

## **Riktlinjer för hälso- och sjukvårdsdokumentation**

### **Bakgrund**

Vid vård av patienter ska det föras patientjournal. En patientjournal ska föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter.

### **Syfte**

Syftet med att föra en patientjournal är i första hand i 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

### **Regelverk**

Hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763) tydliggör vad som menas med vård och behandling.

Enligt Patientdatalagen (2008: 355) har sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut dokumentationsskyldighet och övriga yrkeskategorier har detta då uppgiften delegerats.

Socialstyrelsens föreskrifter Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008: 14)

Handbok till SOSFS 2008:14, informationsöverföring och journalföring

Arkivlagen (1990: 782)

Offentlighets och sekretesslag (2009:400)

### **Ansvar**

Den som för patientjournal ansvarar för sina uppgifter i journalen.

### **Personer som är skyldiga att föra patientjournal**

1. legitimerad personal
2. vård- och omsorgspersonal som utför delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder

### **Innehåll**

En journal skall innehålla

1. patientens identitet
2. väsentliga uppgifter om bakgrund till vården
3. uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder
4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder, och
5. uppgifter om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning.

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

Dokumentation av patientuppgifter ska även säkerställa att patientjournalen innehåller

- uppgifter om lämnade samtycken,
- uppgifter om patientens egna önskemål vad avser vård och behandling,
- de uppgifter som behövs för att tillgodose spårbarhet avseende de medicintekniska produkter som föreskrivits till, utlämnats till eller tillförts en patient,
- utfärdade intyg och remisser och andra inkommande och utgående uppgifter, samt
- uppgifter om vårdplanering

I patientjournalen ingår även upprättade och tillförda handlingar i pappersform t e x signeringslistor, läkemedelslistor, epikriser, fotografier mm.

Rättelse av felaktig journaltext sker i anslutning till felaktig anteckning i patientjournalen.

### **Förvaring**

Patientjournalen ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till den.

### **Språket i patientjournaler**

De journalhandlingar som upprättas inom hälso- och sjukvården ska vara skrivna på svenska språket, vara tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå för patienten.

Socialstyrelsen kan meddela undantag gällande språket, vilket ska framgå av förordnandet.

### **Journalanteckningar**

- Dokumentationen i patientjournalen ska ske så snart som möjligt
- Alla journalanteckningar ska vara signerade, om inte hela namnet skrivs ut skall signaturlista finnas. Signering ska ske så snart som möjligt.
- Vid namnangivelser ska yrkestitel och fullständigt namn anges
- Endast vedertagna förkortningar bör användas

### **Inre sekretess**

Den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om han eller hon deltar i vården eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården.

### **Sammanhållen journalföring/informationsöverföring**

Genom så kallade sammanhållen journalföring kan olika vårdgivare dela med sig av journaluppgifter till varandra. För att göra detta möjligt krävs patientens samtycke. Patientens samtycke till informationsöverföring mellan vårdgivare eller andra yrkeskategorier dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen.

Om en journalhandling eller avskrift eller kopia av handlingen har lämnas ut till någon, ska det dokumenteras i patientjournalen vem som fått handlingen, avskriften eller kopian och när denna har lämnats ut. Detta gäller dock inte utlämnande genom direktåtkomst.

**Nationella kvalitetsregister**

Patientuppgifter får inte behandlas i ett nationellt register om den enskilde motsätter sig detta. Innan registrering ska patienten få information om

1. rätten att när som helst få uppgifter om sig själv utplånade ur registret
2. i vilken utsträckning personuppgifter inhämtas från någon annan källa än från den enskilde själv eller dennes patientjournal och
3. vilka kategorier av mottagare som personuppgifter kan komma att lämnas ut till

**Rätt att ta del av uppgifter**

En journalhandling ska på begäran av patienten eller av dennes ställföreträdare så snart som möjligt tillhandahållas patienten för att läsas eller skrivas av på stället eller i avskrift eller kopia.

**Rättelse**

Patientuppgifter får inte utplånas eller göras oläsliga i en patientjournal.

**Förstörande av patientjournal**

På ansökan av patienten kan Inspektionen för vård och omsorg besluta om en journal helt eller delvis ska förstöras.

**Kontroll av elektronisk åtkomst**

Vårdgivaren ska göra systematiska och återkommande kontroller av loggar för att upptäcka om någon obehörig tagit del av uppgifter. Se lokal rutin.

**Arkivering**

Hälso- och sjukvårdsjournalen skall bevaras minst 10 år.  
Dokumenthanteringsplan ska finnas i varje kommun.

**Dataavbrott**

Se lokal rutin.

Reviderad 2014-06-25