

Anvisning för hälso- och sjukvårdsdokumentation

Dokumenttyp Anvisning	Version 2.1	Dokumentet gäller för Socialförvaltningens verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård samt vård- och omsorg	Datum för fastställande 170216
Revideringsansvarig MAS/MAR		Revideringsintervall Vid behov eller minst vartannat år	Reviderad datum 211221
Dokumentansvarig (funktion) MAS/MAR		Uppföljningsansvarig och tidplan MAS/MAR	vartannat år

Innehåll

Syfte	3
Koppling till lagstiftning och andra styrdokument	3
Vad är en patientjournal?	3
Vad är syftet med en patientjournal?	3
När ska en patientjournal upprättas och föras?	3
Telefonsamtal	3
Vem ska föra patientjournal?	4
Studering	4
Vad ska patientjournalen innehålla?	4
Språk och innehåll	5
Hur snabbt ska uppgifter föras in i en patientjournal?	5
Fotografier/bilder	6
Scanning	6
Rättelse	6
Skyddad identitet	7
Utlämnande av journalhandling	7
Till enskild	7
Till annan vårdgivare	7
Driftstopp	7
Hantering av patientjournal	7
Sekretess	7
Behörighet/åtkomst	8
Kontroll av behörighet	8
Överföra journalhandling via Säkra meddelande	8
Faxa journalhandling	8
Bevarande och gallring av journaler	8

Syfte

Syftet med denna anvisning är att förtydliga de krav som ställs genom gällande förordningar på kommunal hälso- och sjukvårdsdokumentation. Syftet är att säkerställa att informationshantering inom hälso- och sjukvård tillgodoses patientsäkert.

Koppling till lagstiftning och andra styrdokument

I [Patientdatalagen \(2008:355\)](#) och i [Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården; \(HSLF-FS 2016:40\)](#) finns bestämmelser om skyldigheten att föra patientjournal.

Socialförvaltningens "Dokumenthanteringsplan" ger vägledning i vad som ska betraktas som journal samt förvaring av dessa.

Vad är en patientjournal?

Med patientjournal avses de anteckningar som görs och de handlingar som upprättas eller inkommer i samband med vården, och som rör patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Det gäller även den dokumentation som vård- och omsorgspersonal producerar rörande patientens hälso- och sjukvårdssituation. Till patientjournalen hör även alla de dokument, intyg, rapporter med mera som kommer in till den aktuella sjukvårdsenheten eller som upprättas där. Även videofilmer, röntgenbilder, EKG-kurvor och fotografier är journalhandlingar.

Vad är syftet med en patientjournal?

Huvudsyftet med en patientjournal är att säkerställa att patienten ges en god och säker vård. Patientjournalen är därför först och främst ett viktigt verktyg för vårdpersonal för att kunna ge patienten en god och säker vård. Patientjournalen har stor betydelse för personal som tillfälligt eller i ett senare skede får överta vårdansvaret för patienten. Journalen har även betydelse för patienten själv som genom journalen får insyn i den vård och behandling han eller hon erhållit. Patientjournalen ska också kunna användas vid verksamhetsuppföljning, kontroll och tillsyn eller i rättsliga sammanhang samt som källmaterial vid forskning och kvalitetssäkring.

När ska en patientjournal upprättas och föras?

Journal ska föras vid vård av patienter. Med hälso- och sjukvård avses enligt hälso- och sjukvårdslagen att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Redan då personal gör en utredning som leder fram till en bedömning ska journal föras, även om detta inte leder till någon vård eller behandling.

Det är inte nödvändigt att en patient själv har tagit initiativet till undersökning, behandling eller vård. Den som är skyldig att föra journal kan inte heller underlåta detta av den anledningen att patienten inte vill att journal förs.

Telefonsamtal

Om en telefonförfrågan ska föras in som en anteckning i patientjournalen eller inte, beror på om samtalet gäller utredning, vård och behandling. Gäller samtalet utredning, vård eller behandling ska det dokumenteras i patientjournal.

Vem ska föra patientjournal?

Den som har legitimation eller särskilt förordnande att utöva ett visst yrke inom hälso- och sjukvården är skyldig att föra journal vid vård av patienter. I vissa fall är även icke-legitimerad personal skyldig att föra patientjournal. Det gäller t.ex. den som biträder en legitimerad yrkesutövare eller utför överlämnade delegerade/ej delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser.

Dokumentation av överlämnade hälso- och sjukvårdsinsatser sker genom att vård- och omsorgspersonal signerar på anvisad signeringslista, vilket är en journalhandling. Övrig dokumentation ska ske på tilldelad plats. Biträdande av legitimerad antecknas i hälso- och sjukvårdsjournalen utifrån behörighet.

Studerande

När studenter (eller personer som är färdigutbildade och väntar på sin legitimation) deltar i vården kan vårdgivaren låta studenten få ta del av patientjournaler och även kunna föra anteckningar i dem när det behövs. Studenten kan dock bara delta i patientvården om patienten samtycker och om en handledare har uppsikt över och leder studentens åtgärder. Handledaren är ansvarig för studentens bedömning och beslut.

Studenten behöver i så fall ha en egen personlig inloggning för att kunna ta del av de uppgifter som behövs för att utföra arbetsuppgifterna, och han eller hon måste kunna dokumentera och signera arbetet. Det ska tydligt framgå i dokumentationen vem som är handledare.

Vad ska patientjournalen innehålla?

Journal ska föras för varje patient. Gemensamma journaler för två eller flera patienter får inte förekomma.

Följande uppgifter ska alltid finnas i patientjournalen

- uppgift om patientens identitet och kontaktuppgifter
- väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
- uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder
- väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder
- 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
- uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling
- uppgift om namn och befattning på den personal som svarar för en viss journaluppgift
- tidpunkt för varje vårdkontakt

Följande uppgifter ska antecknas när de förekommer

- Aktuellt hälsotillstånd och aktuella vårdkontakter
- Ordinationer av ex. läkemedel och olika behandlingar
- Undersökningsresultat
- Komplikationer av vård och behandling
- Överkänslighet mot läkemedel eller vissa ämnen, vårdhygienisk smitta
- Epikris och andra sammanfattningar av genomförd vård
- Eventuellt vaccins batchnummer eller något annat identifikationsnummer
- Lämnade och återkallade samtycken
- Patientens egna önskemål vad avser vård och behandling
- Om patienten anser att en uppgift i journalen är oriktig eller missvisande
- De uppgifter som behövs för att tillgodose spårbarheten avseende medicintekniska produkter som förskrivits till, utlämnats till eller tillförts en patient
- Utfärdade intyg och remisser och andra inkommande och utgående uppgifter
- Vårdplanering
- Information om spärrade uppgifter
- En patient anser att en uppgift i patientjournalen är oriktig eller missvisande

För att säkerställa att uppgifterna i en patientjournal är entydiga bör vårdgivaren använda standardiserad terminologi. Bland annat rekommenderas följande publikationer;

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

Språk och innehåll

- Journalen ska vara skriven på svenska och så lätt som möjligt att förstå för patienten
- Förkortningar och latinska ord bör undvikas
- Innehållet i journalen ska utformas på ett sådant sätt att patientens integritet respekteras och ska vila på korrekt underlag
- Nämn gärna patient som "patient" och inte vid namn, för att underlätta vid eventuellt sekretessprövning.
- Anhörigas namn kan förslagsvis dokumenteras med initialer.
- Undvik generaliseringar utifrån diskrimineringsområden. Orsaken (t ex religionsval) till ställningstagandet är oväsentligt såvida det inte rör sig om ett sjukdomstillstånd (t ex allergi). Skriv till exempel "patienten äter inte viss kost på grund av personligt ställningstagande".

Hur snabbt ska uppgifter föras in i en patientjournal?

Journaluppgifter ska föras in i patientjournalen så snart det kan ske. Det är omständigheterna i det enskilda fallet som får avgöra hur snabbt uppgifterna ska föras in i journalen. Det är behovet av uppgiften och patientsäkerheten som är avgörande. Journalanteckningar ska finnas tillgängliga vid

behov, dock införda senast innan ledig dag, för arbetsterapeut och fysioterapeut. För sjuksköterska gäller att all dokumentationen ska göras under pågående arbetspass.

Fotografier/bilder

Fotografier eller bilder samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniska hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient, är att betrakta som en journalhandling. Viktigt med information till patienten om att foto tas.

Legitimerad personal ska försäkra sig om att bilden inte innehåller något som kan innebära att patienten blir identifierad.

Om legitimerad personal i undantagsfall väljer att låta vård- och vård- och omsorgspersonal ta en bild och skicka till sig är denna att betrakta som en journalhandling. Anvisningen till personalen från legitimerad personal om vad bilden ska innehålla ska vara tydlig och väl dokumenterad i hälso- och sjukvårdsjournalen. Personalen är ansvarig för att fråga patienten om samtycke innan bilden tas. Personalen får aldrig på eget initiativ ta bilder på patienter via mobilkamera och skicka den till legitimerad personal (för en ev. bedömning). När fotot skickats av personalen via SMS och bekräftats mottaget, ska det direkt tas bort i telefonen. Både i galleriet och som SMS.

Bilder hanteras enl. följande:

- Bilder får tas för uppföljning av omvårdnads-/rehabiliteringsinsatser.
- Bilden infogas i journalen direkt efter mellanlagring.
- Bilden får inte sparas på avsedd plats för mellanlagring efter det att den är överförd i till journalen.
- När bilden är överförd till journalen ska den raderas från övriga lagringsutrymmen.

Varje verksamhet ansvarar för att ha en rutin för att med jämna mellanrum kontrollera att inga foton ligger kvar i telefonerna.

Scanning

Dokument, fotografier, signeringslistor mm kan scannas in och tillföras journalen om det kan ske på ett strukturerat, säkert sätt utan att informationen förvanskas. Målet är att det inte ska finnas någon pappersjournal. Inskannade dokument tillhör den elektroniska journalen och kan strimlas.

Om inskannat dokument hamnar på fel patient kan detta tas bort av IT på begäran av MAS/MAR.

Rättelse

En patientjournal får efter det den signerats bara ändras i form av en rättelse. Rättelses görs av den som har dokumenterat fel eller den som upptäcker felet. Uppgifter i journalen får inte utplånas eller göras oläsligt.

En patient eller någon annan som omnämns i en patientjournal kan ansöka hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om att journalen ska förstöras helt eller delvis.

Skyddad identitet

Dokumentation sker enligt rutin. Informationsöverföring sker genom rutin för samtycke och för sekretess.

Utlämnande av journalhandling

Till enskild

Då en enskild person eller närstående begär att få ta del av en patientjournal eller vård- och omsorgsjournal ska frågan hänvisas till MAS/MAR för menprövning. MAS/MAR menprövar det i journalerna som berör hälso- och sjukvård. Detta eftersom vård- och omsorgspersonalens journal innehåller en blandning av social dokumentation och hälso- och sjukvårdsdokumentation. En menprövning innebär att avgöra att det inte föreligger någon risk att den enskilde eller närstående skulle kunna komma till skada eller lida personliga men på grund av att informationen lämnats ut. Utlämnande av journal dokumenteras i journalen och till vem journalen är utlämnad, tidpunkt samt ändamålet. Patient ska erbjudas hjälp att förstå innehållet.

Utlämnandet till enskild person sker av MAS/MAR när det gäller patientjournal i kombination med vård- och omsorgsjournal. När det är enbart vård- och omsorgsjournal som efterfrågas, lämnar enhetschef ut till enskild person efter det att MAS/MAR menprövat dokumentationen om hälso- och sjukvård och efter egen menprövning av den sociala dokumentationen.

Till annan vårdgivare

Då personal inom socialtjänsten eller annan vårdgivare behöver ta del av journalhandling för vårdens skull krävs samtycke från patienten. Samtycket ska framgå i journal. I de fall vården övertas av annan vårdgivare och hälso- och sjukvårdsbehovet kvarstår, ska epikris skrivas och skickas till mottagande vårdgivare, efter patientens samtycke.

Driftstopp

Vid strömavbrott och driftstopp av andra orsaker som innebär att verksamhetssystemet och journalerna inte är tillgängliga, ska dokumentationen föras på papper. Den tillfälliga journalanteckningen ska innehålla: namn och personuppgifter på patienten, datum och klockslag för händelsen/insatsen samt fullständigt namn på dokumenterande personal. Dokumentationen bör utformas enligt vedertagna sökord och följa dokumentationsprocessen. Informationen ska överföras till den elektroniska journalen så snart det är möjligt.

Se även rutiner vid driftstopp på intranätet, [IT och behörigheter](#).

Hantering av patientjournal

Sekretess

Den som hanterar journalhandlingar ansvarar personligen för att dessa handlingar hanteras med respekt för patientens sekretess.

Behörighet/åtkomst

För att kunna läsa och/eller skriva i den digitala journalen krävs behörighet till verksamhetssystemet. Behörigheten är personlig och får inte överlåtas till någon annan. Personal med behörighet får inte ta del av journalhandling gällande en patient som man inte har en behandlingsrelation med. Legitimerad personal har rätt att följa upp effekten av sin ordination/behandling genom att läsa journalhandlingar, även om man inte längre har ett aktivt behandlingsansvar för patienten i den kommunala hemsjukvården (ex. efter helgarbete).

Om en annan yrkeskategori än legitimerad personal är i behov av åtkomst till HSL-journaler krävs godkännande av MAS/MAR.

Kontroll av behörighet

Vårdgivaren har en skyldighet att utföra systematiska och regelbundna loggkontroller. I "Anvisning för loggkontroll" framgår hur Falkenbergs kommun hanterar detta.

Överföra journalhandling via Säkra meddelande

Säkra meddelande ska användas för överföring av journalhandling till annan vårdgivare eller myndighet om mottagaren har Säkra meddelande. Se rutin för användning av Säkra meddelande på intranätet.

Faxa journalhandling

Om annan vårdgivare eller myndighet inte har tillgång till Säkra meddelande och en journalhandling behöver skickas omgående, kan fax användas. Då en journalhandling ska skickas via fax, ska ansvarig personal ringa upp mottagaren och meddela att ett fax ska skickas. Mottagarens faxnummer ska kontrolleras noga och mottagaren ska skyndsamt bekräfta att dokumentet har nått den mottagande enheten.

Bevarande och gallring av journaler

En journalhandling ska bevaras i minst tio år efter det att den sista uppgiften fördes in i handlingen. Bevarande och gallring av journaler beskrivs i socialförvaltningens "Dokumenthanteringsplan" samt i "Anvisningen för arkivering".