

Riktlinjer utarbetade för: Vård och Omsorgsnämnden	
Kvalitetsområde: Hälso- och sjukvård	
Framtagen av ansvarig tjänsteman: Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Giltig f o m: 2019 10 01
Lagstiftning, föreskrift: PDL 2008:355, HSLF-FS 2016:40, SOSF-SF 2009:11, PSL 2010:659, SFS 2010:1369, OSL 2009:400, HSL 2017:30,	

Riktlinje - Dokumentation och informationshantering inom hälso- och sjukvårdens område i Nyköpings kommun

Syfte med en patientjournal

Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten.

En patientjournal är även en informationskälla för

- patienten,
- uppföljning och utveckling av verksamheten,
- tillsyn och rättsliga krav,
- uppgiftsskyldighet enligt lag, samt
- forskning.

Vid all vård, undersökning och behandling av patient inom hälso- och sjukvården ska patientjournal föras. Patientjournal ska föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter.

Definitioner

Journalhandling: Framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt 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.

Patientjournal: En eller flera journalhandlingar som rör samma patient.

En patientjournal ska innehålla

1. uppgifter om patientens identitet och kontaktuppgifter
2. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
3. uppgifter om ställd diagnos, aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder.
5. uppgifter om ordinationer
6. uppgifter om förskrivningsorsak vid ordination av läkemedel
7. uppgift om uppföljning av undersökningar/behandlingar

8. uppgifter om överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen
9. uppgifter om vårdhygienisk smitta
10. uppgifter om information som givits till patient eller närstående och om ställningstagande som gjorts i fråga om behandlingsalternativ och om möjlighet till förnyad medicinsk bedömning.
11. uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling

Patientjournalen ska vidare innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjordes.

En journalanteckning ska signeras av den som svarar för uppgiften.

Språket i patientjournaler

De journalhandlingar som upprättats skall vara skrivna på svenska språket, vara tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå för patienten.

Hantering av journalhandlingar

Varje journalhandling skall hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till den. Om en journalhandling, en avskrift eller en kopia av handlingarna har lämnats ut till någon ska det antecknas i patientjournalen, vem som har fått handlingen, avskriften eller en kopia och när denna har lämnats ut.

Varje uppgift i en journalhandling som upprättats inom hälso- och sjukvården ska utformas så att patientens integritet respekteras. Om en patient anser att en uppgift i patientjournalen är oriktig eller missvisande, ska det antecknas i journalen. Vid rättelse av en felaktighet ska det anges när rättelsen har skett och vem som har gjort den.

Personer som är skyldiga att föra en patientjournal

Skyldig att föra patientjournal är den som, inom hälso- och sjukvårdens område har legitimation eller särskilt förordnade att utöva visst yrke. Den som för patientjournal ansvarar för sina uppgifter i journalen.

Journalförings krav

Verksamheterna ansvarar för rutiner hur patientuppgifterna ska dokumenteras i patientjournalen och att dessa rutiner är kända av berörd personal. Rutinerna för dokumentation av patientuppgifter ska säkerställa att uppgifterna dokumenteras med hjälp av nationella begrepp och termer, klassifikationer och övriga kodverk.

*Upprättad av medicinskt ansvarig sjuksköterska
Den 1 oktober 2019
Tarja Viitanen*

*Reviderad av medicinskt ansvarig sjuksköterska
Den 13 januari 2022
Malin Bard
Tarja Viitanen*