



INFORMATIONSSÄKERHET I SOCIALTJÄNSTEN

Älvsbyns Kommun

Dokumenttyp Riktlinje	Dokumentnamn Informationssäkerhet i socialtjänsten	Fastställd/upprättad 2018-09-17, §90	Beslutsinstans KS	Giltighetstid --
Dokumentansvarig MAS	Version 1	Senast reviderad --	Dokumentinformation Dnr 180/18-709	Detta dokument gäller för Anställda



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Syfte.....	5
Dokumentationsskyldighet	5
Hälso- och sjukvård	5
Socialtjänst.....	5
Organisation	6
Ansvar och roller	6
Kommunstyrelsen	6
IT-chef/IT enheten	6
Socialchefens/Verksamhetschefens ansvar	6
Systemförvaltare	6
Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar	6
Enhetschefens ansvar	7
Systemadministratörens ansvar	7
Användarens ansvar	7
behandling av personuppgifter/Journalområden	8
Behörigheter	8
Behovsanalys	8
HSA- Hälso- och sjukvårdens adressregister	8
SITHS- säker IT i Hälso- och sjukvård.....	8
HSA och SITHS.....	8
Definition av journalhandling och personakt	9
hälso- och sjukvårdsdokumentation och	9
Social dokumentation	9
Omvårdnadsjournal.....	9
Omvårdnadsjournalens innehåll.....	10
Övrigt som journalen ska innehålla	10
Sociala dokumentationens innehåll.....	10
Respekt för den enskildes integritet	12
Språket i dokumentationen	12
Tolkning och översättning	12
Tillgänglighet	12
Signering och låsning.....	12
Signaturförtydligande	12
Rättelse	13
Förstöring av patientjournal	13
Informationsskyldighet	13
Hälso- och sjukvård	13
Socialtjänst.....	13
Sekretess och tystnadsplikt	14
Sekretessbrytande bestämmelse	14
Inre sekretess.....	14
Förtydligande gällande hälso- och sjukvården.....	14
Deltar i vården kan exempelvis vara att man	14



Annat skäl kan exempelvis vara att.....	14
Samtycke.....	15
Ett samtycke innebär.....	15
Nationell patientöversikt (NPÖ)	15
För att få ta del av information i NPÖ krävs.....	16
NPÖ kan användas exempelvis i följande situationer	16
Vad visas i NPÖ.....	16
Nödåtkomst.....	16
Spärr av uppgifter i patientjournalen	17
Rapportering av uppgifter	17
Skyddad identitet	17
Tre nivåer av skydd:	17
Sekreessmarkering.....	17
Kvarskrivning	17
Fingerade personuppgifter	18
Behörigheter	18
Loggning/åtkomstkontroll.....	18
Utlämnande av handling	18
Utlämnande till patienten/den enskilde	18
Menprovning	19
Utlämnande till annan än patienten/den enskilde.....	19
Utlämnande till annan vårdgivare/myndighet.....	19
Ansvarig för utlämnande av handlingar.....	19
Ansvarig vid beslut om ej utlämnande av handlingar.....	20
Ingen utlämning	20
Utlämning inom enskild hälso- och sjukvård.....	20
Förvaring och hantering.....	20
Förvaring av handlingar där insatsen utförs.....	20
Samtycke.....	21
Hälso- och sjukvården.....	21
De handlingar som kan vara aktuella att skriva ut är	21
Skanning och användning av digitalkamera	21
Arkivering, bevarande och gallring	21
Gallringsplikt enligt SoL och LSS	21
Gallringsplikt inom hälso- och sjukvården	23
Avliden	23
Utflyttad ur kommunen.....	23
Patient med för tillfället avslutade insatser	23
Bevarande av journalhandlingar	23
Gallring.....	23
Arkivering.....	23
Patientjournalen sorteras i följande ordning	24
Identitetskontroll inom hälso- och sjukvård.....	24
Godkända legitimationshandlingar för svenska medborgare är	24
Telefonförfrågan/rådgivning inom hälso- och sjukvård.....	25
Legitimerad personal kan ge både generella råd och individuella råd.....	25



Generella råd	25
Ett individuellt råd.....	25
Driftsstopp.....	25
Planerade driftsstopp meddelas via IT-avdelningen	25
Oplanerade driftstopp.....	25
Hälso- och sjukvård.....	25
Socialtjänst SoL/LSS.....	26
Fax och e-post	26
Flytt, utflytt Hälso- och sjukvård.....	27
SoL/LSS	27
Dokumentationsgranskning	27
Lagar och Styrdokument	27
Arkivlagen (SFS 1990:782).....	27
Gallringsråd 5	27
Gallringsråd 6	27
Förvaltningslag (2017:900).....	27
Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)	28
Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) (SFS 1993: 387)	28
Lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade SFS 2017:735	28
Offentlighets- och sekretesslagen (OSL)(SFS 2009:400).....	28
Patientdatalagen, PdL (SFS 2008:355)	28
Patientsäkerhetslagen (PSL) (SFS 2010:659).....	28
Smittskyddslagen (SFS 2004:168).....	28
Socialtjänstlagen (SoL) (SFS 2001: 453)	28
Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS) 2014:5 Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS	28
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården;(HSLF-FS 2016:40).....	29
SOSFS 2005:29 Socialstyrelsens föreskrifter om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m.....	29
SOSFS 2004:11 Socialstyrelsens föreskrifter om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.....	29
länk till datainspektionens hemsida för mer information gällande personuppgiftshantering	29
länk till meddelandeblad från socialstyrelsen gällande skyddade personuppgifter.....	29

SYFTE

Riktlinje för informationssäkerheten syftar till att tydliggöra organisation och roller för informationssäkerhetsarbetet

Att all personal har kunskap om gällande informationssäkerhetsregler

DOKUMENTATIONSSKYLDIGHET

Dokumentation utgör ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet. Syftet med att dokumentera är att bidra till god kvalitet och säker vård. I dokumentationen tydliggörs den enskildes behov av hjälp och stöd samt vad, hur och vem som ska tillgodose hjälpbehoven.

Dokumentationen är avsedd att vara ett stöd för den eller de personer som ansvarar för vården och omsorgen. Den utgör ett arbetsverktyg eller informationskälla för bedömningen av de åtgärder som kan behöva vidtas av någon som inte träffat patienten/den enskilde tidigare.

Dokumentationen ger den enskilde möjligheten att få insyn i och vara delaktig i utformningen av hjälpinsatserna/vården. Den är också ett underlag vid tillsyn och kontroll och har betydelse i vissa rättsliga sammanhang och för forskningen.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Enligt Patientdatalagen (PdL) har all legitimerad personal skyldighet att dokumentera. Till hälso- och sjukvårdspersonal räknas förutom legitimerade arbetsterapeuter, dietister, logoped, fysioterapeuter/sjukgymnaster och sjuksköterskor även de som biträder legitimerad personal, det vill säga alla som utför en hälso- och sjukvårdsuppgift genom delegering. Denna omvårdnadspersonal ska dokumentera de iakttagelser av vikt som de gör i samband med utförandet av de delegerade, ordinerade arbetsuppgifterna.

Av anteckningen ska det framgå händelsedatum, dokumentationsdatum om det är ett annat än händelsedatumet samt vem som skrivit anteckningen. Anteckningen ska signeras.

Patientjournal ska föras på personer som erhåller kommunal hälso- och sjukvård enligt Patientdatalagen 2008:355

SOCIALTJÄNST

Dokumentationsskyldigheten gäller alla verksamheter som arbetar utifrån Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om Stöd- och Service till vissa funktionshindrade (LSS). Skyldigheten gäller vid handläggning av ärenden samt under genomförande och uppföljning av beslut om insatser i verksamheten. (SOSFS 2014:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS)

ORGANISATION

Säkerhetsaspekterna är många och viktiga i samband med hantering av sekretesskänslig information. Informationshantering inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska vara organiserad så att den tillgodoser patient/brukarsäkerhet och god kvalitet. Personuppgifter ska hanteras så att integritet respekteras och de dokumenterade personuppgifterna ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte ges tillgång till dessa.

ANSVAR OCH ROLLER

KOMMUNSTYRELSEN

Har det övergripande ansvaret för informationssäkerheten och de förvaltningsövergripande informationssystemen

IT-CHEF/IT ENHETEN

- Ansvarar för beredskap och driftsplan för informationssystemet.
- Hanterar och utreder generella frågor avseende anskaffning, drift, förvaltning och avveckling av informationssystem
- Planering och drift av IT-systemen, installation, service och underhåll av IT- utrustning

SOCIALCHEFENS/VERKSAMHETSCHEFENS ANSVAR

- Systemägare och har ett övergripande ansvar för dokumentationssystemen.
- Har ett övergripande ansvar att behörigheterna till verksamhetssystemen är ändamålsenliga och förenliga med aktuella arbetsuppgifter
- Har ett övergripande ansvar att personalen är informerade om gällande lagstiftning och bestämmelser som gäller för hantering av patientuppgifter

SYSTEMFÖRVALTARE

MAS och systemadministratör och har ansvar för den dagliga användningen av dokumentationssystemet

MEDICINSKT ANSVARIG SJUKSKÖTERS KAS ANSVAR

Har ett övergripande ansvar att det finns riktlinjer för journalföring i hälso- och sjukvårdsdokumentationen, att det finns riktlinjer för informationshantering och loggkontroller

- Skapa säkra rutiner kring datajournal
- Skapa behörighetskategorier
- Vid misstanke om eller missbruk av behörighet utreda detta och besluta om åtgärd
- Har ett övergripande ansvar att regelbundna loggkontroller genomförs
- Har ett övergripande ansvar att personalen är informerad om att loggkontroller genomförs
- Ansvarig för HSA och SIHTS-kort tillsammans med systemadministratör.

ENHETSCHEFENS ANSVAR

Att personalen är informerade om gällande lagstiftning och bestämmelser som gäller för hantering av patientuppgifter

- Att vara väl förtrogen med gällande riktlinjer,
- Att hålla anställd personal informerad om regelverk och riktlinjer
- Att beställa behörigheter hos systemadministratören
- Att vid beställning till systemadministratören avsluta behörigheten när användaren slutar eller får andra arbetsuppgifter.
- Att återlämna SITHS-kortet när användaren har avslutat sin anställning till SITHS-administratören
- Att ombesörja att användaren får utbildning i systemet.
- Meddela MAS vid misstanke om oegentligheter eller missbruk av behörighet.

SYSTEMADMINISTRATÖRENS ANSVAR

Att efter beställning lägga in behörigheter i dokumentationssystemet för legitimerad och ev. annan behörig personal,

Att efter beställning förändra eller avsluta behörighet.

Utbildning i dokumentationssystemet

Att stödja vid fel och användarproblem

ANVÄNDARENS ANSVAR

Alla användare tilldelas behörigheter utifrån ansvarsområde dvs där de arbetar. Det innebär att skriva och läsa i dokumentationssystemet.

- Att ta del av och vara uppdaterad om rutiner och riktlinjer och att följa dessa
- Att personliga lösenord inte kan bli tillgängliga för obehöriga
- Att datorer, surfplattor och mobiltelefoner inte lämnas på ett sådant sätt så att obehöriga kan få åtkomst till dess innehåll
- Att endast ta del av information angående vårdtagare som man deltar i vården med
- Att förhindra att obehöriga kan komma åt sekretessbelagd information
- Att efter avslutad anställning återlämna SITHS-kortet

BEHANDLING AV PERSONUPPGIFTER/JOURNALOMRÅDEN

Riktlinjerna gäller för behandling av personuppgifter i

- Verksamhetssystemet VIVA.
- Vid sammanhållen journalföring genom nationell patientöversikt (NPÖ)

BEHÖRIGHETER

Hälso- och sjukvårdspersonalen och andra befattningshavares behörighet ska begränsas till vad som är nödvändigt för att ge en god och säker vård

Behörighet ska prövas

- I varje enskilt fall och föregås av en behovs och riskanalys
- Om en användare får nya arbetsuppgifter ska behörigheten följas upp och förändras så att den stämmer överens med de nya arbetsuppgifterna
- När en befattningshavare slutar eller få andra arbetsuppgifter ska behörigheten tas bort

BEHOVSANALYS

Omfattningen av behörighetstilldelningen ska bedömas efter

- Vad som är nödvändigt för att ge en god och säker vård
- Om såväl läs- och skrivbehörigheter behövs
- Om olika personalkategorier är i behov av olika behörigheter

HSA- HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS ADRESSREGISTER

HSA är en elektronisk katalogtjänst som innehåller kvalitetssäkrade uppgifter om personer, funktioner och enheter i Sveriges kommuner, landsting och privata vårdgivare. Genom HSA förenklas möjligheterna att söka och hitta information, inom den egna kommunen samt över organisationsgränserna. HSA är en viktig grundtjänst för att många andra nationella tjänster ska fungera. Till exempel används information från HSA och SITHS (Säker Identifikations tjänst för Hälso- och sjukvård) för att säkerställa att rätt person få tillgång till rätt information

SITHS- SÄKER IT I HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

SITHS är en del av den tekniska infrastrukturen som ingår i den nationella IT- strategin. Denna säkerhetslösning bygger på att anställda i vård och omsorg har ett personligt elektroniskt ID-kort med elektroniska legitimationer som möjliggör säker identifiering och kryptering av känslig information. En patient kommer ofta i kontakt med flera, av varandra oberoende, vårdgivare. Därför är det nödvändigt med säker informationshantering genom hela vårdkedjan, inte bara inom den egna regionen eller den egna kommunen. För att garantera en patients säkerhet är det viktigt att information om dennes vård inte hamnar i orätta händer

HSA OCH SITHS

Ett antal arbetsuppgifter kräver säker inloggning via HSA och användandet av SITHS

- **Tillgång till Pascal:** Pascal är en applikation för vårdpersonal att förskriva och beställa läkemedel och handelsvaror för patienter som får sina mediciner fördelade i påsar (dospatienter).



- **NPÖ:** Nationell patientöversikt, NPÖ är inte ett journalsystem utan en tjänst som hämtar information från respektive journalsystem (den information som respektive landsting, kommun eller privat vårdgivare valt att visa i NPÖ).
- **Symfoni:** Landstingets tandvårdsstöd. Stödet omfattar uppsökande verksamhet. Här återfinns de personer som har blivit beviljade tandvårdsstöd
- **Nationella kvalitetsregister:** I Sverige finns flera nationella kvalitetsregister med personbundna uppgifter inom specifika områden i hälso- och sjukvården. De används bland annat för förbättringsarbete och uppföljning samt för forskning.

DEFINITION AV JOURNALHANDLING OCH PERSONAKT

En journalhandling inom hälso- och sjukvård definieras i 1kap. 3§ PdL. ”Som journalhandling anses en framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas med tekniska hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder.” Enligt PdL ska en sammanhållen patientjournal eftersträvas oavsett profession. Patientjournalen består av de uppgifter om patienten som behövs för vården av honom eller henne.

I socialtjänsten hålls handlingar som rör enskilda samman i dokumentationssystemet. Där finns en akt för handläggning (bland annat utredning och journal) och en för genomförandet av insatser (bland annat genomförandeplan, eventuell levnadsberättelse och journal).

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSDOKUMENTATION OCH SOCIAL DOKUMENTATION

OMVÅRDNADSJOURNAL

Vid vård inom kommunens hälso- och sjukvård skall journal föras för varje patient. En journal får inte vara gemensam för flera patienter.

En omvårdnadsjournal är först och främst avsedd att vara ett stöd för den eller de personer som ansvarar för vården. Den utgör ett arbetsverktyg eller underlag för bedömningen av de åtgärder som kan behöva vidtas. Journalen är även en informationskälla för patienten om den vård som ges.

En omvårdnadsjournal utgör ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet inom vården samt ett underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll av den vård som patienten erhållit. Omvårdnadsjournalen har även en stor betydelse som underlag i vissa rättsliga sammanhang och för forskningen.

OMVÅRDNADSJOURNALENS INNEHÅLL

Patientdatalagen 3 kap 6 § En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten.

Om uppgifterna finns tillgängliga, ska en patientjournal alltid innehålla

1. uppgift om patientens identitet,
2. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
3. uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,
4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder,
5. uppgift om den information som lämnats till patienten, dennes vårdnadshavare och övriga närstående och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en ny medicinsk bedömning, samt
6. uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling.
7. Patientjournalen ska vidare innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjordes. Lag (2014:827).

ÖVRIGT SOM JOURNALEN SKA INNEHÅLLA

- Omvårdnadsanamnes, hälsohistoria.
- omvårdnadsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut
- kontaktperson,
- vem man kontaktar i 1: a hand
- Omvårdnadsstatus – aktuellt ADL-status
- Individuell vårdplan/rehabplan – bedömning/analys av vårdbehov, planerade åtgärder, vem som ordinerat och resultat/utvärdering och uppföljning.
- Övriga handlingar beroende på patientens behov eller tillstånd ex.:
 - Läkemedelslista/APO dos/ordinationshandling
 - Tempkurva, lab. lista
 - Sårvårdsjournal
 - Nutritionsstatus, munhälsovårdsstatus, inkontinensstatus
 - Norton-skala
 - Hjälpmedelslista
 - Epikriser

SOCIALA DOKUMENTATIONENS INNEHÅLL

Handläggning av ärenden och genomförandet av insatser enligt SoL eller LSS ska dokumenteras i den sociala dokumentationen. Det som omvårdnadspersonal ska dokumentera i hälso- och sjukvårdsdokumentationen är avvikande händelser i samband med de insatser som är delegerade och ordinerade av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2014:5) beskriver: Insatser som ges enligt SoL och LSS ska dokumenteras och följas upp systematiskt för att visa att de leder till förbättringar för den enskilde. Dokumentationen ska kunna användas av medarbetarna som ett arbetsinstrument för den individuella planeringen, för genomförandet och uppföljningen av insatser. Det innebär att dokumentationen ska tillgodose, den enskildes rättssäkerhet, den har som syfte att vara ett arbetsredskap i uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring.

Dokumentationsskyldigheten regleras i den lagstiftning som styr insatser inom SoL och LSS.

Dokumentationen ska vara tydlig och utformas med respekt för den enskilde och ska begränsas till att innehålla uppgifter som bedöms vara tillräckliga, väsentliga och ändamålsenliga i förhållande till vad saken gäller. Dokumentationskyldigheten omfattar individuellt behovsprövade insatser

Detta innebär:

Tydlig dokumentation: innebär att anteckningen ska vara tydligt formulerad, föras löpande innehålla saklig information, strukturerad, det ska framgå vem som har gjort anteckningen, vara daterad och signerad.

Respektfull dokumentation: Dokumentationen ska vara respektfull: det innebär att det som skrivs ner ska ta hänsyn till den enskildes integritet och inte innehålla ovidkommande omdömen. Anteckningen får inte heller innehålla nedsättande eller kränkande uppgifter eller formuleringar. Det som ska beskrivas är vad som är faktiska omständigheter, vad som är bedömningar och vem som har gjort en viss bedömning.

Tillräcklig dokumentation: innebär att dokumentationen ska utföras så att den säkerställer den enskildes rättssäkerhet och möjlighet till insyn för den enskilde samt ger relevant information för att utföra och följa upp insatser.

Väsentlig dokumentation: innebär att dokumentationen endast innehåller uppgifter av betydelse för det fortsatta arbetet och uppgifter som visar hur situationen för den enskilde utvecklar sig.

Ändamålsenlig dokumentation: innebär att dokumentationen ska skrivas utifrån förhållandet till vad saken gäller

RESPEKT FÖR DEN ENSKILDES INTEGRITET

All dokumentation ska utföras med respekt för den enskilde och hans/hennes integritet. Den enskilde ska hållas underrättad om de journalanteckningar som förs om honom eller henne.

SPRÅKET I DOKUMENTATIONEN

Enligt huvudregeln ska dokumentationen vara skriven på svenska.

I vissa fall kan språket i patientjournalen vara danska, norska eller engelska. Blir det aktuellt med annat journalspråk än svenska ska den berörda legitimerade personalen kontakta MAS för en dialog om hur anteckningarna ska utformas. Detta regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) och i patientdatalagen (2008:355). De krav som ställs är att väsentliga ställningstaganden rörande vård och behandling, förhållningsregler enligt smittskyddslagen samt epikriser ska finnas upprättade på svenska.

Språket ska vara lättförståeligt och används förkortningar ska de vara vedertagna. Journalanteckningarna ska så långt som möjligt följa de nationellt fastställda termer och begrepp, klassificeringar och övriga kodverk som finns.

TOLKNING OCH ÖVERSÄTTNING

Om en patient/kund inte behärskar svenska språket eller har en funktionsnedsättning avseende hörsel eller tal ska tolk anlitas. Den enskildes uppfattning ska vara vägledande för bedömningen av behovet av tolk. Enbart om medarbetaren är övertygad om att den enskilde förstår det som kommer fram under t.ex. en utredning kan medarbetaren låta bli att använda tolk. Bestämmelserna om tolk gäller även översättning av handlingar.

Om samtal med patienter/kunder förs via tolk ska detta antecknas i journalen. Dokumentera också om det är en anhörigtolk eller professionell tolk som anlitas.

TILLGÄNGLIGHET

Uppgifterna som dokumenteras i patientjournalen/personakten/sociala dokumentationen ska finnas tillgängliga på ett överskådligt sätt för den personal som är behörig att ta del av dem samtidigt som de ska hanteras så att obehöriga inte får tillgång till dem.

I patientjournalen finns en enhetlig informationsstruktur i form av ett sökordsträd som är byggt utifrån ICF-klassifikationen. Dokumentationen ska följa detta träd. De journaluppgifter som är av stor vikt för att ge en god och säker vård ska finnas tillgängliga även om systemet drabbas av driftstopp.

SIGNERING OCH LÅSNING

Den som ansvarar för en journalanteckning ska signera den för att styrka att uppgifterna är riktiga. Signering ska ske i anslutning till att anteckningen görs.

SIGNATURFÖRTYDLIGANDE

I alla verksamheter där man för pappersjournal ska det finnas en lista över personalens signaturer kopplat till namn och befattning, ett så kallat signaturförtydligande.

RÄTTELSE

Uppgifter i patientjournalen/personakten/sociala dokumentationen får inte tas bort eller göras oläsliga. Om man gör tillägg eller rättelser i dokumentationen måste man ändå kunna läsa tidigare skrivelser.

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 datoriserade journalen och i en eventuell pappersjournal. Om patienten/den enskilde anser att en uppgift är oriktig eller missvisande ska detta dokumenteras i patientjournalen/journalen.

Patienten/den enskilde får inte själv skriva i journalen eller bestämma vad personalen ska dokumentera.

FÖRSTÖRING AV PATIENTJOURNAL

Patienten själv eller någon som omnämns i journalen kan begära att patientjournalen ska förstöras. Det är endast Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som får besluta om en journalhandling får lov att förstöras helt eller delvis. Det är patienten som lämnar en begäran till myndigheten. Om IVO fattar beslut om förstöring har vårdgivaren två veckor på sig att förstöra originaljournalen, alla kopior som lämnats till myndigheter, andra vårdenheter, andra vårdgivare etc. Kommer ett sådant beslut om förstöring av en patientjournal ska detta lämnas till MAS som slutför ärendet tillsammans med den ansvarige legitimerade personalen och systemförvaltaren.

INFORMATIONSSKYLDIGHET

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Legitimerad personal som upprättar en ny patientjournal ansvarar för att informera patienten om att en journal upprättas. Den som upprättar en patientjournal ska också informera patienten om hans/hennes rätt att spärra uppgifter i journalen.

SOCIALTJÄNST

Den enskilde behöver få information om vad en utredning är och vilka regler som styr utredningsarbetet. Det är viktigt att handläggaren klargör syftet med utredning och vikten av att den enskilde lämnar korrekta och tillräckliga uppgifter i samband med utredningen.

Den enskilde måste också få information om vilka utomstående personer och andra myndigheter biståndshandläggaren önskar kontakta, när utredningen beräknas vara klar och vem som kommer att fatta beslut i ärendet. Det är önskvärt att den enskilde får sådan information att han eller hon kan förstå utredningsprocessen. Den enskilde ska hållas informerad om de journalanteckningar som förs om honom eller henne.

Skyldigheten att kommunicera syftar till att stärka den enskildes rättssäkerhet. Den enskilde ska underrättas om utredningsmaterialet och få möjlighet att yttra sig över det. I vissa fall är kommunikering inte nödvändig. Det gäller om:

- den enskilde får precis vad han eller hon har ansökt om
- om uppgiften saknar betydelse till exempel om en annan person har lämnat en uppgift som man redan känner till eller som inte behövs för beslutsfattandet
- det är uppenbart obehövt att kommunicera

SEKRETESS OCH TYSTNADSPLIKT

Stark sekretess gäller inom hälso- och sjukvård och socialtjänst för uppgifter om personliga förhållande. Det innebär att uppgifter inte får röjas om det inte står klart att de kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående lider men (Offentlighets- och sekretesslagen (OSL) 25 kap.1§ och 26 kap. 1§). All personal och även studerande som genomför verksamhetsförlagd utbildning har sekretess enligt denna stränga sekretess.

OSL är inte tillämplig för privata vårdgivare samt enskilda verksamheter enligt LSS och SoL Istället finns regleringen om tystnadsplikt i 15 kap. 1§ SoL, 29§ LSS samt 6 kap. 12§ Patientsäkerhetslagen (PSL). Innebörden av sekretess och tystnadsplikt är densamma.

SEKRETESSBRYTANDE BESTÄMMELSE

En sekretessbrytande bestämmelse såsom den enskildes samtycke, innebär att uppgifter kan utväxlas mellan olika myndigheter eller verksamhetsgrenar.

Sekretessbrytande bestämmelser och undantag från sekretessen finns i OSL 10kap. och 12kap. Dessa bestämmelser handlar bland annat om samtycke, nödvändigt utlämnande, partsinsyn, förhindrande eller avbrytande av vissa brott och att uppgift lämnas till en annan myndighet om uppgiftsskyldigheten följer av lag eller förordning. Det sistnämnda innebär exempelvis att tillsynsmyndigheter har rätt att få journaluppgifter utlämnade.

INRE SEKRETESS

Med inre sekretess menas att uppgifter innanför en sekretessgräns som omfattas av sekretess bara får lämnas mellan olika professioner i den utsträckning som behövs för ett ärendes handläggning eller verksamhetens bedrivande. Den personal som deltar i vården/omvårdnaden kring en person har rätt att ta del av de journalanteckningar som behövs för att kunna ge en god och säker vård/omvårdnad/omsorg. Personal som inte deltar i arbetet kring patienten/den enskilde får inte läsa i journalen eller på annat sätt ta del av sekretessbelagd information även om tillgänglighet och möjlighet finns. I dokumentationssystemet loggas alla personaktiviteter.

FÖRTYDLIGANDE GÄLLANDE HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om han/hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1§ PdL).

DELTAR I VÅRDEN KAN EXEMPELVIS VARA ATT MAN:

- Träffar patienten personligen
- Blir konsulterad av en kollega
- Deltar i t.ex. verkställighetsmöten då man har kompetenser som kan komma patienten till gagn.
- Ger patienten sjukvårdsrådgivning per telefon.
- Kommunicerar med patienten över internet.
- Tar emot en remiss

ANNAT SKÄL KAN EXEMPELVIS VARA ATT:

- Utfärda intyg
- Följa upp resultatet av sina bedömningar och åtgärder
- Utvärdera vårdprocess
- Beräkna och sammanställa kostnader
- Framställa statistik om verksamheten
- Kontrollera om verksamheten bedrivs i enlighet med vårdgivarens rutiner

- I överensstämmelse med lag eller förordning lämna ut uppgifter

SAMTYCKE

Samtycke innebär att en person som efter ha fått information godtar behandling av personuppgifter som rör denne. En viktig del i samtycket är att den registrerade informeras om de behandlingar av personuppgifter som utförs och övrig information som behövs för att den registrerade ska kunna ta till vara sina rättigheter i samband med behandlingen,

Det innebär till exempel vilka uppgifter som ska behandlas information om vilka som är av mottagare av uppgifterna skyldighet att lämna uppgifter och rätten att ansöka om information och få rättelse.

Den legitimerade personalen/biståndshandläggaren/omvårdnadspersonalen ska informera patienten/kunden om sekretesskyddet och fråga om han/hon lämnar sitt samtycke till att lämna upplysningar till exempelvis anhöriga, annan vårdgivare eller till andra verksamhetsgrenar. Det kan handla om att delta i kvalitetsregister. Patienten/den enskilde meddelar på så sätt att uppgifter om hur han eller hon mår får lämnas ut och till vem som informationen kan lämnas.

Svaret ska dokumenteras under Samtycke i journalen. Eller om det skrivs ner i pappersform förvaras i Patienten/den enskildes akt. Ett samtycke kan återkallas när som helst av den person som gett det.

En god man/förvaltare eller anhörig kan inte samtycka till vård och omsorg mot den enskildes vilja och inte heller samtycka till tvångsåtgärder mot den enskildes vilja.

Samtycket gäller inte vid vård av patienter inom hälso- och sjukvården skall patientjournal föras (PdL 3 kap 1 §). I patientdatalagen anges vilka yrkesgrupper som har lagstadgad skyldighet att föra journal. Var och en som för patientjournal svarar för sina uppgifter i journalen (PdL 3 kap 4 §)

ETT SAMTYCKE INNEBÄR

Ett accepterande/godtagande av föreslagna villkor. För att ett samtycke ska vara giltigt krävs att:

- Det har lämnats av någon som är behörig att förfoga över det aktuella intresset
- Den samtyckande är kapabel att förstå innebörden av samtycket
- Vederbörande har haft full insikt om relevanta omständigheter
- Det har lämnats frivilligt
- Det är allvarligt menat

Ett samtycke kan ges på olika sätt:

- Uttryckligt: skriftligt, muntligt eller genom jakande nick
- Konkludent: den enskilde agerar så att han/hon visar att samtycke ges exempelvis genom att underlätta åtgärdens genomförande
- Presumerat: den som ska vidta åtgärden förutsätter att det är förenligt med den enskildes vilja.
- Inre samtycke: den enskilde har informerats och inte gett uttryck för motvilja. Den enskilde är fullt medveten om vad som planeras.

NATIONELL PATIENTÖVERSIKT (NPÖ)

NPÖ är ett IT-stöd som ger möjlighet att ta del av en annan vårdgivares journalinformation. Detta är möjligt genom sjätte kapitlet i PdL som reglerar sammanhållen journalföring. Syftet är att öka

vårdkvaliteten genom en helhetsbild av patienten, minska dubbelarbete och ge en bättre planering och samordning mellan vårdgivare.

FÖR ATT FÅ TA DEL AV INFORMATION I NPÖ KRÄVS:

- Stark autentisering med SITHS-kort. (vem Du är)
- Behörighetsstyrning. (vad Du får göra)
- Åtkomst/loggkontroll. (uppföljning om Du hade behov)
- Möjlighet för patienten att spärra journaluppgifter. Görs av den vårdgivare som producerar informationen.
- Att ändamålet är vård och behandling.
- Att vårdgivaren har en aktuell patientrelation.
- Patientens samtycke. Samtycket ska vara frivilligt, otvetydigt samt gälla särskilt för NPÖ. Det gäller under den tid som patienten och personalen kommer överens om. Det kan gälla för en dag, en vecka, ett år eller flera år beroende på om patienten befinner sig i en vårdprocess under en kortare eller längre tid.
- För personer som inte endast tillfälligt saknar förmåga att ta ställning får uppgifter göras tillgängliga om patientens inställning till sådan personuppgiftsbehandling så långt som möjligt klarlagts och det inte finns anledning att anta att patienten skulle ha motsatt sig denna.
- Samtycket eller det nekade samtycket dokumenteras i patientjournalen. Patienten har alltid rätt att återta ett lämnat samtycke.

NPÖ KAN ANVÄNDAS EXEMPELVIS I FÖLJANDE SITUATIONER:

- I samband med en ny patientkontakt för att få en helhetsbild av patientens vårdhistorik och behov.
- För att ta del av provsvar.
- För att se vilka läkemedel patienten har hämtat ut (kräver förskrivarkod).
- För att få snabbare information om bakgrunden till patientens situation utan att invänta epikris eller journalkopior per post.
- Vid tillfälle då patientens behov innebär att du som legitimerad personal behöver ytterligare information om patientens vårdhistorik.

VAD VISAS I NPÖ

Varje vårdgivare beslutar om vilken information som ska produceras i NPÖ och det kan därför skilja sig åt mellan olika vårdgivare.

NÖDÅTKOMST

Då en nödsituation föreligger kan en vårdgivare via en särskild knapp i NPÖ ta del av information om en patient utan att ha inhämtat samtycke. Vårdgivaren måste då ha gjort bedömningen att dokumentationen kan antas ha betydelse för patientens liv och hälsa.

SPÄRR AV UPPGIFTER I PATIENTJOURNALEN

Patienten har en uttrycklig rätt enligt PdL kap. 4–5§§ 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. Uttrycker patienten önskemål om att hans/hennes uppgifter ska vara spärrade kan en pappersjournal upprättas.

Finns uppgifter sedan tidigare i det datoriserade journalsystemet ska dessa göras otillgängliga och kontakt tas med systemförvaltaren. I journalsystemet dokumenteras endast att patienten har en pappersjournal upprättad.

RAPPORTERING AV UPPGIFTER

Inga uppgifter kopplade till patient eller omsorgstagare får rapporteras via e-post.

SKYDDAD IDENTITET

Personuppgifter i folkbokföringsregistret är normalt sett offentliga men under vissa omständigheter kan en patient/enskild ha skyddad identitet. Detta gäller exempelvis i vissa fall när det finns en hotbild mot den enskilde. När en medarbetare får kännedom om att en patient/enskild har skyddad identitet ska han/hon vända sig omgående till sin närmaste chef. Verksamheten är skyldig att gå igenom rutin och handlingsplan som gäller för skyddad identitet. (se länk från socialstyrelsen).

TRE NIVÅER AV SKYDD:

SEKRETESSMARKERING

Sekretessmarkering innebär att det sätts en markering i folkbokföringsregistret så att det görs en noggrann prövning innan uppgifter lämnas ut. Adressuppgifterna ”mörkas” och bara några enstaka personer på Skatteverket har tillgång till dem.

Patienter/omsorgstagare som har sekretessmarkerade uppgifter ska styrka att han/hon har skyddade adressuppgifter. När journalen upprättas kan patientens/den enskildes namn och personnummer skrivas in, men inga adress/telefon- eller e-postuppgifter får registreras i journalen. Patienten/den enskilde ges information om verksamhetens telefonnummer och informeras om att det är hans/hennes ansvar att ta kontakt vid behov av insatser. Om patientens/den enskildes adressuppgifter finns i journalsystemet sedan tidigare ska dessa ”spärras” det vill säga befintliga adressuppgifter ska raderas. Kontakt tas med systemförvaltare.

KVARSKRIVNING

Kvarskrivning innebär att en person fortsätter att vara folkbokförd på församlingen i sin gamla folkbokföringsort då han/hon flyttat därifrån. Personen har en särskild postadress hos Skatteverket. Den nya adressen registreras aldrig i folkbokföringen och sprids därför inte till andra myndigheter.

Patienten/den enskilde ska styrka kvarskrivningen. För en patient/kund med kvarskrivning får enbart en pappersjournal upprättas. Istället för personnummer registreras dagens datum och ett fyrsiffrigt löpnummer

Patienten/den enskilde ges information om verksamhetens telefonnummer och informeras om att det är hans/hennes ansvar att ta kontakt vid behov av insatser.

Vissa personer som flyttar till vård- och omsorgsboende är fortsatt skrivna på sin tidigare adress eller på sin församling. Denna typ av kvarskrivning innebär inte att en pappersjournal måste upprättas utan i dessa fall kan en journal upprättas i journalsystemet. Det är viktigt att i dessa fall kontrollera att kvarskrivningen inte är gjord för att skydda personuppgifterna.

FINGERADE PERSONUPPGIFTER

Fingerade personuppgifter innebär att personen får en helt ny identitet, d.v.s. får andra personuppgifter än sina egna. Den verkliga identiteten finns bara hos Rikspolisstyrelsen. För personer med fingerade personuppgifter upprättas en journal i vanlig ordning.

BEHÖRIGHETER

Behörigheten till journalen ska begränsas till vad som behövs för att medarbetaren ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Användare som ska ha tillgång till journalen tilldelas en individuell behörighet genom sitt användarnamn.

Enhetschefen/verksamhetsansvarig är ansvarig för att fylla i och skicka behörighetsregistreringen till systemförvaltaren. Vid förändringar förlängning av anställning eller avslutad anställning med mera ska enhetschefen meddela detta till systemförvaltaren som gör förändringar i behörigheten. Enhetschefen ska regelbundet följa upp att gällande behörigheter är aktuella.

Riskanalys ska genomföras och innefatta risker med för lite eller för mycket tillgång till uppgifter om patienten/den enskilde.

LOGGNING/ÅTKOMSTKONTROLL

I avsnitt Sekretess och tystnadsplikt samt Inre sekretess framgår att det inte är tillåtet att ta del av personuppgifter genom att läsa journalanteckningar på personer som man inte har en vårdrelation med eller som är tillåten enligt sekretessbrytande bestämmelser. Den som olovligen tar del av sekretessbelagda uppgifter kan dömas för dataintrång och bryter mot Patientdatalagen.

För att säkerställa att ingen använder sin behörighet på ett otillåtet sätt görs loggningar i systemet. Syftet med loggningen är att både verka avhållande från samt att upptäcka otillåtet intrång.

UTLÄMNANDE AV HANDLING

En handling är en framställning i skrift, bild eller en upptagning som kan höras, avlyssnas eller på ett sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel. En allmän handling definieras som en handling som antingen upprättas hos myndigheten eller kommer in till myndigheten. Allmän handling kan antingen vara offentlig eller hemlig.

Allmän handling ska på begäran lämnas ut om den inte innehåller uppgifter som kan vara sekretessbelagda. Alla handlingar i personakten/sociala dokumentationen /patientjournalen är allmänna handlingar, men omfattas av sekretess. Minnesanteckningar är inte en allmän handling. Originalhandlingar får aldrig lämnas ut (pappersversion).

UTLÄMNANDE TILL PATIENTEN/DEN ENSKILDE

Patienten/den enskilde har rätt att få ta del av handlingar som berör honom/henne. Undantag regleras i OSL 25kap. 6§ (hälso- och sjukvård) och OSL 26 kap. 5§ (socialtjänst).

MENPRÖVNING

Menprovning ska göras vid allt utlämnande av journalkopior. Menprovning innebär att man tar ställning till om informationen kan innebära skada för patienten eller för tredje man, vilket beror på till vem man gör utlämnandet. Man ska också ha i åtanke att bara det som efterfrågas ska lämnas ut.

Det är i regel förbjudet att lämna uppgifter om det inte står helt klart att det kan ske utan att patienten eller närstående lider men. Man måste pröva risken för men i varje särskilt fall. Med patientens samtycke får uppgifter lämnas.

Journalkopiorna ska lämnas ut eller skickas utan dröjsmål, helst samma dag eller nästföljande, senast inom 2 – 3 dagar efter att begäran inkommit. Vid mycket omfattande material kan sekretessprövningen ta något längre tid.

Patienten/den enskilde kan begära ut handlingar genom ett personligt besök, via brev, e-post, telefon eller ombud.

Ansvarig prövar om det finns hinder för utlämnandet enligt OSL 25kap. 1§ och 6 § (hälso- och sjukvård) eller OSL 26 kap. 1§ (socialtjänst). Finns inga hinder för utlämnande av patientjournalen/handlingen gäller att patienten/den enskilde skyndsamt ska få ta del av handlingarna. Uppgifterna kan lämnas ut som en kopia, avskrift eller genom att patienten/den enskilde får läsa patientjournalen/handlingen på plats. Patient/den enskilde ska erbjudas hjälp vid läsningen. Den som lämnar ut patientjournalen/handlingen ska förvissa sig om att det är rätt mottagare som tar emot handlingarna. Skickas kopior med post ska brevet rekommenderas. Kommunen har rätt att ta betalt för utlämnade kopior.

I journalen ska den som lämnar ut journalkopian/handlingen dokumentera att en provning gjorts enligt ovanstående samt att en kopia är utlämnad till patienten/den enskilde, vem som lämnat ut kopian och om kopian är hämtad av patienten/den enskilde, skickad med rekommenderat brev eller överlämnad på annat sätt.

UTLÄMNANDE TILL ANNAN ÄN PATIENTEN/DEN ENSKILDE

Annan än patienten/den enskilde själv har rätt att begära ut en journalhandling/handling i akten då dessa är allmänna handlingar. Om en sådan begäran inkommer ska den ansvarig göra en sekretessprövning enligt OSL 25kap. 1§ (hälso- och sjukvård) eller OSL 26 kap. 1§ (socialtjänst). Även om patienten/den enskilde har lämnat sitt samtycke ska en menprovning göras. Om inga sekretesskäl talar emot ett utlämnande kan ex. närstående få ut journalhandlingar. Även här gäller skyndsamhetskravet. Uppgifterna ska lämnas ut enligt samma rutin som till patienten/den enskilde och i dessa fall ska det även dokumenteras till vem man lämnat ut journalhandlingen, att provning skett samt hur uppgifterna lämnats ut det vill säga om de är hämtade av den som begärt ut dem, skickade med rekommenderat brev eller utlämnade på annat sätt.

UTLÄMNANDE TILL ANNAN VÅRDGIVARE/MYNDIGHET

I dessa fall måste patienten/den enskilde lämna sitt samtycke. Detta noteras i journalen av ansvarig. När kopior skrivs ut från verksamhetssystemet till vårdgivare eller myndigheter utanför den egna kommunen ska det framgå i journalen vem som fått kopian, när den lämnades ut och från vilken del av patientjournalen/akten utskriften är gjord.

Vid ett tillsynsbesök i verksamheten av exempelvis IVO efterfrågas ofta kopior av journaler. Innan kopior lämnas ut ska de avidentifieras.

ANSVARIG FÖR UTLÄMNANDE AV HANDLINGAR:

- Hälso- och sjukvård: Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
- Socialtjänst: MAS, enhetschef eller biståndshandläggare/socialsekreterare

ANSVARIG VID BESLUT OM EJ UTLÄMNANDE AV HANDLINGAR:

- Hälso- och sjukvård: Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Socialchef
- Socialtjänst: Socialchef i samråd Enhetschef/MAS

INGEN UTLÄMNING

Om uppgifterna inte kan lämnas ut efter menprövning ska ärendet lämnas vidare till den som är ansvarig för besluten dvs .

Är menprövningen korrekt ska MAS/enhetschef ge den som begärt ut uppgifterna ett skriftligt avslagsbeslut med motivering till avslaget samt en hänvisning till var han/hon kan överklaga beslutet.

UTLÄMNING INOM ENSKILD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Detta regleras enligt 5 kap. 2§ och 8 kap. 2§ PdL. En journalhandling inom enskild hälso- och sjukvård ska på begäran av patienten eller närstående lämnas ut snarast möjligt.

Om den ansvarige anser att det finns hinder för att utlämna journalen ska han/hon skriva ett yttrande som skickas till IVO.

FÖRVARING OCH HANTERING

Patientjournaler/personakter/omvårdnadsjournalen ska förvaras så att de är läsbara fram till dess att de får gallras. De ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem. De ska skyddas mot förstörelse, skada och tillgrepp. När de inte används ska de förvaras i ett låsbart skåp på personalens kontor. När de används ska ingen obehörig kunna komma åt att läsa dem under tiden de ligger framme eller finns synliga i datorn.

Om samma person får insatser enligt HSL, LSS och SoL ska handlingarna hållas åtskilda.

FÖRVARING AV HANDLINGAR DÄR INSATSEN UTFÖRS

Det finns några få undantag från ovan angivna regel. Det handlar om handlingar som måste förvaras hemma hos patienten/den enskilde,

Följande handlingar kan förvaras där insatsen utförs

Handling	Lagrum	Förvaring	Original	
			Ja	Nej
Signeringslista läkemedel	HSL		X	

Signeringslista övrig	HSL		X
Ordinationer och planer	HSL		X
Träningsprogram, utprovningssprotokoll	HSL		X
Vätskeregistrering, matregistrering	HSL		X
Lägesändringsschema	HSL		X
Genomförandeplan, kopia	SoL		X
Vårdplan, kopia	HSL		
Rehabplan, kopia	HSL		

SAMTYCKE

Patienten/den enskilde måste ge sitt medgivande till att handlingar som omfattas av sekretess, förvaras hemma hos patienten/den enskilde. Förvaringen hemma hos patienten/den enskilde ska egentligen ske utan åtkomst för obehöriga och den ska begränsas i tid, vilket innebär att när ett blad är använt ska det läggas i patientjournalen eller sociala dokumentationen.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Den information som omvårdnadspersonalen behöver för att kunna utföra delegerade, ordinerade hälso- och sjukvårdsinsatser skrivs ut av legitimerad personal och sätts i pärmen under aktuell flik där omvårdnadspersonalens journalanteckningar som berör hälso- och sjukvård sitter.

DE HANDLINGAR SOM KAN VARA AKTUELLA ATT SKRIVA UT ÄR:

- Journalanteckning/ar
- Planer, exempelvis vårdplan, rehabiliteringsplan, habiliteringsplan
- Ordinationer
- Träningsprogram
- Signeringslistor

SKANNING OCH ANVÄNDNING AV DIGITALKAMERA

Om det finns teknisk möjlighet att skanna information kan detta göras i syfte att samla informationen i patientjournalen/personakten/sociala dokumentationen. Dokument som skannas in i är handlingar och ska förvaras enligt samma regler som övriga handlingar.

Vid användning av digitalkamera kan exempelvis utvecklingen av sårläggning dokumenteras i bilder. Kan inte materialet läggas direkt in i patientjournalen ska det skrivas ut och förvaras i pappersjournalen. Materialet är en journalhandling.

ARKIVERING, BEVARANDE OCH GALLRING GALLRINGSPLIKT ENLIGT SoL OCH LSS

Huvudregeln är att handlingar i en personakt ska gallras fem år efter senaste anteckningen gjordes i akten. Uppgifterna får inte gallras så länge uppgifterna om samma person finns kvar i en sammanställning av personuppgifter, det vill säga ett register. Gallringen ska göras årligen och den ska vara avslutad senast kalenderåret efter det att gallringsskyldigheten inträdde. Vissa handlingar ska av hänsyn till forskningens behov undantas från gallring. Detta gäller individrelaterade material som ska undantas från gallring utgörs av handlingar rörande personer födda den

- femte,
- femtonde och
- tjugofemte i varje månad

Undantag gäller handlingar som har kommit in eller upprättats i samband med att en underårig placerats eller tagits emot i ett hem för vård eller boende, i ett familjehem eller i ett annat särskilt hem som inte tillhör någon av föräldrarna eller någon annan som har vårdnaden om honom/henne.

Huvudregeln är att gallringsplikten i enskild verksamhet innebär att handlingar ska gallras två år efter att sista anteckningen gjordes i akten.

Arkivering och gallring hanteras i särskild rutin och finns beskrivet i dokumenthanteringsplanen som gäller för Älvsbyns kommun

GALLRINGSPLIKT INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

AVLIDEN

Avlidna patienters pappersjournaler/dokument ska lämnas i arkiv på Ugglands särskilda boende. Journaler som ska bevaras i särskilt arkiv gäller personer födda dag -05, -15, -25 i en månad. Dokumentationssystemet arkiverar journalen i stort dock finns det dokument/handlingar som ska arkiveras i arkivet, för detta finns särskild rutin.

Anmälningssärenden till IVO ex Lex Maria/ Lex Sarah samt försäkringsärende ska förvaras i särskilt arkivskåp.

UTFLYTTAD UR KOMMUNEN

Pappersjournaler/dokument på patienter som flyttat från kommunen förvaras i arkivet

Journaler som ska bevaras i särskilt arkiv gäller personer födda dag -05, -15, -25 i en månad. Dokumentationssystemet arkiverar journalen i övrigt.

Anmälningssärenden till IVO ex Lex Maria/ Lex Sarah samt försäkringsärende ska förvaras i särskilt arkiv skåp.

PATIENT MED FÖR TILLFÄLLET AVSLUTADE INSATSER

Pappersjournaler/dokument på patienter som tillfälligt har avslutade insatser förvaras i arkiv på Ugglands särskilda boende.

Journaler som ska bevaras i särskilt arkiv gäller personer födda dag -05, -15, -25 i en månad. Dokumentationssystemet arkiverar journalen i övrigt.

Anmälningssärenden till IVO ex Lex Maria/ Lex Sarah samt försäkringsärende ska förvaras i särskilt arkiv skåp.

BEVARANDE AV JOURNALHANDLINGAR

Journalhandlingar bevaras i arkiv eller i verksamhetssystemet och Journalhandlingar på patienter som är födda dag -05, 15 och -25 i en månad ska bevaras i särskilt arkivskåp.

Alla signeringslistor gällande förskrivningar/ordinationer inom hälso- och sjukvården är journalhandlingar och ska sparas.

GALLRING

Gallring görs enligt gällande lagstiftning för socialtjänst/ hälso-och sjukvård och de gallringsråd som finns upprättade via Riksarkivet/Sveriges kommuner och landsting (SKL)

ARKIVERING

Vid arkivering av handlingar ska en sammanhållen patientjournal/personakt eftersträvas. Varje lagrum ska sorteras för sig.

Gem, plastfickor etc. tas bort. Kopior på handlingar som finns dokumenterat i verksamhetssystemet ska strimlas. Handlingarna sorteras i kronologisk ordning. När det gäller hälso- och sjukvård kontrollera att information från olika listor är införd i den datoriserade journalen.

Ansvarig profession lägger den genomgångna patientjournalen/personakten i ett därför avsett personaktomslag. Personaktomslaget ska märkas i övre högra hörnet stående A4, med datum när patienten/den enskilde avled, patienten/den enskildes namn, personnummer, samt om det är ett ansvars/försäkringsärende eller Lex Maria ärende.

PATIENTJOURNALEN SORTERAS I FÖLJANDE ORDNING:

- Patientjournal
- Läkemedelsinformation
- Föreskrivningar/ordinationer
- Signaturförtydligande
- Signeringslistor
- Medicinsk epikris/remisser slutenvård
- Laboratorielista
- Information vid akutbesök (då ordination från läkare är noterad)
- Upprättade skriftliga träningsprogram
- Remissvar
- Röntgensvar
- Övrigt

Arkivering och gallring hanteras i särskild rutin och finns beskrivet i dokumenthanteringsplanen som gäller för Älvsbyns kommun

IDENTITETSKONTROLL INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Den som upprättar en journalhandling ska alltid kontrollera den enskildes identitet. Patienter som inte är kända ska legitimera sig vid undersökning, behandling, provtagning samt i övrigt då journalanteckning görs i samband med vårdkontakt. Även i de fall då det är aktuellt att sätta på ett identitetsband ska en identitetskontroll göras.

Det är viktigt att fastställa varje vårdtagares identitet för att kunna garantera trygghet och säkerhet i alla kontakter med vårdgivare. Den som utför en medicinsk åtgärd är skyldig att varje gång förvissa sig om vårdtagarens identitet. Kontrollen ska ske mot en godkänd legitimationshandling, att personens identitet inte går att fastställa innebär inte att patienten kan nekans nödvändig vård.

GODKÄNDA LEGITIMATIONSHANDLINGAR FÖR SVENSKA MEDBORGARE ÄR:

- Id-kort utfärdat av bank eller postverk
- Nationellt id-kort enligt ICAO-standard utfärdat av polisen
- (FN-organet ICAO, International Civil Aviation Organisation, utfärdar rekommendationer för pass och övriga resehandlingar)
- Nationellt pass enligt ICAO-standard utfärdat av polisen
- SIS-märkt id-kort
- Svenskt körkort
- Svenskt pass med vinröd pärm, så kallat EU-pass
- Tjänste- eller id-kort utfärdat av AB ID-kort
- Godkända legitimationshandlingar för patienter som inte är folkbokförda i Sverige är:
- LMA-kort utfärdat av Migrationsverket
- (LMA = lagen om mottagande av asylsökande)
- Pass från konventionsland liksom övriga länder

Om en patients identitet inte går att fastställa ska en patientjournal i pappersversion upprättas enligt rutin för personer med kvarskrivning. När personen sedan kan identifiera sig upprättas en patientjournal i verksamhetssystemet. I de fall det är aktuellt med ett identitetsband och patientens

identitet inte går att fastställa ska ansvarig sjuksköterska skriva att identitet är okänd på identitetsbandet.

TELEFONFÖRFRÅGAN/RÅDGIVNING INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Samtal som gäller vård och behandling ska alltid dokumenteras. Det samma gäller uppgifter som kan få betydelse för vården/behandlingen framöver. Dokumentation ska göras i patientjournalen, om möjligt i direkt anslutning till samtalet.

Handlar kontaktorsaken om något annat än vård och behandling får den legitimerade personalen avgöra om samtalet ska dokumenteras.

LEGITIMERAD PERSONAL KAN GE BÅDE GENERELLA RÅD OCH INDIVIDUELLA RÅD.

GENERELLA RÅD innebär att förskrivaren inte behöver ha kännedom om patientens bakgrund och råden är inte hälso- och sjukvårdsåtgärder och behöver därför inte dokumenteras i patientjournalen. Det kan exempelvis vara när sjuksköterska ger generella råd kring ögondroppar eller när legitimerad personal får förfrågning som gäller medicintekniska produkter. Då kan den legitimerade personalen ge generella råd till patienten kring olika hjälpmedel.

ETT INDIVIDUELLT RÅD förutsätter att den legitimerade personalen har kännedom om patientens bakgrund. Dessa råd är hälso- och sjukvård och måste dokumenteras i patientjournalen.

DRIFTSSTOPP

Vid driftsstopp ska patientens/den enskildes rätt till en god och säker vård och omsorg säkerställas.

Driftsstopp kan vara både planerade och oplanerade. Samma rutin används, men vid planerade driftsstopp kan även annan information än den nedanstående som den enskilde legitimerade personalen bedömer som nödvändig att ha till hands under driftsstoppet skrivas ut.

PLANERADE DRIFTSSTOPP MEDDELAS VIA IT-AVDELNINGEN

OPLANERADE DRIFTSTOPP

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

För att säkerställa vården det närmaste dygnet vid oplanerade driftsstopp ska följande information alltid finnas tillgänglig i pappersform:

- Att Göra listan: sjuksköterskor; skrivs ut av den sjuksköterska som avslutar sitt dagarbetspass sist på respektive ställe. Inför helgen skrivs listor ut på fredagen för både lördag och söndag. Arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast; skrivs ut innan arbetspasset avslutas. OBS! Förvaras inte som journalhandling utan ska strimlas i samband med att en ny Att Göra lista skrivs ut. Utskrift av ny lista ska finnas med som en stående punkt på Att Göra listorna.
- Ordinationslista ska finnas utskrivet
- Varning/observera/smitta: ska skrivas ut, byts ut när uppgifterna förändras, tas bort när uppgifterna avslutas. Förvaras i pappersjournalen.
- Personkort: ska skrivas ut, byts ut när uppgifterna förändras. Förvaras i pappersjournalen.
- Upprättade planer/ordinationer: ska skrivas ut, byts ut när uppgifterna förändras, tas bort när uppgifterna avslutas. Förvaras i pappersjournalen.

Det är legitimerad sjuksköterska som ansvarar för att ovanstående uppgifter alltid är aktuella och finns utskrivna i pappersform. Vid driftsstopp ska tjänstgörande legitimerad sjuksköterska delge annan berörd hälso- och sjukvårdspersonal den information som krävs för att kunna ge en god och säker vård. I de fall patienten inte har insatser av sjuksköterska är det legitimerad arbetsterapeut, dietist, logoped eller fysioterapeut/sjukgymnast som ska se till att patientuppgiftsbilden, varning/observera/smitta samt upprättade planer finns utskrivna.

Vid driftstopp måste all dokumentation ske i pappersform på avsedda journalblad. Alla anteckningar som görs med papper och penna ska textas för att vara tydliga så att alla kan läsa dem. När systemet åter är i drift ska dessa anteckningar omgående föras in i den datoriserade patientjournalen. Detta görs i första hand av den personal som gjort anteckningarna. Originalanteckningarna är en journalhandling och ska sparas i pappersjournalen.

SOCIALTJÄNST SOL/LSS

För att säkerställa omsorgen det närmaste dygnet vid oplanerade driftsstopp ska följande information alltid finnas tillgänglig i pappersform:

- Utredning/beslut (hos verkställighet)
- Försättsblad (hos Myndighetsenhet och verkställighet)
- Genomförandeplan (hos verkställighet)
- Arbetsplanering
- Information i pappersform ska alltid bytas ut när uppgifterna förändras. Förvaras i personakten på myndighetsenheten respektive sociala dokumentationen i verkställigheten.

Det är biståndshandläggare på myndighetsenheten respektive enhetschef i verkställigheten som ansvarar för att ovanstående uppgifter alltid är personaktuella och finns utskrivna i pappersform inom respektive verksamhet.

Vid driftsstopp ska enhetschef i verkställigheten delge berörd omvårdnadspersonal den information som krävs för att kunna ge en god och säker omvårdnad.

Vid driftstopp måste all dokumentation ske i pappersform på avsedda journalblad. Alla anteckningar som görs med papper och penna ska textas för att vara tydliga så att alla kan läsa dem. När systemet åter är i drift ska dessa anteckningar snarast föras in i den datoriserade journalen. Detta görs i första hand av den personal som gjort anteckningarna. Originalanteckningarna är en journalhandling och ska sparas i pappersjournalen.

FAX OCH E-POST

En handling som skickas via fax utgör normalt en kopia. När en handling ska faxas kontaktas mottagaren först så att sändningen antingen kan bevakas eller få bekräftat att faxen finns i ett låst utrymme så obehöriga inte har tillträde.

Personuppgifterna på de journalhandlingar som ska faxas avidentifieras och lämnas per telefon. Förprogrammerade kortnummer ska användas. Mottagaren ska bekräfta att faxet kommit fram.

Sekretessuppgifter kring en patient/kund får inte skickas via e-post. Till dessa uppgifter räknas även personnummer, initialer, namn, adress eller andra uppgifter där det går att spåra vem personen är.

FLYTT, UTFLYTT HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Den kommunala patientjournalen följer patienten mellan olika boendeformer i kommunen, oavsett om vården bedrivs i ordinärt boendet, i vård och omsorgsboende, i boende med särskild service, inom dagverksamhet eller inom korttidsboende.

Älvsbyns kommun har ett gemensamt datoriserat dokumentationssystem

Den datoriserade patientjournalen flyttas över till den nya enheten av den legitimerade personal som lämnar/flyttar över patientjournalen till den nya enheten.

SoL/LSS

Älvsbyns kommun har ett gemensamt datoriserat dokumentationssystem

För den sociala dokumentationen gäller följande: Om den enskilde byter särskilt boende, följer dokumentationen den enskilde via dokumentationssystemet.

Enhetschefen på det boende den enskilde flyttar från sköter om att journalhandlingar i pappersform kommer till boende den enskilde byter till. Enhetschef på mottagande enhet ändrar utförare i dokumentationssystemet.

Då ett beslut avslutas, avslutas också den sociala dokumentationen

Journalhandlingar ska hållas samlade och tillgängliga för behörig personal. Behörig personal är den hälso- och sjukvårdspersonal/omvårdnadspersonal som är involverad i vården/omsorgen kring den enskilde patienten/den enskilde.

DOKUMENTATIONSGRANSKNING

Patientuppgifternas kvalitet och ändamålsenlighet ska granskas. Detta görs på olika sätt.

Inför journalgranskning som ska genomföras regelbundet görs en granskning av journalföringen av MAS, Utgångspunkten är att kontrollera om dokumentationen stämmer överens med gällande lagstiftning, föreskrifter och allmänna råd.

Granskning av journalföring inom hälso- och sjukvård kan ske genom kollegiegranskningar som utförs enligt fastställd mall.

LAGAR OCH STYRDOKUMENT

ARKIVLAGEN (SFS 1990:782)

http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/arkivlag-1990782_sfs-1990-782

GALLRINGSRÅD 5

GALLRINGSRÅD 6

FÖRVALTNINGSLAG (2017:900)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forvaltningslag-2017900_sfs-2017-900

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSLÄG (2017:30)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

LÄGEN OM STÖD OCH SERVICE TILL VISSA FUNKTIONSHINDRADE (LSS) (SFS 1993: 387)

http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa_sfs-1993-387

LÄG OM ÄNDRING I LÄGEN (1993:387) OM STÖD OCH SERVICE TILL VISSA FUNKTIONSHINDRADE SFS 2017:735

https://www.lagboken.se/Lagboken/sfs/sfs/2017/700-799/d_3018484-sfs-2017_735-lag-om-andring-i-lagen-1993_387-om-stod-och-service-till-vissa-funktionshindrade

OFFENTLIGHETS- OCH SEKRETESSLÄGEN (OSL)(SFS 2009:400)

http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400

PATIENTDATALÄGEN, PdL (SFS 2008:355)

http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355

PATIENTSÄKERHETSÄGEN (PSL) (SFS 2010:659)

http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

SMITTSKYDDSLÄGEN (SFS 2004:168)

http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/smittskyddslag-2004168_sfs-2004-168

SOCIALTJÄNSTÄGEN (SoL) (SFS 2001: 453)

http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

SOCIALSTYRELSENS FÖRFATTNINGSSAMLING (SOSFS) 2014:5 DOKUMENTATION I VERKSAMHET SOM BEDRIVS MED STÖD AV SoL, LVU, LVM OCH LSS.

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19453/2014-5-19.pdf>

SOCIALSTYRELSENS FÖRESKRIFTER OCH ALLMÄNNA RÅD OM JOURNALFÖRING OCH
BEHANDLING AV PERSONUPPGIFTER I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN;(HSLF-FS 2016:40)
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20165/2016-4-44.pdf>

SOSFS 2005:29 SOCIALSTYRELSENS FÖRESKRIFTER OM UTFÄRDANDE AV INTYG INOM HÄLSO-
OCH SJUKVÅRDEN M.M.
<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-29/>

SOSFS 2004:11 SOCIALSTYRELSENS FÖRESKRIFTER OM ANSVAR FÖR REMISSER FÖR PATIENTER
INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN, TANDVÅRDEN M.M.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10255/2004-10-11_2004_11.pdf

LÄNK TILL DATAINSPEKTIONENS HEMSIDA FÖR MER INFORMATION GÄLLANDE
PERSONUPPGIFTSHANTERING
<https://www.datainspektionen.se/dataskyddsreformen/dataskyddsförordningen/rattslig-grund-for-personuppgiftsbehandling/samtycke/>

LÄNK TILL MEDDELANDEBLAD FRÅN SOCIALSTYRELSEN GÄLLANDE SKYDDADE
PERSONUPPGIFTER
https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9804/2005-1-6_200516.pdf