

Vård och omsorg

Ansvarig
Rebecca Levau
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Upprättad den
2018-03-01

Upprättad av
Helen Hansson Malmgren

Reviderad den
2026-03-17

Rutin för dokumentation, journalföring och informationsöverföring inom hälso- och sjukvård

Dokumentationens syfte

Dokumentation är ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet. Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård för patienten. En väl förd patientjournal ökar tryggheten för både patient och personal samt minskar risken för onödiga missförstånd.

Dokumentationen utgör också en informationskälla för bedömning, planering, genomförande och utvärdering som kan behöva vidtas av personal som inte träffat patienten tidigare eller som tar över ansvaret för patienten. Dokumentationen är även ett underlag vid tillsyn och kontroll och kan ha betydelse i vissa rättsliga sammanhang och för forskning.

Dokumentationsskyldighet

Skyldighet att föra patientjournal är bland annat den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården ([Patientdatalagen 2008:355](#)).

Personal som biträder en legitimerad yrkesutövare i hälso- och sjukvårdsuppgifter och inte är legitimerad ska dokumentera i patientjournalen (exempelvis undersköterska, rehabiliterings assistent). Omvårdnadspersonal ska dokumentera avvikande händelser i hälso- och sjukvårdsjournalen i samband med insatser som är delegerade och ordinerade av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Den som för patientjournal ansvarar alltid för sina dokumenterade uppgifter i journalen.

Definition av journalhandling

Som journalhandling anses en framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas med tekniska 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 (Patientdatalagen 2008:355, 1 kap. 3§).

Patientjournalens innehåll

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården finns patientjournalens struktur och innehåll beskrivet ([HSLF-FS 2016:40](#)). En patientjournal ska föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter. Vellinge kommun har avtal med privata leverantörer för utförande av hälso- och sjukvård och leverantören ska använda det av kommunen anvisade journalsystemet och varje vårdgivare ansvarar för sin journal.

Både kommunens legitimerade personal och leverantörernas legitimerade personal har läsbehörighet till varandras journaler om patienten lämnat sitt samtycke.

Enligt de grundläggande bestämmelserna ska patientjournal innehålla:

- uppgift om patientens identitet
- väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
- uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder
- väsentliga uppgifter om genomförda och planerade åtgärder
- uppgift om information som lämnats till patienten, dennes vårdnadshavare och övriga närstående
- uppgifter om ställningstaganden som gjorts om val av behandlingsalternativ och möjligheten till ny medicinsk bedömning
- uppgift om att patienten valt att avstå vård eller behandling
- uppgifter om vem som gjort en viss anteckning och när anteckningen gjordes

Dokumentation av telefonsamtal och rådgivning

Telefonsamtal som gäller vård och behandling ska alltid dokumenteras i patientjournalen. Handlar kontaktorsaken om något annat än vård och behandling får den legitimerade personalen avgöra om samtalet ska dokumenteras.

Legitimerad personal kan ge både generella råd och individuella råd. Generella råd innebär att legitimerad personal inte har kännedom om patienten och råden är inte hälso- och sjukvårdsåtgärder och behöver därför inte dokumenteras i patientjournalen. Det kan exempelvis vara när sjuksköterska ger generella råd kring hur ögondroppar ska ges eller när legitimerad personal ger råd som gäller medicintekniska produkter. Ett individuellt råd förutsätter att den legitimerade personalen har kännedom om patientens bakgrund. Dessa råd är att definiera som hälso- och sjukvård och ska dokumenteras i patientjournalen.

Språket i dokumentationen

Det som dokumenteras i patientjournalen ska vara till nytta för patientens omvårdnad. Texten ska så långt som möjligt formuleras så att den är förståelig även för den som inte är medicinskt kunnig och vara skriven på svenska.

Används förkortningar ska de vara vedertagna enligt svenska akademins ordlista. Använd ordet patient och undvik namn på kollegor, skriv i stället deras funktion, exempelvis arbetsterapeut, kontaktperson i hemtjänst.

Patientens integritet ska respekteras och värdeomdömen om patienten av kränkande karaktär får inte förekomma.

ICF och KVÅ

Dokumentationen ska ske enligt ICF – Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Åtgärder registreras enligt KVÅ – Klassifikation av vårdåtgärder.

Tidsram för dokumentation och signering av journalanteckning

Den som dokumenterar i hälso- och sjukvårdsjournalen ansvarar för sina uppgifter i journalen. För att annan personal ska kunna ge patienten en god och säker vård ska journalanteckning föras in så snart som möjligt och innan den legitimerade personalen slutar sitt arbetspass. Journalanteckningen ska signeras direkt efter att dokumentationen är färdigställd av den som gjort den.

Uppgifter i patientjournalen får inte tas bort eller göras oläsliga. Om man gör tillägg eller rättelser i dokumentationen måste man ändå kunna läsa tidigare skrivelser. När en felaktig anteckning rättas ska det anges när rättelsen gjordes och vem som gjort den. Både den felaktiga anteckningen och rättelsen ska synas i journalen

Sekretess

Sekretessen innebär att man inte får berätta något om en patient för någon annan än den som deltar i just denna patients vård, även om han eller hon i sin tur också har tystnadsplikt. Den personal som deltar i vården kring en patient har rätt att ta del av de journalanteckningar som behövs för att kunna ge en god och säker vård om patienten lämnat sitt samtycke.

Personal som inte deltar i arbetet kring patienten får inte läsa i journalen eller på annat sätt ta del av sekretessbelagd information även om tillgänglighet och möjlighet finns. I den elektroniska journalen loggas alla personaktiviteter.

Privata leverantörer som på uppdrag av omsorgsförvaltningen utför insatser enligt HSL, LSS och SoL utgör självständiga verksamheter i förhållande till egen regi i kommunen. Därmed finns en sekretessgräns mellan privat leverantör och egen regi i kommunen.

Samtycke

För att kommunal hälso- och sjukvård ska kunna utföra en god och säker vård behöver patienten lämna sitt samtycke. Legitimerad personal ska informera patienten om sekretesskyddet och fråga om patienten lämnar sitt samtycke till informationsöverföring till/från andra vårdgivare (exempelvis vårdcentral, sjukhus, privat leverantör/hemtjänst i kommunen) samt till anhöriga. Samtycket ska så snart som möjligt dokumenteras i patientens journal av den person som inhämtat samtycket.

Ett samtycke kan återkallas när som helst av den person som gett det och det ska då dokumenteras i journalen. En god man/förvaltare eller anhörig kan inte samtycka till vård och omsorg mot den enskildes vilja och inte heller samtycka till tvångsåtgärder mot den enskildes vilja.

För att ett samtycke ska vara giltigt krävs:

- Den samtyckande är kapabel att förstå innebörden av samtycket.
- Vederbörande har full insikt om relevanta omständigheter.
- Det har lämnats frivilligt.

Ett samtycke kan ges på olika sätt:

- *Uttryckligt:* skriftligt, muntligt eller genom jakande nick.
- *Konkludent:* den enskilde agerar så att han/hon visar att samtycke ges exempelvis genom att underlätta åtgärdens genomförande.
- *Presumerat:* den som ska vidta åtgärden förutsätter att det är förenligt med den enskildes vilja.

Menprövning

Om en patient inte kan lämna samtycke (exempelvis vid demenssjukdom) gör legitimerad personal en menprövning. Menprövning innebär att personal tar ställning till om informationen som lämnas ut kan vara till skada för patienten. Menprövning kan inte användas för att överpröva ett nekande samtycke. Menprövning dokumenteras i patientens journal.

Avsluta patientjournal

När en patient avlider eller flyttar från Vellinge kommun ska den digitala patientjournalen avslutas. Legitimerad sjuksköterska ansvarar för att avsluta journalen om patienten har hälso- och sjukvårdsinsatser. Vid de fall där sjuksköterska inte varit involverad i vården, men patienten haft rehabiliterande insatser ansvarar legitimerad rehabiliteringspersonal för att avsluta patientens journal.

Journalförstöring

Patienten kan begära att patientjournalen ska förstöras. Det är endast Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som får besluta om en journalhandling helt eller delvis får lov att förstöras. Patienten vänder sig till IVO för sin begäran

Utlämnande av journalkopior

Om patienten eller närstående begär ut journalkopior ska det utlämnas så snart som möjligt, förutsatt att uppgifterna inte är sekretesskyddade.

Till patient: Utlämnande av journalhandling på begäran av patient, görs av verksamhetschef/medicinskt ansvarig sjuksköterska inom verksamheten.

Till annan än patient: Exempelvis närstående, har rätt att begära ut journalhandlingar. Sekretessprövning ska göras enligt Offentlighets- och Sekretesslagen (25kap 1§). Annan vårdgivare kan begära ut journalhandlingar vilket kräver patientens samtycke.

Dokumentation: Begäran om utlämnande av en journalhandling ska antecknas i patientjournalen. I anteckningen ska det framgå vem som har fått handlingen, när den har lämnats ut, i vilket syfte och vilken del av journalen som utlämnats.

Loggkontroll

Varje gång någon läser i en elektronisk journal registreras aktiviteten. Det går då att i efterhand, via en logg, spåra vem som har läst journalen, var personen arbetar och när det ägde rum. Vid sammanhållen journalföring med andra vårdgivare som Region

Skåne loggas också åtkomst till patientuppgifter, exempelvis i NPÖ och Mina Planer. Loggkontroll genomförs regelbundet samt vid behov, systemförvaltare tar då ut logglista på alla användare och aktiviteter som gjorts under ett dygn och lämnar till ansvarig chef för uppföljning.

Rutin vid oplanerat/planerat driftstopp i journalsystem

Driftsstopp kan vara både oplanerat och planerat och patientens rätt till en god och säker vård och omsorg ska säkerställas.

Vid driftstopp måste all dokumentation ske i pappersform på ett journalblad med patientens fullständiga namn och personnummer. Alla anteckningar skrivs med bläckpenna och ska textas för att vara tydliga så att alla kan läsa dem. Dokumentationen skrivs under med namn och yrkestitel, datum och tid.

När systemet åter är i drift ska anteckningarna omgående föras in i den elektroniska patientjournalen. Detta görs i första hand av den personal som gjort anteckningarna. Journalblad och dess förvaring samt hur informationsöverföring hanteras mellan olika verksamheter ska framgå i lokal rutin.

Journalgranskning

Patientuppgifternas kvalitet och ändamålsenlighet ska granskas regelbundet, vilket görs på olika sätt. Medicinskt ansvariga ansvarar för att journalgranskning genomförs utifrån patientsäkerhet och överensstämmelse med gällande lagstiftning.

Verksamhetschef/enhetschef ansvarar för att journalgranskning genomförs minst ett gång årligen på ett strukturerat sätt samt att åtgärder vidtas om behov finns. Exempelvis kan kollegial journalgranskning ske utifrån syfte att utveckla verksamhetens kvalitet och personalens kompetens. Vid kollegial journalgranskning ska patientens journal avidentifieras.

Sammanhållen journalföring

Den 1 januari 2023 började [lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation \(2022:913\)](#) att gälla. Lagen ersätter bestämmelserna om sammanhållen journalföring i patientdatalagen och innehåller nya bestämmelser om de delar av socialtjänstens verksamheter som avser omsorg om äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Lagen innebär att vård- och omsorgsgivare, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, under särskilda förutsättningar får tillgängliggöra dokumentation och ta del av dokumentation från andra vård- och omsorgsgivare i ett gemensamt IT-system (kräver patientens samtycke). På så sätt kan personal inom regional och kommunal hälso- och sjukvård som styrs av hälso- och sjukvårdslagen, HSL, dela dokumentation digitalt med personal inom kommunal socialtjänst och omsorg som styrs av socialtjänstlagen, SoL. Syftet med lagen är att personal som hjälps åt med att ge vård och omsorg åt invånare ska ha effektiv tillgång till den information de behöver, vilket i sin tur ska göra vården och omsorgen säkrare och bättre

Hantering av fax, e-post, sms/mms

Fax

Fax ska endast användas i undantagsfall vid akuta situationer och/eller om det inte finns någon annan metod för att skicka sekretessbelagda uppgifter.

- En handling som skickas via fax utgör en kopia.

- När en handling ska faxas kontaktas mottagaren först så att den person som lämnar ut patientuppgifterna försäkrar sig att det är rätt mottagare och att personen kan ta emot uppgifterna.
- Ta bort alla personuppgifter från handlingen, exempelvis allt som gör att man kan identifiera patienten.
- Skriv ett försättsblad så att det tydligt framgår vem faxet kommer ifrån och vem det ska till.
- Förprogrammerade kortnummer ska användas.
- Utväxla de uppgifter som avidentifierats via telefon efter att faxet har kommit fram och verifiera att alla sidor kommit med.

E-post: Sekretessuppgifter kring en patient får inte lov att skickas via öppen e-post. Till dessa uppgifter räknas personnummer, initialer, namn, adress eller andra uppgifter där det går att spåra vem personen är.

Om verksamheten har säker e-post kan den användas för att skydda information som kan vara sekretessbelagd eller innehålla känsliga personuppgifter.

SMS/MMS: Dataöverföring till och från mobiltelefoner (SMS/MMS) sker över ett öppet nätverk och patientuppgifter får inte överföras denna väg.

Scannas in i patientjournalen

All inkommande pappersinformation av betydelse för patientens vård och behandling ska scannas in i patientjournalen. Detta inkluderar remisser, provsvar, intyg, externa handlingar, utomlänshandlingar och 0-HLR beslut.

Regelverk

- [Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården \(HSLF-FS 2016:40\)](#)
- [Patientdatalag \(2008:355\)](#)
- [Patientlag \(SFS 2014:821\)](#)
- [Lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation \(2022:913\)](#)