

	<b>Riktlinje</b>	<b>Diarienummer</b> VON 198/15
	<b>Gäller för</b> Vård och omsorgsförvaltningen	<b>Version</b> 4
	<b>Dokumentansvarig</b> Karin Paust MAS	<b>Gäller från</b> 2015-10-29
Vård- och omsorgsförvaltningen	<b>Godkänd av</b> Monica Holmgren chef vård och omsorgsförvaltningen	<b>Senast uppdaterad</b> 2017-02-21

## Dokumentation hälso- och sjukvård, HSL

### Journalhandling

En journalhandling är alla handlingar och anteckningar som innehåller uppgifter om patientens tillstånd och de åtgärder som genomförts eller planeras, dvs. allt material som innehåller information om vården.

Journalen är en källa för information om patientens hälsa, vård och behandling. Den utgör ett arbetsverktyg eller underlag för bedömning av behov och de åtgärder som kan behöva utföras även för de personer som inte tidigare har träffat patienten. Det är därför viktigt med en definierad informationsstruktur av vårdprocessen som är patientens väg genom den kommunala hälso- och sjukvården. Vårdprocessen som Vård- och omsorgsförvaltningen definierar den innehåller bakgrundsuppgifter, hälsotillstånd, omvårdnads/rehabdiagnos, mål, vårdåtgärder, resultat och måluppfyllelse, oplanerade eller ej till vårdplan kopplade hälso- och sjukvårdsåtgärder. En journalhandling är också ett viktigt instrument i kvalitets- och säkerhetsarbetet inom vården.

Riktlinje för dokumentation hälso- och sjukvård, HSL, beskriver kommunens ansvar och gäller för arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska och enhetschefer för kommunens hälso- och sjukvårdsverksamhet.

### Skyldighet att föra patientjournal

Den som har legitimation eller särskilt förordnande att utöva ett visst yrke inom hälso- och sjukvården eller tandvården är skyldig att föra journal.

I vissa fall är även icke-legitimerad personal skyldig att föra patientjournal. Det gäller t.ex. den som inom hälso- och sjukvården biträder en legitimerad yrkesutövare. Ett exempel kan vara att baspersonal utför delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder och dokumenterar genom att signera utförd vårdåtgärd på avsedd signeringslista.

Den som för patientjournal ansvarar för att vid varje ny vårdbegäran dokumentera uppgifter som är av betydelse för vården och behandlingen. Enhetschef ansvarar för att personal har kunskap att tillämpa journalsystemet på ett korrekt sätt.

### Journalhantering och förvaring

Patientjournalen ska hanteras så att inte någon obehörig får tillgång till den. Det är endast de medarbetare som är involverade i hälso- och sjukvården som har rätt att ta del av en fysisk och elektronisk patientjournal. Vid användning av elektronisk journal ska varje användare ha en personlig inloggning med lösenord. Användaren får inte lämna datorn utan tillsyn då denne är inloggad. Detta innebär att den som för journal alltid ska låsa datorn när man lämnar datorn

även en kortare stund. De dokument som förvaras i pappersmapp/pärm ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dessa.

## Innehåll i patientjournalen

En journalhandling är individuell och ska innehålla de uppgifter som behövs för att ge en god och säker vård. De hjälpfrastexter som finns för sökorden i journalen ska användas och styr vilken rubrik/sökord man ska dokumentera under.

### Följande uppgifter ska finnas:

- uppgifter om patientens identitet
- bakgrundsuppgifter
- hälsotillstånd
- samtycke
- vårdplan
- uppgifter om vem som har fört in anteckningar och uppgifter i journalen och när detta gjordes
- om en patient har en överkänslighet som kan leda till allvarliga eller livshotande tillstånd ska detta alltid markeras i journalen. Markeringen ska finnas på en väl synlig plats
- uppgifter som behövs för att tillgodose spårbarhet avseende medicintekniska produkter som har förskrivits till, utlämnats till eller tillförts en patient
- Epikris skrivs då patient byter vårdgivare och ska innehålla en sammanfattning av den viktigaste informationen under vårdtiden

### Vårdplanen ska innehålla:

- omvårdnads- rehabdiagnos/problem
- mål/delmål
- vårdåtgärder
- uppföljning, resultat och måluppfyllelse

## Respekt av den enskildes integritet

Dokumentationen ska vara utformad så att den enskildes integritet respekteras. Informationen i dokumentationen ska vara tillräcklig, väsentlig och korrekt. Med detta menas att dokumentationen ska ge nödvändig information om den enskildes bakgrund, aktuella insatser och händelser som kommer att påverka den enskilde. Med väsentlig menas att den inte skall vara onödigt detaljerad. Korrekt innebär att anteckningarna ska vara sakliga och inte innehålla ovidkommande omdömen av allmänt nedsättande eller kränkande karaktär. Känsliga uppgifter

som meddelats i förtroende ska inte automatiskt föras in i journalen, uppgifterna ska vara väl genomtänkta.

## **Sekretess och tystnadsplikt**

Inom hälso- och sjukvård, tandvård samt socialtjänst gäller sekretess och tystnadsplikt enligt sekretesslagen. Sekretessen gäller alla muntliga och skriftliga uppgifter om den enskilde. Alla personer som deltar eller har deltagit i verksamhet som berörs av sekretesslagen har skyldighet att iaktta sekretess. Det är bara den personal som är engagerad i vården runt patienten som har rätt att ta del av en patientjournal.

## **Anteckning och signering av journal**

Uppgifterna ska föras in i journalen senast arbetsdagen efter en händelse. Journalanteckningarna ska signeras skyndsamt, dock senast inom två veckor för all dokumentation förutom den som upprättas i samband med vårdplanering vilken ska signeras inom fem dagar. En signering innebär att man bekräftar att det man skrivit i journalen är riktigt. Journalanteckningar som inte är aktuella ska avslutas omgående av patient- eller ärendeansvarig. Om en anteckning förs om en speciell händelse ska det framgå i journalen tidpunkten för denna händelse. Då annan person svarar för uppgiften ska det framgå i journalen vem som gjort anteckningen och vem som står för uppgiften.

## **Rättning av journaltext**

Uppgifter som förts in i en journalhandling får inte raderas eller göras oläsligt. Uppgifter som har signerats ska anses som införd i journalen. En patient kan om den anser att journalen innehåller felaktiga uppgifter be den som fört journal att göra en rättelse. Om det sker en rättelse av felaktiga uppgifter ska det anges när den har skett och av vem som har gjort rättelsen. Både den felaktiga uppgiften och rättelsen ska kunna återfinnas i journalen

Uppgifter om patientens hälsotillstånd och andra personliga förhållanden skyddas i regel av sekretess, en bedömning görs i varje enskilt fall. Patienten har så gott som alltid rätt att läsa sin journal. Det finns dock två situationer då patienten inte har rätt att få tillgång till sin journal:

- Om den som tar ställning anser att det kan leda till att patienten kan skadas eller att behandlingen blir lidande och det är av synnerlig vikt att patienten inte får ta del av journalen. I detta fall ska beslut om ställningstagande tas i samråd med MAS.
- Om någon annan person än patienten (gäller inte personal) nämns i journalen ska det stå klart att denne inte lider men genom att journalen lämnas ut. Även här görs en bedömning i det enskilda fallet. I detta fall ska beslut om ställningstagande tas i samråd med MAS.

Journalen förs för vården av patienten och tillhör därför vårdgivaren, men patienten kan begära att läsa eller få en kopia av de handlingar som gäller patienten själv. En sådan begäran från patienten ska handläggas skyndsamt av vårdgivaren.

Om någon annan än patienten begär ut journal ska samtycke inhämtas/ menprövning utföras. Det finns undantagsfall där journal kan begäras ut utan att samtycke krävs, exempelvis vid utredning som utförs av IVO, Inspektionen för vård och omsorg eller i forskningssyfte. Beslut och samtycke för utskrift ska dokumenteras i journal.

## Överföring av information till annan vårdgivare

Om det inte finns hinder enligt sekretesslag eller lagen om yrkesverksamhet på sjukvårdens område att föra över information om en patients behov ska detta alltid överföras mellan berörda enheter. Uppgifter om samtycke till informationsöverföring ska finnas i journalen.

## Hantering vid driftstopp

Om det sker driftstopp som omöjliggör möjlighet att dokumentera via dator används pappersjournal. De journalanteckningar som förs via papper skrivs sedan in i det elektroniska systemet då det återigen är tillgängligt. En särskild notering görs i journalen angående detta.

## Arkivering

När fysisk journal ska arkiveras överlämnas den till arkivansvarig för Vård- och omsorgsförvaltningen, arkivering sker enligt förvaltningens dokumenthanteringsplan. Fysisk journal ska arkiveras när patient flyttar från kommunen, blir utskriven ur hemsjukvården eller vid avliden patient.

## Styrdokument

- Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14)
- Patientdatalagen (2008:355)
- Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)