

RIKTLINJE
 RUTIN

Dokumentnamn:				
Riktlinje hälso- och sjukvårdsdokumentation				
Framtagen av: Åsa Rydberg MAR Eva-Karin Stenberg, MAS	Gäller from: 2019-10-01	Gemensam med Regionen: <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej	Gäller egen regi: <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Gäller privat regi: <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Gäller intraprenad: <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Process hänvisning:
Godkänd av:	Gäller tom: <i>Ange datum eller skriv tillsvidare, lämna ej rutan tom</i>			
Uppdaterad av: Åsa Rydberg, MAR Eva-Karin Stenberg, MAS Anja Sönerstedt, MAS	Uppdateringsdatum: 2023-11-09			

Revisionshistorik

Datum för revidering och uppdatering	Beskrivning
2023-05-26	Uppdatering av text under rubriken 4.4 Fotografering/bilder
2023-11-09	Förtydligande om "Öppen retur"

Revisionshistorik.....	1
1. Syfte och mål med riktlinjen	2
2. Vad är en patientjournal?.....	2
3. Målgrupper/berörda.....	3
4. Patientjournalens innehåll.....	3
4.1 En patientjournal ska alltid innehålla:.....	3
4.2 Följande uppgifter ska antecknas när de förekommer:	4
4.3 Dokumentationsprocessen	4
4.4 Fotografier/bilder	5
4.5 Scanning	5
4.6 Telefonsamtal/samtal/rådgivning	5
4.7 Rättelse/Tillägg.....	5
4.8 Avslut av journalen	6
4.9 Skyddad identitet.....	6
5 Utlämnande av journalhandling	6

5.1 Till enskild person/ närstående.....	6
5.2 Till annan vårdgivare	6
6 Driftstopp	7
7 Hantering av journaler	7
7.1 Behörighet/åtkomst.....	7
7.2 Faxe journalhandling	7
7.3 Kontroll av behörighet/Loggar	7
7.4 Journalgranskning	7
8. Arkivering av patientjournal.....	8
8.1 Ansvar vid arkivering.....	8
8.1.1 Elektronisk journal	8
8.1.2 Journalhandlingar i pappersform	8
9. Ansvar	8
9.1 Verksamhetschef för hälso- och sjukvård	8
9.2 MAS/MAR	8
9.3 Enhetschef för leg. personal	9
9.4 Legitimerad personal.....	9
9.5 Studerande	9
9.6 Undersköterska/ rehabassistent i hemsjukvården samt demensteamet	9
9.7 Undersköterska övrig verksamhet.....	9
10. Referensdokument	9

1. Syfte och mål med riktlinjen

Syftet med riktlinjen är att förtydliga de krav som ställs genom lagar och kommunala beslut, på kommunal hälso-och sjukvårdsdokumentation i patientjournal.

Målet är att journalen ska ha en sådan struktur att den säkerställer en god och säker vård.

Strukturen ska göra det möjligt att i efterhand följa ett händelseförlopp.

2. Vad är en patientjournal?

Med journal avses i patientdatalagen (PDL) de anteckningar som görs och de handlingar som upprättas eller inkommer i samband med vården och som innehåller uppgifter om en patients hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden och vårdinsatser. Till patientjournalen hör även alla de dokument, intyg rapporter m.m. som kommer till den aktuella hälso-och sjukvårdsenheten eller som upprättas där. Även filmer, röntgenbilder, EKG-kurvor och fotografier är journalhandlingar.

Sammanhållen journalföring: Vårdgivaren får ta del av en annan vårdgivares uppgifter i samband med vården av en patient om uppgifterna rör en patient som vårdgivaren har en

aktuell patientrelation med och patienten samtycker till det. Kommunens leg. personal kan få ta del av anteckningar från Region Hallands journalsystem via Nationellt patientöversikt (NPÖ) För att få göra det krävs samtycke av patienten som ska dokumenteras i journalen. Samtycket uppdateras vid behov om patienten meddelar ändrad inställning. I dagsläget kan Region Hallands personal inte ta del av den kommunala patientjournalen via NPÖ.

3. Målgrupper/berörda

En journal upprättas för de patienter som tillhör den kommunala hälso-och sjukvården samt de som enligt avtal med Region Halland erhåller kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende (enstaka hembesök). Journalen upprättas av legitimerad personal som ansvarar för patienter inom hemvårdsförvaltningen, socialförvaltningen och utbildnings- och arbetsmarknadsförvaltningen.

Journal ska föras för varje patient. Gemensamma journaler för två eller flera patienter får inte förekomma.

Den som hanterar journalhandlingar ansvarar personligen för att dessa handlingar hanteras med respekt för patientens sekretess.

4. Patientjournalens innehåll

”En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten” (PDL).

- Journalen ska vara skriven på svenska språket, vara tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå för patienten.
- Patientuppgifter ska så långt som möjligt dokumenteras med hjälp av nationellt fastställda termer och begrepp, klassifikationer och övriga kodverk.
- Förkortningar och latinska ord bör undvikas i journalen.
- Innehållet i journalen ska utformas på ett sådant sätt att patientens integritet respekteras och ska vila på korrekt underlag.
- Om en patient anser att en uppgift i journalen är oriktig eller missvisande, ska detta antecknas i journalen
- En patient benämns ”patient” i journalen. Undvik att skriva namn. Vid refererade samtal med anhöriga ska namnet dokumenteras.
- Vid gemensamma hembesök med kollega (som inte kommer att dokumentera hela besöket i patientjournalen) ska kollegans titel, för- och efternamn dokumenteras.
- Journaluppgifter ska föras in i patientjournalen så snart det kan ske. I Halmstads kommun innebär det att leg. personal ska dokumentera i journalen under pågående arbetspass.

4.1 En patientjournal ska alltid innehålla:

1. Uppgifter om patientens identitet.
2. Väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården.
3. Uppgift om ställd diagnos och anledningen till mera betydande åtgärder.
4. Väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder.
5. Uppgift om den information som lämnats till patienten, dennes vårdnadshavare och övriga närstående och om de ställningstagande som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och möjlighet till en ny medicinsk bedömning samt,

6. Uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling.

4.2 Följande uppgifter ska antecknas när de förekommer:

- Aktuellt hälsotillstånd och aktuella vårdkontakter.
- Ordinationer av ex. läkemedel och olika behandlingar.
- Undersökningsresultat.
- Komplikationer av vård och behandling.
- Överkänslighet mot läkemedel eller vissa ämnen. Allvarlig överkänslighet dokumenteras under Varning.
- Vårdhygienisk smitta. Dokumenteras under Smitta.

- Ej HLR. Dokumenteras under Observera.
- ”Öppen retur”. Dokumenteras under Observera.

- Epikris och andra sammanfattningar av genomförd vård.
- Eventuellt vaccins batchnummer eller något annat identifikationsnummer.
- Lämnade och återkallade samtycken.
- Patientens egna önskemål vad avser vård och behandling.
- De uppgifter som behövs för att tillgodose spårbarheten avseende medicintekniska produkter som förskrivits till, utlämnats till eller tillförts en patient.
- Utfärdade intyg och remisser och andra inkommande och utgående uppgifter.
- Vårdplanering.
- Information om spärrade uppgifter.
- Riskbedömning för trycksår, fall, undernäring och munhälsa.

4.3 Dokumentationsprocessen

Hela omvårdnads/ rehabiliteringsprocessen ska dokumenteras:

- Problem
- Planerad behandling
- Mål/delmål
- Åtgärd
- Planerad uppföljning (datum ska anges)
- Måluppfyllelse/resultat.

Patienten har rätt att, så långt som möjligt, vara delaktig i de anteckningar som görs i journalen.

Följande journalanteckningar ska dokumenteras i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen:

Korttidsenheten leg. sjuksköterska

- På ankomstdagen ska ansvarig sjuksköterska göra en anteckning om hur patienten mår vid ankomst till boendet. Detta dokumenteras tillsammans med puls och blodtryck som tas på ankomstdagen. På ankomstdagen utförs och dokumenteras riskbedömning samt eventuella åtgärder beträffande fall och trycksår.
- Riskbedömning avseende munvårdsstatus och undernäring samt fullständigt status ska vara dokumenterade snarast inom en vecka.

- Riskbedömningen dokumenteras i Lifecare under ”Bedömningsinstrument”. Ev åtgärder dokumenteras i aktuell plan.

Hemsjukvård leg. sjuksköterska

- Vid inskrivning av ny patient där sjuksköterskan planerar in aktiva omvårdnadsinsatser skall uppgifter om puls, blodtryck, vikt och BMI dokumenteras upptill den övriga omvårdnadsprocessen inom en vecka (om inte patientens tillstånd kräver något annat).
- Riskbedömning och eventuella åtgärder för trycksår, fall, undernäring och munvårdsstatus dokumenteras snarast inom en vecka om inte patientens status kräver något annat.
- Riskbedömningen dokumenteras i Lifecare under ”Bedömningsinstrument”. Ev åtgärder dokumenteras i aktuell plan.

Hemsjukvården leg. fysioterapeut/sjukgymnast och leg. arbetsterapeut

- Vid inskrivning av ny patient med behov av aktiva rehabiliteringsinsatser ska leg. fysioterapeut/ sjukgymnast göra en bedömning av patientens balansförmåga och dokumentera det i journalen (om inte patientens allmäntillstånd kräver något annat).
- Vid inskrivning av ny patient som bor i ordinärt boende ska leg. arbetsterapeut göra en miljöbedömning av patientens hemmiljö och dokumentera det i journalen.

4.4 Fotografier/bilder

Fotografier/ bilder kan tillföras patientjournalen som ett bedömnings/utvärderingsverktyg i patientarbetet. Fotografier tas med hjälp av mobiltelefonens kamera och förs in i patientjournalen via funktionen ”infogade dokument” i Lifecare VoO. För att logga in i journalen på mobiltelefonen **krävs en personlig mobiltelefon** och tvåfaktorsinloggning. På korttidsenheten (då leg. personal inte har en personlig mobiltelefon) läggs bilder in i journalen med hjälp av digitalkamera (se rutin: Dokumentation av sår med bilder på korttidsenheten Bäckagård).

4.5 Scanning

Dokument (ex signeringslistor mm) kan scannas in och tillföras journalen om det kan ske på ett strukturerat, säkert sätt utan att informationen förvanskas. Målet är att det inte ska finnas någon pappersjournal (se arkivering).

4.6 Telefonsamtal/samtal/rådgivning

Alla samtal som gäller en patients vård och behandling ska dokumenteras i journalen. Uppgifterna ska innehålla vilken information som givits, datum och tidpunkt samt vem informationen har lämnats till eller hämtats från.

4.7 Rättelse/Tillägg

Rättelse av felaktig journaltext görs i journalen av den som har dokumenterat fel eller av den som upptäcker felet. Uppgifter i journalen får inte utplånas eller göras oläsligt.

Tillägg i journal får göras i nära anslutning till ursprungsdokumentationen och av samma person som skrivit ursprungsdokumentationen. I annat fall skapas en ny journalanteckning.

4.8 Avslut av journalen

När en patient inte längre är föremål för kommunal hälso- och sjukvård ska journalen avslutas. Leg. personal har ett gemensamt ansvar för att avslutande av journalen. Leg. personal ska även dokumentera *varför* journalen avslutas (se arkivering).

4.9 Skyddad identitet

Om patienten har skyddad identitet ska ”Riktlinje avseende skyddade personuppgifter” följas. Leg. personal tar kontakt med enhetschef för hälso- och sjukvården för fortsatt handläggning.

5 Utlämnande av journalhandling

5.1 Till enskild person/ närstående

Alla har rätt att muntligen eller skriftligen begära att få ta del av sin patientjournal. Alla får dock inte bifall på sin begäran då journalhandlingar omfattas av sekretess. Bedömningen om en journalhandling ska lämnas ut eller inte, måste alltid göras individuellt och ska innefatta en sekretessprövning (sk. menprövning). En menprövning innebär att det inte får finnas någon risk för att den enskilde och/eller närstående skulle kunna komma till skada eller lida men på grund av informationen i journalen. Om menprövningen visar att det föreligger hinder kontaktas MAS/MAR för fortsatt handläggning.

Då en enskild person eller närstående med samtycke/fullmakt från patienten begär att få ta del av en patientjournal ska ansvarig leg. personal göra en menprövning tillsammans med enhetschef för hälso- och sjukvård för att bedöma om journalen kan lämnas ut. Om det inte föreligger något hinder för utlämnande, dokumenterar ansvarig leg. personal i journalen vem journalen är utlämnad till, tidpunkt samt ändamålet. Utlämnande av begärda handlingar ska ske skyndsamt. Om journalen ska skickas via post ska detta ske med rekommenderat brev.

En patient som begärt ut att få ta del av sin journal ska erbjudas möjlighet att läsa journalen tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal.

Om patienten är avliden ska anhöriga inkomma med sitt önskemål till diariet. Antingen som ett brev till Hemvårdsförvaltningen eller via mail. Ärendet fördelas sedan till ansvarig verksamhetschef alternativt MAS/MAR.

God man har inte rätt att beställa sin kunds journal utan samtycke/fullmakt från kunden. En förvaltare har rätt att beställa från sin kunds journal utan samtycke.

5.2 Till annan vårdgivare

I de fall vården övertas av annan vårdgivare och hälso- och sjukvårdsbehovet kvarstår, ska epikris skrivas och skickas till mottagande vårdgivare, efter patientens samtycke. Om patienten motsäger sig att hens patientuppgifter förs vidare ska det dokumenteras i journalen.

6 Driftstopp

Vid strömavbrott och driftstopp av andra orsaker som innebär att verksamhetssystemet och journalerna inte är tillgängliga, ska dokumentationen föras på papper. Den tillfälliga journalanteckningen ska innehålla: namn och personuppgifter på patienten, datum och klockslag för händelsen/insatsen samt fullständigt namn på dokumenterande personal. Dokumentationen bör utformas enl. vedertagna sökord och följa dokumentationsprocessen. Informationen ska överföras till den elektroniska journalen så snart det är möjligt.

Vid misstanke om längre driftstopp kontaktas MAS/MAR samt verksamhetschef för HSL för att skapa en handlingsplan i det fortsatta arbetet.

7 Hantering av journaler

7.1 Behörighet/åtkomst

För att kunna läsa och /eller skriva krävs behörighet till verksamhetssystemet där patientjournalen utgör en del. Behörigheten är personlig och får därmed inte överlåtas till någon annan. Personal med behörighet får inte ta del av journalhandling gällande en patient som man inte har en behandlingsrelation med. Leg. personal har rätt att följa upp effekten sin ordination/behandling genom att läsa journalhandlingar, även om man inte längre har ett aktivt behandlingsansvar för patienten i den kommunala hemsjukvården (ex. efter helgarbete).

7.2 Faxe journalhandling

Man ska så långt det är möjligt undvika att skicka journalhandlingar via fax eftersom det finns en risk att handlingarna kan hamna fel. Då en journalhandling ska skickas via fax, ska ansvarig personal ringa upp mottagaren och meddela att ett fax ska skickas. Mottagarens faxnummer ska kontrolleras noga och mottagaren ska skyndsamt bekräfta att dokumentet har nått den mottagande enheten.

7.3 Kontroll av behörighet/Loggar

Vårdgivaren har i uppdrag att göra systematiska och återkommande kontroller av om någon obehörig kommer åt sådana uppgifter om patienter som förs helt eller delvis automatiserat. Vårdgivaren ansvarar för att det finns framtagna rutiner för hur dessa kontroller ska utföras. Genomförda stickprovskontroller ska sparas i tio år. MAS/MAR gör stickprovskontroller av loggar vid behov.

7.4 Journalgranskning

MAS/MAR gör årligen journalgranskningar i syfte att undersöka om journalföringen sker på ett säkert sätt och håller en god kvalitet samt att journaler förs i den omfattning som beskrivs i patientdatalagen.

Med jämna mellanrum ska all leg. personal genomföra kollegiala journalgranskningar. Ansvariga för dessa är verksamhetschefen för hälso- och sjukvården.

8. Arkivering av patientjournal

En journalhandling ska bevaras i tio år efter det att sista uppgiften dokumenterades. Kommunen är dessutom skyldig att följa särskilda bestämmelser angående arkivering av patientjournaler (se dokumenthanteringsplan). De journalhandlingar som inte går att tillföra den elektroniska journalen ska arkiveras. Inscannade dokument tillhör den elektroniska journalen och kan strimlas.

8.1 Ansvar vid arkivering

8.1.1 Elektronisk journal

- Då journalen ska stängas ska ansvarig leg. personal alltid skriva en epikris/slutanteckning samt dokumentera varför journalen avslutas.
- Därefter skrivs ett slutdatum i inskrivningsbilden. Journalen är därefter stängd.

8.1.2 Journalhandlingar i pappersform

- Leg. personal ansvarar för att de handlingar som inte kan tillföras den elektroniska journalen arkiveras. Innan arkivering tar man bort de dokument som inte är en originalhandling (minneslappar, receptblanketter etc.) samt ev. gem och plastfickor.
- Handlingarna läggs i ett kuvert som ska vara märkt med följande:
 - Kommunal hälso- och sjukvård
 - Patientens namn och personnummer
 - Datum är patienten avled/skrevs ut från hemsjukvården
 - Anledning till att handlingarna ska arkiveras (avliden, flyttat från kommunen, förändrat huvudmannskap)
 - Kuvertet läggs i ytterligare ett kuvert som klistras igen och skickas med internposten till receptionen på Södra vägen 5 (gäller hemvårdsförvaltningen).

Exempel på journalhandlingar kan vara gamla pappersjournaler; intyg, utlåtande, journalkopior från annan huvudman, specialanpassningar MTP, behandlingslistor, träningsprogram (om dessa inte är inscannade i patientjournalen).

9. Ansvar

9.1 Verksamhetschef för hälso- och sjukvård

- Att säkerställa att hälso- och sjukvårdspersonal är informerade om de bestämmelser som gäller för hantering av patientuppgifter och att nödvändiga rutiner finns framtagna och efterlevs.
- Ansvarar för att tillämpa egenkontroll av dokumentationen samt att riskanalyser fortlöpande utförs och dokumenteras samt redovisas till MAS/MAR.
- Att loggkontroll blir utförd.

9.2 MAS/MAR

- Ansvarar för att det finns riktlinjer gällande hälso- och sjukvårdsdokumentation.
- Att granska följsamhet till riktlinje för dokumentation.

- Göra stickprov på journalföring och redovisa resultatet i patientsäkerhetsberättelsen.

9.3 Enhetschef för leg. personal

- Att medarbetarna har tillräckligt med kompetens för att fullgöra dokumentationsplikten.
- Att den leg. personalen följer riktlinjer och rutiner för dokumentation
- Att genomföra egenkontroll av dokumentation för att kontrollera att dokumentationen är av god kvalitet.
- Att, tillsammans med verksamhetschef och MAS/MAR, upprätta en handlingsplan om ett driftstopp av den elektroniska journalen uppstår.

9.4 Legitimerad personal

- Att dokumentera enl. gällande riktlinje och rutin.
- Att delta i journalgranskning enl. rutin.
- Att tillhandahålla information till omsorgspersonal skriftligen men även muntligen vid behov.

9.5 Studerande

- Kan med överinseende av leg. personal göra anteckningar i journalen. Innan journalhandlingen signeras ska handledare/leg. personal läsa igenom texten och godkänna innehållet.

9.6 Undersköterska/ rehabassistent i hemsjukvården samt demensteamet

- Att dokumentera enl. gällande riktlinje och rutin.
- Att följa de anvisningar som leg. personal ger gällande hur dokumentationen ska utföras i patientjournalen.

9.7 Undersköterska övrig verksamhet

- Att dokumentera under sökordet Vårdbegäran när behov finns av att göra legitimerad personal uppmärksam på problem och behov i patientens status.
- Att ta del av legitimerad personals information som finns under sökordet HSL-uppdrag.
- Delegerade, instruerade och ordinerade insatser signeras i Signit.

10. Referensdokument

- [Hälso- och sjukvårdslagen \(2017:30\)](#)
- [Patientdatalagen \(2008:355\)](#)
- [Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården \(HSLF-FS 2016:40\)](#)
- [Offentlighets- och sekretesslagen \(SFS 2009:400\)](#)
- [Patientsäkerhetslagen \(SFS 2010:659\)](#)

Interna dokument

- Riktlinje avseende skyddade personuppgifter
- Riktlinje "Hemdok HSL", MAS MAR handbok, Halmstads kommun
- Dokumenthanteringsplan