

Dokumentation

Förvaltning Vård- och omsorgsförvaltningen
Dokumenttyp: Direktiv inom Hälso- och sjukvård
Dokumentansvarig: Medicinskt ansvariga
Dokumentnamn: Dokumentation
Utfärdad: 2022
Reviderad: 2025
Dnr VÄN 2024-120

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
Vårdprocesser	6
Vårdprocess vid vård i livets slutskede	7
Uppmärksamhetsinformation	8
Vårdplan Region Östergötland	8
Vårdövergång och delat ansvar	8
Tillgång till information för omsorgspersonal	9
Dokumentation vid telefonrådgivning	9
Dokumentation vid enstaka uppdrag	9
Avvikelsehantering	9
Signering och signaturförtydligande	9
Tystnadsplikt och olovligt tillträde till patientuppgifter	9
Rättelse eller förstöring av patientuppgifter	10
Rättighet att läsa och/eller få kopia på sin egen journal	10
Rättighet att läsa och/eller få kopia på annans journal	10
Journalhantering	10
Förvaring	10
Arkivering	11
Verksamhetens upphörande	11
Säkerhetsrutiner för dokumentation i digital journal	11
Oförutsedda driftstopp	11
Planerade driftstopp	11
Dokumentation vid driftstopp av digital journal	11
Informationssäkerhet - hantering av patientuppgifter	12
Tillgänglighet	12
Riktighet	12
Konfidentialitet	12
Spårbarhet	12

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 i vårdprocesser via fördelade åtgärder från legitimerad personal.

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 dokumentationen. 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.

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 vårdrelaterade infektioner
- 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.

Vårdprocesser

Vid inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård ska legitimerad personal erbjuda bedömning av specifika omvårdnads- och/eller rehabiliteringsbehov hos patienten.

Bedömning och planering av insatser dokumenteras i fastställda vårdprocesser och planeringen görs tillsammans med patient och/eller anhörig. För varje vårdprocess finns vägledning för dokumentation framtaget i beskrivningar av arbetssätt som finns på Användarstöds hemsida.

Vårdprocessen ska beskriva patientens problem samt beskriva insatsernas mål, vilka åtgärder som ska utföras, vem som ska utföra åtgärderna samt när processen ska följas upp. Det kan handla om utredande och/eller behandlande insatser. En vårdprocess kan vara tvärprofessionell vilket innebär att all legitimerad personal tillför och ansvarar för sin del i den gemensamma processen.

Målen i processen ska formuleras som ett önskvärt 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 SMART: Specifikt, Mätbart, Acceperat, Realistiskt och Tidsangivet, t.ex såret ska vara läkt inom 3 veckor.

Syftet med vårdprocessen är att alla professioner som är involverade i patientens vård ska arbeta mot samma mål och gemensamt genomföra de åtgärder som beslutats. Åtgärder och eventuella måtvärden kan via vårdprocessen fördelas till omsorgspersonalen.

Omsorgspersonalen tar del av information om åtgärderna samt, när det är aktuellt, skriver en anteckning i fördelade åtgärder och registrerar eventuella måtvärden.

Allmän observation

Om omsorgspersonalen har behov av att dokumentera hälso- och sjukvårdsrelaterad observation som inte beskrivs i annan fördelad process dokumenterar omsorgspersonalen i processen *Allmän observation* som skapas av patientansvarig sjuksköterska (PAS). Utifrån dokumenterade observationer i *Allmän observation* kan PAS upprätta vårdprocesser för aktuella omvårdnadsproblem.

Riskbedömning Senior Alert

Riskbedömningar för trycksår, fall, undernäring/felnäring, munhälsa samt blåsdysfunktion ska genomföras och registreras i Senior Alert. Genomförd riskbedömning i Senior Alert dokumenteras därefter i Hälsoärendet i process *Riskbedömning Senior Alert*.

I processen dokumenteras en samlad bedömning utifrån riskbedömningen och dokumentationen ska tydliggöra om risk föreligger eller inte. Processen *Riskbedömning Senior Alert* ska vara pågående så länge vårdrelationen pågår och varje ny bedömning dokumenteras vid Utförd åtgärd för respektive område.

Om risk föreligger startas alltid en egen vårdprocess för respektive område där risk identifierats.

Vårdprocess vid vård i livets slutskede

Vid vård i livets slutskede dokumenteras vården i process *Vård i livets slutskede*. Processen är gemensam för alla professioner. Denna process startas först när patienten av läkare har blivit brytpunktsbedömd och förväntad vårdtid handlar om dagar-veckor. I detta skede görs avsteg från ICF och all dokumentation kring vård i livets slut sker i en samlad process. Om det sedan tidigare finns specifika processer kring ett enskilt problemområde kan dessa kvarstå tex madrass, syrgasbehandling, sond, stomi, KAD etc.

I processen dokumenteras när brytpunktsbedömningen är utförd, vilka som deltog, information till anhöriga och ansvarig läkares ställningstagande om obduktion samt information om patienten har implantat, till exempel pacemaker.

KVÅ Medverkan vid brytpunktssamtal fördelas alltid i denna process. För åtgärder som ska utföras av omsorgspersonal väljs KVÅ *Palliativ vård i livets slutskede* och där beskrivs samlat de insatser som fördelas till omsorgspersonal.

Uppmärksamhetsinformation

Ingen registrering av uppmärksamhetsinformation sker i Hälsoärendet, legitimerad personal i kommunen tar del av uppmärksamhetsinformation om patienten från den nationella uppmärksamhetsymbolen via NPÖ eller Cosmic.

Om legitimerad personal i kommunens verksamheter uppmärksammar att information i uppmärksamhetssymbolen är felaktig eller att information saknas meddelas ansvarig läkare.

Om det finns information om patienten som särskilt behöver uppmärksammas ansvarar patientansvarig sjuksköterska (PAS) för att upprätta en vårdprocess med eventuella åtgärder som fördelas till omsorgspersonal, exempelvis vid vid nötallergi, allergi geting/bistick etc.

Vårdplan Region Östergötland

När det finns en upprättad vårdplan i Cosmic dokumenteras det under relaterade faktorer och sökordet *Vårdplan Region Östergötland*. I dokumentationen ska det framgå när och av vem vårdplanen är upprättad men inga uppgifter om inriktningsbeslut. Vårdplanen skrivs ut från Cosmic och förvaras i pärm hos patienten. Vid behov kan processer behöva skapas utifrån vårdplanens innehåll.

Vårdövergång och delat ansvar

I Hälsoärendet har respektive verksamhet sina egna processer och dokument, det innebär att det inte går att överta processer eller dokument från tidigare vårdgivare. Varje profession behöver säkerställa informationsöverföringen vid vårdövergång såväl inom vårdgivare som mellan vårdgivare.

För att säkerställa informationsöverföringen i samband med avslut/övertaganden ska en sammanfattning av vårdtiden samt information om aktuella vårdprocesser dokumenteras under sökordet *Epikris*. Dokumentation ska ske när en patient avslutas, flyttar till annan enhet, vid verksamhetsövergång eller när patienten avlider (frastext finns).

Epikrisanteckningen dokumenteras av respektive profession och kompletteras med muntlig överrapportering. Samma arbetssätt gäller oavsett om flytt sker inom vårdgivare eller mellan vårdgivare

Vid parallella vårdrelationer

Vid start av ny vårdrelation ska varje profession kontrollera om det finns andra vårdkontakter där samverkan behöver säkerställas tex dagvård, daglig verksamhet, växelvård. För patienter med växelvård säkerställs informationsöverföringen med dokumentation under sökordet *Pågående vård*. Där anges alltid tiden för växelvårdsperioden och vid behov dokumenteras en sammanfattning av vårdtillfället för att säkerställa informationen till övertagande vårdaktör.

Tillgång till information för omsorgspersonal

I Hälsoärendet delges information mellan legitimerad personal och omsorgspersonal uteslutande via fördelade åtgärder i vårdprocesser. Verksamheten behöver säkerställa dialog och samverkan mellan legitimerad personal och omsorgspersonal.

Dokumentation vid telefonrådgivning

Kontakt via telefon dokumenteras i patientjournal om rådgivning eller hänvisning sker. Dokumentationen sker i vårdprocess *Telefonrådgivning*.

Dokumentation vid enstaka uppdrag

Enstaka uppdrag kan initieras vid olika situationer, till exempel via hemtjänst, vårdcentral, mottagning eller 1177. Om insatsen rör en patient som inte sedan tidigare är aktuell i hemsjukvården och uppdraget inte heller förväntas leda till inskrivning i hemsjukvården dokumenteras insatsen i vårdprocess *Enstaka uppdrag*.

Om åtgärden förväntas fortgå med hjälp av hemsjukvården skapas en process kopplat till problemområdet. Om patienten sedan tidigare har pågående insatser från hemsjukvård sker dokumentationen i pågående vårdprocess alternativt skapas en ny process om ingen aktuell process finns sedan tidigare.

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 enligt fastställda [rutiner](#). Information om gallring och arkivering finns på Linköpings kommun, utförarwebben.

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.