

 ULRICEHAMNS KOMMUN	Dokumentnamn:	
	Dokumentation inom hälso- och sjukvård	
	Berörd verksamhet:	
	Sektor Vårld	
Upprättad av:	Godkänd av:	Giltigt från:
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	MAS	2016-05-01

Informationssäkerhet och dokumentation i hälso- och sjukvård

Bakgrund

I Ulricehamns kommun är Kommunstyrelsen ansvarig vårdgivare över hemsjukvården och har ett övergripande ansvar och äganderätt till patientjournaler upprättade i verksamheten.

Dokumentation inom hälso- och sjukvården syftar till att ge patienten en god och säker vård och vara underlag för informationsöverföring och säkra vårdkvalitet. Vårdgivaren ska kunna utöva tillsyn och föra statistik om hälso- och sjukvård inom sin verksamhet.

Enligt patientdatalagen föreskrivs skyldighet att föra journal vid vård och behandling inom hälso- och sjukvård. Patientdatalagen möjliggör också för vårdgivare att ta del av annan vårdgivares dokumentation i sammanhållen datajournal, skydda patientens integritet och gör patienten mer delaktig i beslut som rör patienten själv. Socialstyrelsen har tillsammans med datainspektionen utarbetat föreskrifterna.

Ledningssystem som säkerställer förvaring, arkivering och vem som ska ha behörighet till patientjournaler skall finnas hos vårdgivaren.

Sammanställning av aktuell lagstiftning

SOSFS (2008:14), SOSFS (2008:355)

patientdatalagen

SFS 2010:659 Patientsäkerhetslagen

SOSFS (1998:204) Personuppgiftslagen

SOSFS (1982:763) HSL

SOSFS (2005:27) föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård

SOSFS (2007:9) Användning av begrepp och termer

Ansvar

Den som dokumenterar ansvarar för:

Att personliga lösenord inte kan bli tillgängliga för obehöriga och ansvarar för att datorer som har använts inte lämnas utan att patientuppgifter är skyddade från obehörigs åtkomst

Att endast ta del av patientuppgifter där man deltar i vården av patienten eller av något annat ändamål som administration, planering, uppföljning, utvärdering, tillsyn, statistik och kvalitetsutveckling

Enhetschef ansvarar för att personal som dokumenterar är informerad om ovanstående bestämmelser enligt vid hantering av personuppgifter.

Tillgänglighet

Som vårdgivare har kommunstyrelsen ett övergripande ansvar och äganderätt till patientjournaler upprättade i verksamheterna. Utförda åtgärder som rör en viss patient ska kunna identifieras och spåras i dokumentationen för att säkra vårdkvalitet och patientsäkerhet. Vårdgivaren ska också kunna utöva tillsyn och framställa statistik om hälso- och sjukvård.

Behörigheter

Styrning av behörigheter utgår ifrån vad som är nödvändig information för vårdpersonal och andra befattningshavare för att kunna ge en god och säker vård och omsorg. Varje användare tilldelas en individuell behörighet för åtkomst av patientuppgifter som är kopplat till yrkeskategori och område/boende. Varje beslut om tilldelning föregås av en behovs- och riskanalys.

Ansvariga för tilldelning av behörigheter är MAS och verksamhetschef. Systemadministratör ansvarar för administreringen av behörigheter i systemet. Enhetschef kontaktar systemadministratör vid nyanställning och vid avslut av anställning och ansvarar för att aktuell förteckning finns över vilken personal inklusive vikarier, som har tilldelats behörighet.

Lösenord

Lösenord bytes var tredje månad. Missbruk av lösenord beivras.

Signering och läsning

Varje anställd med tilldelad behörighet har en individuell signatur. Datum och signatur registreras digitalt i omedelbar anslutning till att anteckningen förs in i journalen. Signering av insatser såsom läkemedelsadministration, behandling, träning sker på upprättad signeringslista. Lista för signaturförtydligande är en journalhandling, skall förvaras på anvisad plats på varje avdelning och medfölja patientens pappersjournal vid arkivering.

Sekretess

Sekretesslagen innebär att tystnadsplikt råder om den enskilde patientens förhållanden. Det kan gälla t.ex. uppgifter om vem som är patient, adressuppgifter, personens sjukdom, behandling, familjeförhållanden och andra sociala förhållanden. Tystnadsplikten gäller både muntliga och skriftliga uppgifter. Sekretessen gäller även efter avslutat arbete inom socialtjänst och hälso- och sjukvården.

Brott mot tystnadsplikten beivras enligt 20 kap 3§ i brottsbalken och kan ge böter eller fängelse.

Samtycke

Legitimerad personal ansvarar för att information ges till patienten om vilka som kan ta del av dennes journaluppgifter och varför de kan behövas. Patienten ska ge sitt samtycke till att vårdgivare tar del av annan vårdgivares dokumentation. Samtycke gäller också om uppgifter får lämnas till närstående.

För patient med skyddad identitet gäller detsamma. Skyddad identitet anges i noteringar under samtyckefunktionen i patientjournalen och meddelas annan vårdgivare efter patientens samtycke.

Vad gäller samtycke för registrering i nationella kvalitetsregister ska patienten få nödvändig information för att kunna ta ställning till om att registrering är godkänd eller inte.

Inre sekretess

Endast den som deltar i vården av patienten får ta del av de uppgifter som är nödvändiga för att utföra sitt arbete inom hälso- och sjukvården efter behörighetsprövning. Vid frågor eller oklarheter kring utlämnande av en journalhandling hänvisas till kommunens MAS.

Kontroll av åtkomst till patientuppgifter

Vid inloggning i dokumentationssystemet framkommer användarens och patientens identitet, tidpunkt, område samt åtgärder som har vidtagits med patientuppgifterna.

Systematiska och återkommande stickprovskontroller genomförs inom välfärdsområdet i Ulricehamns kommun enligt Rutin för loggranskning och med förutbestämd intervall. Loggarna sparas minst 10 år. Patienten skall, efter begäran hos vårdgivaren få information om vem och vilken vårdenhet som haft åtkomst till patientinformation, tidpunkt samt om åtkomsten varit befogad eller inte. Detta ansvarar PUL ombud för.

Säkerhetskopiering

Kommunens IT- avdelningen ansvarar för säkerhetskopiering av vård- och omsorgsförvaltningens journaler. Säkerhetskopiering sker dagligen med aktiv back up och sparas i 10 år enligt gällande regler. Återläsningstester sker regelbundet.

Förvaring

Oavsett journalformat ska förvaring och handhavande ske på ett sådant sätt att ingen obehörig kan ta del av patientuppgifter. Signeringslistor, dosrecept, omvårdnadsepikriser och andra journalhandlingar förvaras i mappsystäm i låst och brandsäkert skåp på respektive enhet. Väsentliga uppgifter i mottagen journalhandling skrivs i datajournalen och originalet förvaras som journalhandling i mappsystäm.

Gallring och arkivering

Vid avslutad hemsjukvård avslutas HSL-journal med slutdatum i datasystäm där de finns läsbara i tio år. Förlängning av arkivering sker enligt gällande regler. Om patienten tillfälligt vistas på korttidsplats och avlider på denna enhet skall samtliga journalhandlingar sändas till patientansvarig sjuksköterska, (PAS) som ansvarar för att journalhandlingarna arkiveras.

Journalhandlingar i pappersform gallras och läggs, med avsett försättsblad, i förslutet kuvert och skickas med internpost till Sektor Valfärd, ansvarig person. Kuvertet ska vara märkt "HSL för arkivering".

Vid återinskrivning i hemsjukvård fattas ett nytt beslut med beslutsdatum.

Faxblanketter mellan vårdgivare som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd, vårdåtgärder eller sociala förhållanden är att betrakta som journalhandling och hanteras därefter, se förvaring ovan. Inskrivnings- och utskrivningsmeddelande är en tillfällig journalhandling i avvaktan på den medicinska epikrisen. Då utskrivningsmeddelande ersatts av ordinarie epikris skall dessa makuleras.

Utlämnande av journal eller journaluppgifter

På begäran hos vårdgivaren, verksamhetschef/MAS, kan en journal eller journalhandling lämnas ut till patient efter sekretessgranskning och menprövning. Detta görs av vårdgivaren, MAS/verksamhetschef. Om inget hinder för utlämnande föreligger skall innehållet gås igenom, med ansvarig legitimerad personal, på vårdenheten tillsammans med den som begär tillgång till journal mot uppvisande av legitimation. Detsamma gäller om en anhörig begär tillgång till journalhandling efter avliden patient. Uppgifter om vem som mottagit handlingar ska dokumenteras i patientjournalen.

Hantering av patientuppgifter via fax och e-post

Patientuppgifter meddelas mellan vårdgivare via fax då detta är nödvändigt för vård och behandling. Uppgifterna ska hanteras så att obehöriga ej kan ta del av dem, antingen som kodade uppgifter eller att faxmaskinen är placerad i låst utrymme. Faxning sker säkrast med förprogrammerade kortnummer till mottagaren. All faxhantering skall bekräftas av sändaren och mottagaren. Om ett dokument har sänts till fel abonnent kontaktas alltid mottagaren/sändaren för information om felet och för att dokumentet skall förstöras. Personuppgifter får inte skickas via e-post.

När den enskilde flyttar eller vid byte av utförare

I kommunens IT-baserade omvårdnadsjournal har samtliga legitimerade personalgrupper tillgång till alla patientjournaler. Legitimerad personal måste informera patienten om varför tillgång behövs, vilka som har tillgång till dennes journal och i vilket syfte. Patienten ska ge sitt medgivande till vilka som får tillgång.

Vid flytt mellan särskilda boenden skall, efter patientens samtycke, upprättad patientjournal överföras till det nya boendet, även journalhandlingar i pappersform. Planeringsansvarig sjuksköterska respektive behandlingsansvarig arbetsterapeut eller fysioterapeut ansvarar för att information rapporteras över till berörd enhet.

JOURNALFÖRING

Journalhandling

Avser framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient. En journalhandling innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd, andra personliga förhållanden, vidtagna eller planerade vårdåtgärder.

Patientjournal

Avser en eller flera journalhandlingar som rör samma patient.

Syfte med patientjournal

- Bidra till en god och säker vård
- Informationskälla för patient
- Uppföljning och utveckling av verksamheten
- Uppgiftsskyldighet och forskning
- Tillsyn och andra rättsliga krav

Skyldighet att föra patientjournal

Sjuksköterska, sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut samt vårdpersonal som har delegerats i hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Ansvar

Uppgifter ska föras in i journalen så snart som möjligt. Den som för patientjournal ansvarar för sina uppgifter i journalen.

Uppgifterna ska utformas så att patientens integritet respekteras och innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten.

Språk

Journalhandlingar som upprättas ska vara skrivna på det svenska språket. Formuleringar ska vara tydligt utformade, så förståeliga som möjligt och utan förkortningar. Uppgifterna ska dokumenteras med hjälp av nationellt fastställda begrepp och termer enligt Socialstyrelsens termbank.

Ansvar

Sjuksköterska, Arbetsterapeut, Fysioterapeut

Omvårdnadsdokumentationen görs enligt vårdprocessen utifrån patientens individuella behov, beskriver vårdens planering, genomförande och resultat. Den ska utformas så att den bidrar till att trygga patientens säkerhet och ge ett underlag för fortlöpande utvärdering och revidering av omvårdnadsinsatserna. Omvårdnadsdokumentationen ska innehålla bedömning och analys, vad som görs/skall göras, när, hur och av vem samt redovisning av uppföljning/resultat.

Undersköterska och omvårdnadspersonal

Utför och dokumenterar delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter genom signering på olika typer av signeringslistor samt genom dokumentation i kommunens verksamhetssystem, patientjournal. Uppgifterna beskrivs i respektive patients vårdplaner under uppföljning samt via delegeringssystemet.

Gemensamma rutiner för dokumentation ska finnas tillgängliga på respektive enhet. Ansvar för att dessa rutiner hålls uppdaterade är förvaltningens systemförvaltare via IT-ombud på enheten.

Vid Sektor Välfärd i Ulricehamn gäller dessutom:

Hälso- och sjukvårdsuppgifter som utförs inom ramen för kommunens hälso- och sjukvårdsansvar skall journalföras i kommunens IT-baserade journalsystem, se användarhandbok, tangent F1. Sökordsinformation är kopplat till samtliga sökord.

Anslutning till hemsjukvård

Sker i HSL modulen med beslutsdatum och önskade sjukvårdsinsatser av PAS. OBS! vid avslutad hemsjukvårdsinsats anges slutdatum för beslutsperioden.

DOKUMENTATION

Anslutning till hemsjukvård och upprättande av patientjournal görs av PAS och föregås av en vårdplanering med annan vårdgivare samt, så snart som möjligt, ett anslutningssamtal med patienten.

Om information från tidigare vårdgivare saknas skall legitimerad personal, med patientens samtycke efterfråga sådan.

Vårdplanen identifierar patientens individuella behov av insatser och vilka olika professioner som ansvarar för vården.

Inför avslutad hemsjukvård skall ansvarig arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska göra en avstämning i patientärendet.

Planering

- Riskfaktorer identifieras enligt rutin för Senior Alert
- Information om rätt till nödvändig tandvård, utfärdande av intyg och munvårdserbjudande skall också ges. Information om tandvård finns i Styrdokument för hälso- och sjukvård/reformerat tandvårdsstöd.
- Sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut ansvarar för att givna hälso- och sjukvårdsåtgärder följs upp och utvärderas inom sina respektive ansvarsområden och med ansvarig läkare.
- Arbetsterapeut-, omvårdnads- och fysioterapeutepikris skall upprättas och sändas till annan vårdgivare på begäran och med patientens samtycke
- Patientansvarig sjuksköterska ansvarar för samordning av den planerade vården.
- Arbetsterapeut och fysioterapeut ansvarar för samordning av den planerade rehabiliteringen.
- Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har ett primärt ansvar för den medicinska och specifika omvårdnaden och rehabiliteringen.

Samverkan med andra personalgrupper

ingår också i ansvarsområdet och uppföljning av den givna, dokumenterade vården sker i team-möten med involverad personal.

Uppföljning skall ske minst en gång per år eller vid förändrat vårdbehov och tillsammans med patient och/eller dennes företrädare.

Dokumentnamn	Förvaringsplats	Ansvar	Arkiveringstid/gallring
Dokumentation i hälso- och sjukvården	Styrdokument för hälso- och sjukvård	MAS	Uppdateras årligen