. Övriga fält skall vara spärrade för inmatning av information
- All kommunikation sker till skattekontoret via förmedlingsuppdrag
- Ingen övrig information som vägbeskrivning eller dylikt får finnas i journalen.
- Efter samråd med personen kan mobiltelefonnummer antecknas om behov finns att snabbt nå fram med eventuella meddelanden.



- All pappersbaserad dokumentation skall förvaras i separat låst utrymme, dit endast ett begränsat antal personer har tillträde

### Krav på hälso- och sjukvårdsjournalens innehåll

Enligt Patientdatalagen (2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (2016:40)

För att försäkra sig om att uppgifterna är entydiga bör vårdgivaren använda följande publikationer, när de är tillämpliga:

- Socialstyrelsens termbank
- Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)
- Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)

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

- uppgift om patientens identitet
- patientens kontaktuppgifter
- väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
- uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder
- väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder
- tidpunkten för varje vårdkontakt som patienten har haft eller som planeras
- uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts i val om behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning

I förekommande fall ska även följande dokumenteras:

- uppgifter om aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
- utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa
- uppgifter om ordinationer och ordinationsorsak
- resultat av utredande och behandlande åtgärder
- uppgifter om överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen
- uppgifter om vårdrelaterade infektioner
- en varning om att en patient har visat intolerans eller har en överkänslighet som innebär en allvarlig risk för patientens liv eller hälsa
- komplikationer av vård och behandling
- epikris och andra sammanfattningar av genomförd vård
- uppgifter om lämnade och återkallade samtycken (*lokal rutin*)
- uppgifter om patientens egna önskemål vad avser vård och behandling
- de uppgifter som behövs för att tillgodose spårbarhet avseende de medicintekniska produkter som har förskrivits till, utlämnats till eller tillförts en patient
- utfärdade intyg och remisser och andra inkommande och utgående uppgifter
- uppgifter om vårdplanering
- funktionstillstånd

För att erhålla en så god patientsäkerhet som möjligt, ska information föras till journalen snarast. Utifrån patientsäkerheten är det viktigt att väsentliga uppgifter om undersökningar och bedömningar finns tillgängliga så fort som möjligt.

## Signering

Enligt 6 kap. 4§ HSLF-FS (2016:40) ska vårdgivaren säkerställa att det finns rutiner för signering av journalanteckningar och för bekräftelse av åtgärder som rör patientens vård och behandling. (Lokal rutin)

Den som ansvarar för en journalanteckning ska signera den för att styrka att uppgifterna är riktiga. Det kan också vara att någon med sin signatur eller namnunderskrift visar att hen utfört en hälso- och sjukvårdsuppgift.

## Annat språk än svenska

Enligt huvudregeln ska hälso- och sjukvårdsjournalen vara skriven på svenska, undantag finns, se 6 kap. 8§ HSLF-SF (2016:40) Fackuttryck får användas när de är nödvändiga för att uppfylla kravet på tydlighet. Det är dock viktigt att använda en lättförståelig svenska och allmänt vedertagna förkortningar, både med hänsyn till patienten och till den övriga personalen som kan behöva använda journalen.

## Tolkning och översättning av uppgifter i hälso- och sjukvårdsjournalen

Enligt 6 kap. 10§ HSLF-SF (2016:40) ska vårdgivaren säkerställa att en patient kan ta del av sin patientjournal på ett sådant sätt att hen kan förstå innehållet.

## Kvalitetskontroll

Journalgranskning av legitimerad personal. (*Lokal rutin*)

Loggkontroll i journalsystem genomförs av ansvarig personal. (*Lokal rutin*)

Kontroll av behörighet till journalsystem. (*Lokal rutin*)

## Referenser

### Interna

Dokument om Informationssäkerhet och rutin för loggkontroll

Delegationsordningen

Dokumenthanteringsplan

### Externa

[Patientdatalag \(2008:355\)](#)

[Offentlighets- och sekretesslag \(2009:400\)](#)

[Tryckfrihetsförordning \(1949:105\)](#)

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

[Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården \(socialstyrelsen.se\)](#)

[Skatteverket Om skyddade personuppgifter](#)

[Skatteverkets förmedlingsuppdrag](#)

[Nationell informationsstruktur - Socialstyrelsen](#)

[Samtycke. För hälso- och sjukvården och socialtjänsten - Socialstyrelsen](#)

[Samtycke som rättslig grund - Integritetsmyndigheten](#)