

Säkerhet vid journalhantering

Med patientjournal avses de anteckningar och de handlingar som inkommer eller upprättas i samband med vården av en patient och som rör patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Journal ska föras för varje patient. Gemensamma journaler för två eller flera patienter får inte förekomma.

Patientjournalen får bara öppnas och läsas om det behövs för patientens vård och behandling eller om uppgifterna behövs för att en arbetsuppgift ska kunna utföras.

Registrering av personuppgifter

Personuppgifter registreras efter legitimering. För att säkerställa vård för en person som saknar svenskt personnummer, samordningsnummer eller som inte kan eller vill identifiera sig, utfärdas i VGR ett reservnummer. Sammanslagning och/eller rättning av personuppgifter görs snarast enligt gällande rutiner.

Fastställa identitet, ID-kontroll

Den som utför en medicinsk åtgärd är skyldig att varje gång förvissa sig om patientens identitet. Kontrollen ska ske mot en godkänd legitimationshandling. En person kan i vissa fall ha skyddade personuppgifter, de måste dock kunna identifiera sig när vården så kräver. Genomförd identitetskontroll ska alltid dokumenteras. Kan patienten inte legitimera sig ska av anteckning i journalen framgå om identiteten är styrkt på annat sätt än genom identitetshandling eller om man är osäker på identiteten. Icke

fastställd identitet innebär dock inte att patienten kan nekas nödvändig vård.

Endast vid HIV-provtagning har en patient rätt att vara anonym i vården, om detta begärts. Vid ett positivt provsvar ska dock uppgifter om patienten föras in i patientjournalen under fullständigt personnummer och namn.

I en pappersjournal ska patientens namn och personnummer finnas på varje sida.

Datering och signering

Journalanteckningar ska skrivas klart och tydligt samt dateras och signeras av den som gör dem. Ibland kan det vara viktigt att skilja mellan tidpunkten för när olika händelser har inträffat eller åtgärder har vidtagits och tidpunkten för när anteckningen har gjorts i journalen.

Ändring i journaltext

Vid förändring av journaltext kompletteras/ersätts originaltexten med ny korrigerad journaltext. Det ska även framgå vem som har ändrat och varför.

Uppgifter om en patient i fel journal

Om en journalanteckning förts in på fel patient, ansvarar vårdgivaren för att rätta till detta.

Verksamhetschef på berörd verksamhet beslutar om rättning ska göras och därefter läggs ärende till Obstetrix förvaltning för vidare handläggning. De felaktigt införda uppgifterna ska flyttas till den patientjournal där de hör hemma. Uppgifterna i den felaktiga journalen raderas.

Rättelse, notering i journal eller journalförstöring

Det finns tre sätt för enskild person att påverka innehållet i sin patientjournal. Rättelse, notering i journal och genom ansökan om journalförstöring.

Rättelse och notering i journal

Oriktiga eller missvisande journaluppgifter ska i första hand rättas. Om uppgifter i en journal är felaktiga ska patienten vända sig till vårdgivaren med en begäran om rättelse. Om patient och vårdgivare inte kommer överens om rättelse kan patienten begära notering i journalen där det framkommer att patienten anser att det finns oriktiga eller missvisande uppgifter. Vårdgivaren kan inte neka en sådan notering enligt 3 kap 8§ patientdatalagen (2008:355). Verksamhetschef beslutar om rättning ska göras och tar kontakt med Obstetrix förvaltning för vidare handläggning.

Journalförstöring

En journal eller uppgift i journal får endast förstöras efter beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Det är endast patienten eller någon som omnämns i en patientjournal som kan ansöka om en förstöring. Journalförstöring görs dock endast i undantagsfall. Exempel på när det från allmän synpunkt finns skäl att bevara journalen kan vara att uppgifterna ligger till grund för olika beslut och åtgärder hos myndigheter eller behövs för forskning eller statistik. IVO prövar detta enligt 8 kap 4§ patientdatalagen (2008:355).

Patient hänvisas till: [IVO ansökan om journalförstöring](#)

IVO skickar beslut om journalförstöring till verksamhetschef. Beslut gällande journalförstöring ska diarieföras. Verksamhetschef ansvarar för att IVO:s beslut verkställs. Verksamhetschef kontaktar Obstetrix förvaltning för vidare handläggning.

Det får inte göras anteckning i journal om att del av den har tagits bort. Kopior får inte skrivas ut av den journaldel som är beslutad

att tas bort. Alla exemplar av den journaldel som är beslutad att förstöras ska spåras och destrueras. När journaldel skrivs ut som arbetskopia ska det anges vid utskrift, men även att utskriften kommer förstöras när arbetet är klart.

Sammanhållen journalföring

Lagen ger möjlighet för en vårdgivare (som VGR) att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare (annat landsting eller privat aktör), med detta menas sammanhållen journalföring. I sammanhållen journalföring kan visas vilka vårdgivare personen varit i kontakt med. Nationell patientöversikt (NPÖ) är ett exempel på sammanhållen journalföring.

Möjligheten omfattar endast läsåtkomst. Dokumentation görs i vårdgivarens egen journal. Sammanhållen journalföring kräver avtal mellan de olika vårdgivarna samt patientens samtycke.

Sekretess inom samma vårdgivare till exempel VGR (inre sekretess)

Uppgifter i patientjournal som har registrerats hos en vårdenhet, får göras tillgänglig genom elektronisk åtkomst för en annan vårdenhet inom samma vårdgivare. Om patienten motsätter sig detta, ska uppgifterna spärras i den elektroniska journalen. Spärrade patientuppgifter får läsas från annan vårdenhet än där de har registrerats, endast efter att patienten har hävt spärren. Undantaget är så kallad nödåtkomst, som innebär att det föreligger fara för patientens liv.

Sekretess mellan olika vårdgivare (yttre sekretess)

Sammanhållen journal innebär ett elektroniskt system, som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till journaluppgifter hos en annan vårdgivare (privat aktör eller annat landsting).

I den Nationella patientöversikten (NPÖ) kan vårdgivare ta del av journalanteckningar gjorda i andra journalsystem än det egna. För

detta krävs patientens medgivande. Undantaget är även här så kallad nödåtkomst, som innebär att det föreligger fara för patientens liv.

Innan sammanhållen journalföring används ska patienten informeras om vad det innebär och att patienten kan motsätta sig detta och låta spärra journaluppgifter. Patienten kan också låta häva en sådan spärr. Om patienten är oförmögen att förstå eller besvara frågan om sammanhållen journal, gäller vissa regler som anges i tillägget till Patientdatalagen 2014:827.

Spärr av vårdinformation i journalsystem Obstetrix

Obstetrix har en regional databas i Västra Götalandsregionen (VGR). Denna innehåller patientjournaler från olika vårdenheter i VGR samt privata vårdgivare. Vid begäran av spärr av vårdinformation i Obstetrix ska regional rutin följas: [Begäran av spärr av vårdinformation](#)

Utlämning av journaluppgifter

Om det inte finns sammanhållen journalföring, kan journaluppgifter överföras genom utlämning, efter menprövning. Utlämning innebär utskrift och översändning av handlingar per post. Innan en journalhandling eller del av en journalhandling skickas till en annan vårdgivare/annan instans ska patientens samtycke inhämtas. Det ska då dokumenteras i patientjournalen vart journalkopia har lämnats.

Se [Vägledning vid utlämning av patientjournal](#)

Vårdgivarbegreppet

Vårdgivare

En organisation som bedriver hälso- och sjukvård (kan vara landsting, kommun eller privat företag/organisation). Västra Götalandsregionen (VGR) är en vårdgivare.

Vårdinrättning

Sjukhusförvaltning, Regionhälsan förvaltning eller privat mödrahälsovård.

Vårdenhet

En organisatorisk enhet inom vårdgivaren som leds av en verksamhetschef. Klinik, M-område eller privat mödrahälsovård.

Enhet

Avdelning eller mottagning som ingår i en vårdenhet.

Arbetsgrupp

Innehållsansvarig

Linnéa Swanson, områdeschef, barnmorskemottagningar och gynekologi, Regionhälsan.

Innehållsgranskare

Susanne Samuelsson, områdeschef M4, barnmorskemottagningar och gynekologi, Regionhälsan.

Godkännare

Maria Gjertsen, regionområdeschef, barnmorskemottagningar och gynekologi, Regionhälsan.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Barnmorskemottagning och gynekologi

Innehållsansvar: Linnéa Swanson, (linsw1), Områdeschef

Granskad av: Susanne Samuelsson, (sussa7), Områdeschef

Godkänd av: Maria Gjertsen, (marem2), Regionområdeschef

Dokument-ID: RHS9927-391389789-229

Version: 2.0

Giltig från: 2025-02-18

Giltig till: 2027-02-18