

Riktlinjer utarbetade för: Vård och Omsorgsnämnden	
Kvalitetsområde: Hälso- och sjukvård	
Framtagen av ansvarig tjänsteman: Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Medicinskt ansvarig för rehabilitering	Giltig f o m: 2019 10 01
Delegationsanmälan Riktlinjen beslutas med stöd av Vård- och omsorgsnämndens beslut 2023-10-19 § 119 angående delegation av beslutanderätt. Delegations-ID: 6.1.1	Reviderad 2025 02 01
Lagstiftning, föreskrift: Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) Patientdatalagen (2008:355) Lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (2022:913) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40) Handbok vid tillämpning av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40)	

Riktlinje – Hälso- och sjukvårds dokumentation

BAKGRUND

Vårdgivaren har ansvar för hälso- och sjukvårdsdokumentation inom exempelvis:

- särskilda boenden för äldre
- hemsjukvård, 18 år och äldre, i ordinärt boende
- korttidsvistelse enligt socialtjänstlagen
- dagverksamhet för äldre enligt socialtjänstlagen
- bostäder med särskild service för personer med psykiska funktionsnedsättningar enligt socialtjänstlagen
- bostäder med särskild service enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
- daglig verksamhet och sysselsättning enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Patientjournalen är ett arbetsinstrument för den som ansvarar för patientens vård och syftar till att bidra till en god och säker vård. Den är även en informationskälla för:

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

Vårdgivaren har ett ansvar för att det i verksamheten finns ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. I ledningssystemet ska det finnas angivet vem som har ansvaret för informationshantering kring journalföring inom hälso- och sjukvård. Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvalitén i verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Dokumentationsskyldiga är legitimerad personal och personal som utför hälso- och sjukvård på delegering/instruktion av legitimerad personal.

SYFTE

Riktlinjen syftar till att ge ramarna för innehållet i hälso- och sjukvårdsdokumentationen så att den uppfyller patientdatalagens krav på innehåll.

DEFINITION

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.

TILLÄMPNING

En patientjournal ska föras för varje patient där det finns ett vårdåtagande mellan patient och legitimerad. Legitimerad personal är ansvarig för de uppgifter som denne dokumenterar i patientjournalen. Den som dokumenterar ansvarar för att innehållet uppfyller patientdatalagens krav.

Enligt 3 § i HSLF-FS (2016:40) ska patientjournal innehålla:

1. en entydig identifikation av den berörda patienten,
2. patientens kontaktuppgifter,
3. uppgifter om namn och befattning på den personal som svarar för en viss journaluppgift, och
4. tidpunkten för varje vårdkontakt som patienten har haft eller som planeras.

Enligt 5 § i HSLF-FS (2016:40) ska patientjournal även innehålla:

1. aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar,
2. utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa,
3. ordinationer och ordinationsorsak,
4. resultat av utredande och behandlande åtgärder,
5. slutanteckningar och andra sammanfattningar av genomförd vård,
6. överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen,
7. komplikationer av vård och behandling,
8. vårdrelaterade infektioner,
9. samtycken och återkallade samtycken,
10. patientens önskemål om vård och behandling,
11. de medicintekniska produkter som har förskrivits till, utlämnats till eller tillförts en patient på ett sådant sätt att de kan spåras,
12. intyg, remisser och annan för vården relevant inkommande och utgående information, och
13. vårdplanering.

Ordinationer från andra vårdgivare ska finnas tillgängliga t.ex. läkemedelsordinationer. Då uppgift från annan vårdgivare skrivs in i journal ska det verifieras vem som lämnat uppgifterna.

För att försäkra sig om att uppgifterna är entydiga ska journalen baseras på struktur enligt ICF (Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa). Det som inte kan skrivas inom

struktur enligt ICF, ska andra lämpliga sökord skapas. För detta ska Socialstyrelsens termbank användas. Av samma anledning ska klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) användas och rapporteras till Socialstyrelsen.

Det ska framgå vem som skriver, vilken befattning denne har och när anteckningen görs. Uppgifter som innebär betydande förändring i vården ska föras in så snart som möjligt. Den som för patientjournal ansvarar för sina egna anteckningar.

Patientens egna önskemål vad avser vård och behandling ska framkomma i journalen. Det ska även framgå att patienten fått möjlighet att vara delaktig i den planerade hälso- och sjukvården. Det ska framgå om samtycke finns samt att menprövning gjorts i samband med registrering i kvalitetsregister, till att legitimerad personal får tillgång till nationell patientöversikt samt vid eventuell utlämning av journalhandling. Om patienten är beslutsoförmögen ska detta framgå. Det ska även framgå vem (t.ex. anhörig) som patienten önskar ska få information om hälsotillstånd och vård och behandling.

Patientjournalen ska skrivas så att den är möjlig att förstås av patienten. Dock ska inte patientjournalen förlora nödvändigt innehåll på grund av detta. Förkortningar ska undvikas. Den ska utformas så att integritet respekteras.

Signering av anteckningar ska ske i verksamhetssystemet. Vid rättelse av en felaktighet ska det anges när rättelsen har skett och vem som gjort den. Både den felaktiga skrivningen och den rättade ska gå att läsa. Om patienten anser att en dokumenterad uppgift är felaktig eller missvisande ska det antecknas i patientjournalen. Del av patientjournal eller hel patientjournal får inte förstöras. Om patienten önskar att en patientjournal ska förstöras ansöker patienten om detta hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Hantering av arkivering och gallring sker enligt vårdgivarens upprättade dokumentations- eller informationshanteringsplan.

När studerande deltar i den faktiska patientvården gäller patientdatalagen för deras arbete. Det innebär att kunna få ta del av patientjournal och även kunna dokumentera.

SAMMANHÅLLEN JOURNALFÖRING

Med patientdatalagen (SFS 2008:355) och lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (SFS 2022:913) skapas en möjlighet för vårdgivare att elektroniskt ta del av patientuppgifter hos annan vårdgivare med undantag om patienten spärrat patientjournalen. Detta sker exempelvis med hjälp av Nationell patientöversikt (NPÖ). Detta förutsätter att ett samtycke finns eller att ett förmodat samtycke uppfattas finnas från patienten (om denne inte kunnat lämna samtycke) samt att det finns en aktuell vårdrelation. En vårdrelation kan pågå under en längre tid även om det sker avbrott vid till exempel sjukhusvistelse eller växelvårdvistelse. Det ska alltid ske en menprövning.

VERKSAMHETENS ANSVAR

Verksamhet ansvarar för att ta fram styrdokument som tydliggör hur dokumentation i patientjournal ska utföras. Styrdokument bör även beskriva:

- vilka uppgifter som ska dokumenteras skyndsamt när en journal påbörjas
- vart i verksamhetssystemet olika uppgifter ska skrivas
- hur patientens delaktighet säkras
- hur inkommande och utgående dokument hanteras
- hur utlämning av journalkopia sker

- hur dokumentering sker vid de tillfällen då patienten saknar personnummer
- hur skyddat personnummer hanteras
- under vilka förutsättningar tillgång till Nationell patientöversikt får användas
- vart övrig personal som inte är legitimerade ska dokumentera
- hur egenkontroll av dokumentation ska genomföras
- utlämning av journal
- hur dokumentation ska ske vid störningar i verksamhetssystemet t.ex. elavbrott.

VID AVSLUT AV JOURNALHANDLINGAR (ARKIVERING)

Journalhandlingar för patienter som flyttat till annan kommun, avlidit eller inte längre är anslutna till hälso- och sjukvård, skall arkiveras enligt verksamhetens rutin för detta.