



Dokumentnamn Riktlinjer för dokumentation och journalföring för hälso- och sjukvårdspersonal			Sida 1 (6)
Framtagen av Medicinskt ansvariga	Godkänd av Kommunstyrelsen 2019	Upprättad 2015 Reviderad 2016 2017 2019 2020 2022 2023	Revideras 2026

## Riktlinjer för dokumentation och journalföring för hälso- och sjukvårdspersonal

### Inledning

Denna riktlinje vänder sig till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter som dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournal. Riktlinjen berör patienter i kommunal hemsjukvård i ordinärt boende, särskilt boende enligt SoL och boende enligt LSS, dagverksamheter och dagliga verksamheter.

Patientdatalagen, Patientlagen, Offentlighets- och sekretesslagen, Patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrifter är företrädesvis de styrande dokument som ligger till grund för journalföring.

### Ansvar för journalföring

Vid vård och behandling inom hälso- och sjukvårdens område ska individuell patientjournal föras.

Sjuksköterska, fysioterapeut, sjukgymnast, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal som är anställda på hälso- och sjukvårdsenheten ansvarar för att dokumentera i patientjournal för att säkerställa god och säker vård.

Enhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten ansvarar för att kontinuerliga utbildningsinsatser genomförs för att säkerställa att medarbetare har den kunskap och kompetens som krävs för en god och säker dokumentation.

### Behörighet till patientjournal och loggkontroller

All personal har tystnadsplikt. Det innebär att alla uppgifter som rör patientens förhållanden, exempelvis sjukdom eller behandling skyddas av sekretess och får endast delas av personal som har en vårdrelation

Vårdgivaren ansvarar för att sekretesshantering uppfyller lagstadgade krav och att tilldela individuell behörighet för elektronisk åtkomst till patientuppgifter på ett sådant sätt att personalen inte har mer behörighet än vad som behövs för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården. Detta ska föregås av en behovs- och riskanalys samt regelbunden uppföljning av rutiner kring tilldelning, förändring, borttagning och behörighet.

Enhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten meddelar skriftligt när ny medarbetare ska ha inloggningsuppgifter till verksamhetssystemet samt när medarbetares åtkomst ska avslutas eller begränsas. Varje användare ska tilldelas en individuell behörighet för åtkomst till personuppgifter.

Enhetschefen ska informera medarbetaren om att kontinuerliga loggkontroller görs i verksamhetssystemet över de åtgärder som användaren utfört (loggning och spårbarhet). Kontrollerna görs utifrån kravet att inte ta del av obehörig dokumentation eller att tillse att



dokumentation sker i journaler. Medarbetaren ska ha en aktuell vårdrelation.

Rutiner ska finnas i verksamheten för ändring, borttagning och regelbunden uppföljning av behörigheterna för att säkerställa att de är riktiga och aktuella.

Enhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten ansvarar för att journalgranskning genomförs på ett strukturerat sätt inom verksamheten, tex kollegial granskning.

Kvalitetsgranskningar av hälso- och sjukvårdens journaldokumentation görs av medicinskt ansvariga.

### **Åtgärder till skydd mot obehörig åtkomst**

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att

1. personliga lösenord och hjälpmedel för autentisering inte blir tillgängliga för någon annan.
2. datorer eller andra enheter som används för att hantera uppgifter om patienter inte lämnas öppna, uppgifterna ska vara skyddade mot obehörig åtkomst.

### **Upprätta hälso- och sjukvårdsjournal**

Varje patient inom den kommunala hälso- och sjukvården ska ha en patientjournal.

Vid upprättande av journal ska professionen placera patienten i rätt journalmapp.

Det ska bara finnas en hälso- och sjukvårdsjournal för patienten, dvs. hälso- och sjukvårdsjournal som tidigare avslutats öppnas upp på nytt vid ny kontakt. Detta har stor betydelse för patientsäkerheten och för att programmets sök- och statistikfunktioner ska kunna användas.

Vid avslut av patient ska journalen avslutas.

### **Dokumentation**

De journalhandlingar som upprättas ska vara skrivna på svenska språket, med undantag av den yrkesutövare som fått förordnande av Socialstyrelsen.

Utan risk för missförstånd ska dokumentationen utformas så att det klart och tydligt framgår vilken bedömning, analys, planering, genomförande och utvärdering som legitimerad personal utfört.

Den hälso- och sjukvårdspersonal som fått förordnande att skriva patientjournal på annat språk än svenska ska säkerställa att:

- kravet på noggrannhet i dokumentationen upprätthålls, och
- väsentliga ställningstaganden som gäller vård och behandling, förhållningsregler enligt smittskyddslagen samt slutanteckningar eller andra sammanfattningar av genomförd vård finns upprättade på svenska.

Dokumentationen ska enligt patientdatalagen vara lika oavsett boendeform. Den kommunala patientjournalen följer patienten mellan olika boendeformer i kommunen, oavsett om vården bedrivs inom särskilt boende, korttidsvård eller det ordinära boendet. De uppgifter som finns dokumenterade i patientjournalen ska finnas tillgängliga på ett överskådligt sätt för den hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig att ta del av uppgifterna.

### **Inre sekretess**

All personal som arbetar för en vårdgivare får endast ta del av sådana patientuppgifter som han eller hon deltar i kring vården av patienten, eller av något annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården. Med vård avses även undersökning och behandling. Detta gäller även avlidna.



### **Signering och skydd av journalanteckning**

Det är av särskild vikt att föra in dokumentationen i journalen eftersom tillgången till dokumentation är nödvändig för att säkerställa patientsäkerheten.

Den hälso- och sjukvårdspersonal som vid den aktuella vård- eller patientkontakten har mottagit ordination, gjort bedömning eller åtgärd ska dokumentera detta i patientjournalen. Kommunikationen med patienten ska dokumenteras.

Hälso- och sjukvårdspersonal ska i nära anslutning till genomförd insats dokumentera åtgärderna i journalen efter att ha säkerställt patientens identitet.

Signering av anteckning ska ske i omedelbar anslutning till att en anteckning förs in i journalen.

Uppgifter i journalen kan inte ändras eller utplånas annat än med stöd av patientdatalagen.

### **Patientjournalens struktur och innehåll**

Patientjournalen ska:

- Vara ett stöd för den eller de personer som ansvarar för vårdtagarens vård och behandling så att denne kan få en god och säker vård med kvalitet.
- Utgöra underlag för bedömning av åtgärder som ska vidtas av dem som inte tidigare träffat vårdtagaren.
- Vara ett stöd i uppföljning och utvärdering av vården och utgöra ett underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll.
- Ge vårdtagaren insyn i den vård och behandling som denne erhållit.
- Vårdtagarens delaktighet och önskemål ska alltid beaktas och ska dokumenteras i journal.

Det ska säkerställas att det är möjligt att föra patientjournal om:

- en patients identitet inte kan fastställas,
- en patient saknar svenskt personnummer, eller
- en patient har skyddade personuppgifter.

De delar av patientens journal som hör till en och samma individanpassade vårdprocess bör hållas samman.

För att försäkra att uppgifterna i patientjournalen är entydiga används:

- Socialstyrelsens termbank
- Klassifikation av åtgärder (KVÅ), och
- Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)

Patientjournalen ska, i förekommande fall, innehålla uppgifter om:

- aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar, hälsoplaner ska upprättas,
- utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa,
- ordinationer och ordinationsorsak,
- resultat av utredande och behandlande åtgärder,
- slutanteckningar och andra sammanfattningar av genomförd vård,



- överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen,
- komplikationer av vård och behandling,
- vårdrelaterade infektioner,
- samtycken och återkallade samtycken,
- patientens önskemål om vård och behandling,
- de medicintekniska produkter som har förskrivits till, utlämnats till eller tillförts en patient på ett sådant sätt att de kan spåras,
- intyg, remisser och annan för vården relevant inkommande och utgående information
- vårdplanering.
- kontaktuppgifter till patient samt kontaktuppgifter till anhöriga/närstående
- patientansvarig sjuksköterska, läkare, arbetsterapeut och fysioterapeut

Det ska vidare säkerställas att patientjournalen innehåller en markering som ger en varning om en patient har visat intolerans eller har en överkänslighet som innebär en allvarlig risk för liv eller hälsa.

Markeringen ska göras på ett sådant sätt att den är lätt att uppmärksamma.

Patientjournalen ska vidare innehålla uppgift om vem som gjort en viss anteckning, vilken yrkeskategori personen tillhör och när anteckningen gjordes.

### **Journalakt**

Patientjournalen ska förvaras på ett säkert sätt, inte bara när den är arkiverad utan även under pågående vårdperioder för att garantera skydd mot obehörig åtkomst. Den digitala patientjournalen finns i verksamhetssystemet och åtkomst ges med behörighetsinloggning. Kommunens journalhandlingar i pappersform ska hållas samlade och tillgängliga för behörig personal.

En journalakt upprättas för varje enskild vårdtagare som har pågående hälso- och sjukvårdsåtgärder. Journalakten ska ha en tydlig avgränsning mellan aktuella handlingar som finns i pappersform, exempelvis aktuella ordinationshandlingar och epikriser av betydelse.

Inaktuella dokument, ordinationshandlingar och signeringslistor sorteras fortlöpande in i patientens mapp i journalarkivet. Varje dokument ska tydligt vara märkt med namn, fullständigt personnummer samt datum. Pappersjournalen förvaras inlåst i AKT-skåpet som endast är tillgänglig för behörig personal. Utdrag från annan vårdgivares digitala journal ska endast finnas i patientens akt på enheten och sparas vid arkivering om det finns skriven information på dokumentet. Denna information finns kvar i annan vårdgivares digitala journal.

Vid behov förs manuell journal. Detta gäller exempelvis ordinationsunderlag, signeringslistor och pappersdokumentation vid driftsavbrott. Dessa dokument är journalhandlingar och ska sparas och arkiveras. Från pappersdokumentationen vid driftsavbrottet förs information över i hälso- och sjukvårdsjournalen, med hänvisning till datum från originaltext och dess författare. Relevant information från sammanhållen journalföring som är viktig för patientens vård och behandling kan också föras in.



### **Ansvar för vårdgivare, ledning och medarbetare**

Vårdgivaren ansvarar för att:

- åtkomst till patientuppgifter dokumenteras (loggas) och kan kontrolleras
- det av loggarna framgår vilken användare samt vid vilken tidpunkt som åtgärden genomfördes
- patientens identitet framgår av loggarna
- återkommande stickprovskontroller görs av loggarna samt
- dokumentera att loggarna sparas i minst 10 år

Verksamhetschefen ansvarar för att:

- utdela behörigheter för åtkomst till patientuppgifter samt att tillse att de är ändamålsenliga och förenliga med hälso- och sjukvårdspersonalens och andra befattningshavares aktuella arbetsuppgifter
- hälso- och sjukvårdspersonalen och andra befattningshavare är informerade om bestämmelserna gällande hantering av patientuppgifter
- uppföljning av informationssystemets användning sker genom regelbundna kontroller av loggarna.

Verksamhetschefen har delegerat dessa arbetsuppgifter till chef för hälso- och sjukvården gällande legitimerad personal.

Hälso- och sjukvårdspersonalens och andra befattningshavare ansvarar för att:

- personliga lösenord och inloggningsuppgifter inte blir tillgängliga för obehöriga
- datorer eller informationsbärare som används inte lämnas utan att patientuppgifterna är skyddade från obehörig åtkomst
- endast ta del av de patientuppgifter som han eller hon är delaktig i vården eller på annat sätt behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården
- dokumentera patientens vård och behandling, delaktighet och önskemål enligt denna riktlinje

### **Hemsjukvård**

När Region Östergötland eller annan regiondriven hälso- och sjukvårdsinstans ger leg personal hemsjukvårdsuppdrag ska vårdplan finnas i Cosmic och kunna ses av kommunen via sammanhållen journalföring. Därutöver upprättar kommunen relevant dokumentation för det enstaka eller pågående vårdåtagandet.

### **Mobil dokumentation**

Huvudsyftet med mobil dokumentation är att ha åtkomst till att både kunna läsa och skriva i kommunens verksamhetssystem i anslutning till hembesöket. Patientens delaktighet och önskemål kan tydligare beskrivas/dokumenteras i det pågående samtalet.

Mobil dokumentation ska följa kraven i Offentlighets- och sekretesslagen samt andra styrande lagar och föreskrifter.

Vid hembesöket får endast journal tillhörande denna patient öppnas. Legitimerad personal ska säkerställa att journalen inte kan läsas av obehöriga vid hembesöket. Skärmskydd ska användas på alla bärbara datorer.

Dokumenterade personuppgifter ska hanteras så att obehöriga inte får åtkomst. Dator får aldrig lämnas obevakade och ska förvaras inlåst i hemsjukvårdens lokaler när de inte används. Lokala rutiner kompletterar användandet.



## **Dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournal av icke legitimerad personal**

Verksamhetschef beslutar om tilldelning av behörighet för dokumentation.

### **Övertagande av vårdansvar**

När annan vårdgivare övertar vårdansvar och inte får tillgång till Valdemarsviks kommuns digitala journal, ex när Region Östergötland övertar vårdansvar sammanfattas den kommunala hälso- och sjukvårdsinsatsen i en omvårdnadsepikris och den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen arkiveras sedan enligt rutin.

I omvårdnadsepikrisen ska tydligt framgå aktuellt status, en kortfattad anamnes med uppgifter om ansvarig läkare, kontaktuppgifter till anhöriga samt pågående åtgärder.

### **Ta del av sin journal                      Utlämnande av journal**

Utlämnande av journal följer offentlighets- och sekretesslagen och tryckfrihetsförordningen enligt delegationsordning och efter sedvanlig bedömning och patientens samtycke. Vid utlämnandet skall anteckning göras i originaljournalen att kopia är utlämnad, när, av och till vem. Vid utlämnande av journalhandlingar ska mottagaren legitimera sig och underteckna dokument om att journalkopia är mottagen.

Frågor om utlämnande prövas av den som är ansvarig för journalhandlingen. I första hand tillfrågas patienten.

Om uppgifterna inte kan lämnas ut kan den som begärt uppgifterna begära ett skriftligt beslut med uppgifter om hur beslutet kan överklagas till kammarrätten.

### **Arkivering och gallring av journal – avliden**

När all dokumentation är införd i journalen ska hela digitala journalen både från procapita och Lifecare hälso- och sjukvårdsjournal skrivas ut och arkiveras tillsammans med resterade pappersdokument som ska sparas. Gallring av dokument sker enligt gallringsmall, Gallra och bevara.