

# Dokumentation

Förvaltning: Social- och omsorgsförvaltningen  
Dokumenttyp: Direktiv inom Hälso- och sjukvård  
Dokumentansvarig: Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
Dokumentnamn: Dokumentation  
Utfärdad: 2022-09-28  
Reviderad: -  
Dnr Än: 2022-606  
Dnr SON: 2022-978

## Innehåll

Inledning	3
Syfte	3
Ansvar	3
Vårdgivare	3
Medicinskt ansvariga	3
Verksamhetschef	3
Hälso- och sjukvårdspersonal	4
Students tillgänglighet till journal	4
Journal	4
Journalföring	5
Krav på hälso- och sjukvårdsjournalens innehåll och struktur	5
Språkbruk	6
Uppmärksamhetsinformation	6
Vårdplan	6
Vårdplaner och dokumentation vid vård i livets slutskede	7
Telefonförfrågning	7
Ärende "enstaka insats"	8
Avvikelsehantering	8
Signering och signaturförtydligande	8
Tystnadsplikt och olovligt tillträde till patientuppgifter	8
Rättelse eller förstöring av patientuppgifter	8
Rättighet att läsa och/eller få kopia på sin egen journal	8
Rättighet att läsa och/eller få kopia på annans journal	9
Journalhantering	9
Förvaring	9
Arkivering	9
Verksamhetens upphörande	9
Säkerhetsrutiner för dokumentation i digital journal	10
Oförutsedda driftstopp	10
Planerade driftstopp	10
Dokumentation vid driftstopp av digital journal	10
Informationssäkerhet - hantering av patientuppgifter	11
Tillgänglighet	11
Riktighet	11
Konfidentialitet	11
Spårbarhet	11

# Inledning

För att kunna följa de bedömningar, beslut och åtgärder som gjorts gällande patientens vård och behandling finns en lagstadgad skyldighet att föra patientjournal. [Patientdatalagen \(PDL\) 2008:355](#) utgör en sammanhängande reglering av personuppgiftsbehandlingen inom hälso-och sjukvården. Enligt [HSLF-FS 2016:40](#) ska en journal innehålla de uppgifter som behövs för att kunna säkerställa en god och säker vård.

Direktivet ska vara ett stöd vid dokumentation i det dagliga arbetet och vara ett stöd vid utformandet av verksamhetens lokala rutiner samt vid utbildning och introduktion för legitimerad personal och delegerad omsorgspersonal.

## Syfte

Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Patientjournalen bidrar till att vara ett stöd för den eller de som ansvarar för patientens vård, men även för patienten om erhållen vård.

## Ansvar

### Vårdgivare

Informationshanteringen inom hälso- och sjukvården ska enligt [1 kap. 2§ patientdatalagen \(2008:355\)](#) vara organiserad så att den tillgodoser patientens säkerhet och gör det möjligt för vårdgivaren att erbjuda en vård av god kvalitet. För att säkerställa detta ska vårdgivaren tilldela, styra och kontrollera åtkomst till patientuppgifter.

### Medicinskt ansvariga

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS och medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR ansvarar för att det finns direktiv för dokumentation i patientjournalen, samt att patientjournaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen.

### Verksamhetschef

Verksamhetschef ansvarar för att lokala rutiner upprättas utifrån direktivet så att verksamheten uppfyller kraven för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete [SOSFS 2011:9](#). Verksamhetschef ansvarar för att rutinerna är kända i verksamheten, att de efterlevs och följs upp. Verksamhetschef ansvarar även för att beslut om utlämnande av journal sker så snart som möjligt efter eventuell efterfrågan, såvida det inte leder till men för patienten.

## Hälso- och sjukvårdspersonal

Patientjournalen ska så långt som möjligt upprättas i samråd med patienten. Om patienten tar eget ansvar för sin hälso- och sjukvård, till exempel avböjer insatser, ska detta dokumenteras i patientjournalen.

Sjuksköterskan har huvudansvaret för att en patientjournal upprättas för personer som bor i särskilt boende eller vistas i en biståndsbeslutad verksamhet där kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar. Vid hemsjukvård eller hemrehabilitering ansvarar den legitimerade som först är i kontakt med patienten, för att upprätta en patientjournal.

När icke legitimerad personal utför en delegerad arbetsuppgift är de hälso- och sjukvårdspersonal. Delegerad personal dokumenterar uppgifter som har betydelse för patientens fortsatta vård och behandling i patientjournalen i Treserva.

## Students tillgänglighet till journal

Med studenter avses i detta dokument distriktssköterska, sjuksköterska-, fysioterapeut- och arbetsterapeutstuderande.

Varje student ska ha en utsedd handledare som innehar legitimation för yrket. Handledaren bedömer om den studerande ska ha tillgång till patientjournalen.

Om handledaren bedömer att student ska ha tillgång av den datoriserade journalen gäller följande:

- studenten får tillgång till journal genom att handledare med sin behörighet öppnar journalen och tillåter att den studerande dokumenterar sina iakttagelser och ev. utförd behandling.
- studenten undertecknar sin anteckning med "antecknat av student XX" genom handledarens namn, det vill säga den som öppnat journalen och givit den studerande möjlighet att dokumentera i journalen.
- handledaren godkänner och sparar dokumentet. Handledarens signatur kommer automatiskt efter att handledaren sparar via sin behörighet.

OBS! Handledaren får aldrig lämna ut sitt användar-ID eller sitt lösenord utan måste alltid själv logga in sig och därefter ge studenten tillträde till journalen.

## Journal

Inom omsorgen ansvarar omsorgsutföraren för att upprätta en social journal - en omsorgsjournal.

Inom hälso- och sjukvården ansvarar vårdgivaren för att upprätta en hälso- och sjukvårdsjournal – en patientjournal. Hälso- och sjukvårdsjournaler förs digitalt samt i pappersformat. Exempel på pappersbaserade journalhandlingar är remisser, läkemedelslistor eller insamlade signeringslistor för utförda insatser.

Dokumentationen ska utföras i anslutning till en genomförd bedömning och insats eller senast innan arbetspassets slut. Anteckningar ska föras för varje enskild patient och vid varje kontakt gällande vård, undersökning eller behandling. Detta gäller även vid telefonrådgivning. Endast uppgifter som är väsentliga för den enskildes hälso- och sjukvård ska dokumenteras. Hälso- och sjukvårdspersonal har ett personligt ansvar för att föra journal och därför ska det alltid framgå av vem och när uppgifterna har dokumenterats. Endast den personal som är direkt inblandad i vården av den enskilde har rätt att ta del av en journalhandling.

## Journalföring

### Krav på hälso- och sjukvårdsjournalens innehåll och struktur

En patientjournal ska vara sammanhållen av journalhandlingar som rör samma patient och innehålla väsentliga uppgifter. Uppgifterna ska vara entydiga och vårdförloppet ska kunna följas systematiskt i journalen. För att försäkra sig om att uppgifterna är entydiga ska Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) samt Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) användas vid journalföring.

Patientjournalen kan vara både elektronisk och pappersbaserad.

Enligt [Patientdatalagen \(2008:355\)](#) och [Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården \(2016:40\)](#) ska journalen innehålla följande;

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

I förekommande fall ska även följande dokumenteras:

- uppgifter om aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
- utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa
- uppgifter om ordinationer och ordinationsorsak
- resultat av utredande och behandlande åtgärder
- uppgifter om överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen
- uppgifter om vårdrelaterade infektioner
- en varning om att en patient har visat intolerans eller har en överkänslighet som innebär en allvarlig risk för patientens liv eller hälsa
- komplikationer av vård och behandling
- epikris och andra sammanfattningar av genomförd vård

- uppgifter om samtycke och återkallade samtycken (lokal rutin)
- uppgifter om patientens egna önskemål vad avser vård och behandling
- de uppgifter som behövs för att tillgodose spårbarhet avseende de medicintekniska produkter som har förskrivits till, utlämnats till eller tillförts en patient
- utfärdade intyg och remisser och andra inkommande och utgående uppgifter
- uppgifter om vårdplanering
- funktionstillstånd

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

## Språkbruk

En journalhandling ska vara skriven på svenska, vara tydligt utformad och så långt som möjligt förståelig för patienten. Fackuttryck får användas för att uppfylla kraven på tydlighet men förkortningar ska undvikas. Varje uppgift i en journalanteckning ska skrivas så att patientens integritet respekteras. Ovidkommande information eller värdeomdömen om patienten eller närstående får inte förekomma.

## Uppmärksamhetsinformation

Vårdgivaren ska säkerställa att patientjournalen innehåller en markering som ger en varning om att en patient visat intolerans eller har en överkänslighet. Markeringen ska göras på ett sådant sätt att den är lätt att uppmärksamma.

## Vårdplan

Vid inflyttning till vårdbostad eller inskrivning i hemsjukvården ska legitimerad personal skyndsamt erbjuda bedömning för att identifiera problem, risker, resurser och utifrån dessa upprätta vårdplan/rehabplan inom omvårdnad och rehabilitering. En vårdplan kan vara tvärprofessionell vilket innebär att all legitimerad personal tillför och ansvarar för sin del i den gemensamma planen. Målen ska formuleras som ett förväntat resultat, alltså hur patientens status ska se ut när målet är nått. Målet ska formuleras så att det går att utvärdera, dvs målet ska vara:

- Realistiskt
- Mätbart
- Tidsangivet

Exempelvis, mål: Såret ska vara läkt inom 3 veckor.

Syftet med vårdplanen är att alla personer som är involverade i patientens vård ska arbeta mot samma mål och gemensamt genomföra de åtgärder som beslutats. Planen innehåller åtgärder som kan vara relevanta för omvårdnads- och rehabiliteringsbehov, problem eller risker. Legitimerad personal upprättar vårdplan/rehabplan vid kontinuerliga åtgärder, exempelvis för KAD-vård, sårvård, läkemedelshantering, aktivitet, risk för fall. Vårdplan behöver inte upprättas vid enstaka insats/åtgärd.

Vårdplan skapas utifrån hälsofrågeställningar/ problem och sker i två steg, utredande plan och behandlande plan. Vårdplaner ska, om så är möjligt, upprättas i samråd med patienten.

En kontinuerlig utvärdering görs genom att jämföra patientens status med de avsedda målen. Utvärderingen, det vill säga huruvida målet är nått eller inte, dokumenteras i vårdplanen vid tidpunkten då målet avses att vara uppnått. Första riskbedömningen blir alltid en utredande plan, om risk föreligger blir det en behandlande plan inom problemområdet. Utvärdering/uppföljning sker då i den specifika planen.

Så länge ingen risk föreligger är det återkommande utredande planer som upprättas.

Riskbedömningar för trycksår, fall, undernäring/felnäring, munhälsa samt blåsdysfunktion ska genomföras och registreras i Senior Alert. Vid upptäckta risker upprättas en vårdplan i Treserva.

Vårdplanen avslutas när målet är uppnått.

## Vårdplaner och dokumentation vid vård i livets slutskede

För att säkerställa den palliativa vården och dokumentationen kring när patienten befinner sig i livets slut, görs avsteg från ICF. Vilket innebär att all dokumentation samlas under sökordet vård i livets slutskede under planen behandling relaterat till vård i livets slutskede.

Dokumentation ska ske enligt följande instruktion och gäller då patienten av läkare har blivit brytpunktsbedömd och den förväntade vårdtiden handlar om dagar-veckor. Under sökordet vård i livets slutskede dokumenteras när brytpunktsbedömning är utförd, information till anhöriga och ansvarig läkares ställningstagande om obduktion samt informerar om patienten har implantat, till exempel pacemaker.

Sjuksköterskan dokumenterar detta i journalen för att när patienten avlidit fylla i uppgifterna på Bårhusmeddelande. Därefter skapas vårdplanen, har patienten sedan tidigare planer gällande smärta, oro, andning avslutas dessa då de olika insatserna kring den fortsatta vården nu samlas i en plan.

Har patienten sedan tidigare vårdplaner kring specifika omvårdnadsbehov kan dessa kvarstå ex. KAD, sond, stomi, syrgasbehandling, TPN, trakeostomi.

## Telefonförfrågning

Telefonförfrågningar ska dokumenteras i patientjournal om resultatet av samtalet leder till att vård eller behandling kan anses ha påbörjats eller vid rådgivning. Bedömningen utför den legitimerade personal som besvarat frågan. Om telefonsamtalet inte kan anses ha lett till vård eller behandling behöver inte anteckningen föras in i journal, men anteckningen från samtalet ska sparas i tre månader.

## Ärende "enstaka insats"

Ärende "enstaka insats" kan uppstå vid olika situationer, till exempel jourärenden, vaccinationer, telefonrådgivning och vid bedömning efter telefonsamtal med 1177.

Vid ärenden "enstaka insats" ska ett vårdåtagande upprättas i direkt anslutning till insatsen för att säkerhetsställa patientsäkerheten.

## Avvikelsehantering

Avvikelser dokumenteras enligt direktiv och rutiner för avvikelsehantering.

## Signering och signaturförtydligande

Det ska tydligt framgå med namn och titel i dokumentationen vem som har skrivit en anteckning och tidpunkt. Den som ansvarar för en journalanteckning ska signera för att styrka att uppgifterna är riktiga. I det digitala journalsystemet sker signering då anteckning sparas. Vid signering i pappersjournal måste en signering kunna identifieras.

Verksamhetschefen ansvarar för att en aktuell lista med signaturförtydligande finns tillgänglig i verksamheten.

## Tystnadsplikt och olovligt tillträde till patientuppgifter

All personal inom hälso- och sjukvården har tystnadsplikt. Det innebär att uppgifter som rör patientens sjukdom eller behandling och personliga förhållanden skyddas av sekretess. Enbart hälso- och sjukvårdspersonal som är engagerade i vården av patienten, alltså har en vårdrelation, har rätt att ta del av patientjournalen. Ett olovligt efterforskande i ett journalsystem kan vara straffbart enligt straffbestämmelser om dataintrång. Även läsning i utbildningssyfte räknas som dataintrång. I de fall uppgifter behöver lämnas ut till andra än de som vårdar patienten ska patienten alltid ha lämnat sitt medgivande. Sekretess hindrar inte att uppgifter lämnas ut till vissa myndigheter.

## Rättelse eller förstöring av patientuppgifter

Uppgifter i patientjournalen får inte utplånas eller göras oläsliga. En rättelse ska alltid göras så att den ursprungliga texten fortfarande går att läsa. Vid rättelser av en felaktighet ska det anges när rättelsen har skett och vem som har gjort den.

## Rättighet att läsa och/eller få kopia på sin egen journal

Patienten har rätt att läsa sin journal om det inte bedöms att hen kan skadas eller att behandlingen skulle kunna bli lidande. Ansvarig legitimerad personal ansvarar för att bedöma om en kopia på journalhandlingar ska lämnas ut till patienten. I ansvaret ingår att inhämta uppgifter för bedömningen från andra legitimerade yrkesgrupper samt läsa igenom det som ska lämnas ut. Ska en handling lämnas ut ska uppgifterna lämnas som en kopia, avskrift eller genom att den sökande får läsa journalhandling på plats. Den enskilde ska erbjudas hjälp vid läsningen. Den som lämnar ut journalhandling ska förvissa sig om att det är rätt mottagare som tar emot handlingarna.



## Rättighet att läsa och/eller få kopia på annans journal

Den som tar ställning till om en journal får läsas eller lämnas ut till annan person än patienten ska i första hand inhämta samtycke, i andra hand används sekretessbrytande bestämmelse och i sista hand görs menprövning. Förfrågan om kopia på journal kan med fördel begäras skriftligt. Utlämnande av kopia eller avskrift ska dokumenteras i patientjournalen. Dokumentationen ska innehålla vem som har fått kopian, vad kopian omfattar, när den lämnades ut och vem som har lämnat ut kopian. Vid utlämnande av kopia på avlidens journal utgår man från den avlidne patientens synvinkel, gör en bedömning, dels av hur patienten skulle ställt sig i frågan om utlämnande och dels om ett utlämnande kan tänkas skada den avlidnes minne. I en del fall kan det även bli fråga om medgivande/samtycke från andra anhöriga. Observera att det inte är en självklarhet att en nära släkting har rätt att få ut journalen. Sekretess hindrar inte att uppgifter lämnas ut till vissa myndigheter, exempelvis Försäkringskassan, privata försäkringsbolag.

## Journalhantering

### Förvaring

De olika journalerna, SOL och HSL, ska förvaras samlade men åtskilda från varandra. De delar av patientjournalen som förekommer i pappersform ska förvaras inlåsta i brand- och vattensäkert skåp. En journalhandling ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till den. Den som ansvarar för verksamheten ansvarar för att endast de som deltar i vården kring den enskilde har tillgång till journalerna.

### Arkivering

Varje vårdgivare ska ha en arkivhanteringsplan och ansvarar för hanteringen. Information om gallring och arkivering finns på Linköpings kommun, utförrarwebben.

### Verksamhetens upphörande

När en enskild verksamhet inte ska drivas vidare ska vårdgivaren se till att patientjournalerna som finns i verksamheten tas om hand på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem. Hälso- och sjukvårdsjournalerna ska skrivas ut, gallras och skickas till arkivet enligt regelverk för gallring och arkivering.

## Säkerhetsrutiner för dokumentation i digital journal

### Oförutsedda driftstopp

När en person flyttar till särskilt boende, korttids eller får insatser via hemsjukvården ansvarar tjänstgörande sjuksköterska för att aktuellt personkort från Treserva skrivs ut. Den

sjuksköterska som tar emot en ändring avseende innehållet i personkortet ska se till att en ny aktuell papperskopia finns utskriven. I de fall då endast legitimerad personal för rehab är involverade i patientens vård och behandling ansvarar de för utskrift samt förändringar på personkortet.

Inom den kommunala hälso-och sjukvården ska finnas lokal reservrutin vid tillfällen då journalsystemet Treserva ej är tillgängligt. Se även rutiner och riktlinjer [Användarstöds hemsida](#).

## Planerade driftstopp

Vid planerade driftstopp ska legitimerad personal besluta vilken dokumentation som ska skrivas ut i pappersform för att säkra den medicinska vården. Dessa tillfälliga utskrifter ska förstöras efter avslutat planerat driftstopp. Se även rutiner och riktlinjer [Användarstöds hemsida](#).

## Dokumentation vid driftstopp av digital journal

Vid driftstopp av digital patientjournal ska dokumentationen utföras på journalpapper och signeras enligt patientdatalagen. Journalblad vid driftstopp ska skrivas ut så exemplar finns på enheten vid oförutsett driftstopp. Dokumentationen är en originalhandling och ska förvaras enligt direktiv.

- Journalanteckningar sker manuellt under driftstoppet och förs omgående in i systemet av den som är ansvarig för anteckningen. Om detta inte är möjligt ska anteckningar föras in av annan person och då med tillägg att anteckningen skrivs in av annan kollega.
- Under driftavbrott ska journalblad förvaras på så vis att det underlättar arbetet att föra in anteckningarna efter avslutat driftstopp.
- Informationsöverföring samt manuella anteckningar från jourverksamhet till ordinarie verksamhet samt mellan olika vårdgivare och utförare sker på lämpligt sätt
- Avvikelse dokumenteras på blankett och förs i efterhand in i journal

## Informationssäkerhet - hantering av patientuppgifter

Löpande granskning av dokumentation ska genomföras som egenkontroller och i samband med händelseanalyser och klagomålsärenden. Loggkontroller i verksamhetssystem och IT-stöd Treserva ska systematiskt utföras enligt riktlinjerna för detta.

## Tillgänglighet

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

## Riktighet

Vårdgivaren ska genom sitt kvalitetssystem säkerställa att personuppgifterna är oförvanskade.

## Konfidentialitet

Ledningssystemet ska säkerställa att obehöriga inte ska kunna ta del av personuppgifter.

## Spårbarhet

Åtgärden ska kunna härledas/spåras till en användare som är helt eller delvis automatiserad.