

## Rutin för

## Journalföring hälso- och sjukvård

Dokumentnamn		Dokumenttyp	
Rutin för journalföring hälso- och sjukvård		Rutin	
Fastställt/upprättad	Version	Senast reviderad	Giltig till
2021-05-06	9	2021-12-01	2023-09-30
Dokumentansvarig/processägare		Beslutsinstans	
MAS och MAR		MAS och MAR	
Dokumentinformation			
Tillhör process Säkerställa journalföring hälso- och sjukvård			
Dokumentet gäller för			
Hemsjukvård			
Dokumentnummer			

## 1. Syfte

Att säkerställa att dokumentation genomförs på ett patientsäkert sätt och att plan finns för oförutsedda eller planerade driftstopp.

## 2. Ansvar

### **Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård**

- Att journal förs utifrån föreskrift om journalföring och patientdatalag

### **Enhetschef**

- Säkerställer inloggning för nyanställd leg. personal innan första arbetsdag
- Säkerställer rutiner för att introducera leg. personal i befintligt dokumentationssystem
- Upprättar enhetsrutin för förberedelser gällande driftstopp

### **Leg personal**

- Skyldig att föra journal
- Att dokumentationen är skriven på svenska och är tydligt utformad samt lätt att förstå för patienten
- Varje dokumentationstillfälle sker med egen inloggning
- Säkerställer att uppgifter finns i pappersformat som back up vid tex driftstopp av system
- Lämnar ut journaluppgifter till brukare vid efterfrågan efter menprövning
- Iordningställer journal för slutarkivering och avslutar journal i Viva

### **Dokumentationsombud**

- Övergripande ansvar att ge stöd inom sin yrkeskategori
- Deltar i dokumentationsforum med MAS och MAR

### **Omsorgspersonal**

- Dokumenterar väsentliga uppgifter gällande hälso- och sjukvårdsåtgärder som utförs på delegation och ordination från leg. personal.

## 3. Genomförande

### **Struktur**

Journalen ska vara strukturerat uppbyggd utifrån ICF, klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa samt KVÅ, klassifikation av vårdåtgärder.

### **Upprätta journal**

Leg personal mottar ett ärende och bedömer när det faller inom dennes ansvars område. Då upprättas journal.

Sjuksköterska upprättar även journal vid vårdkontakt med brukare med enbart larm.

### **Skyddade och tillfälliga personuppgifter**

Säkerställ att registrera personuppgifter på korrekt sätt för personer med skyddad identitet eller tillfälliga personuppgifter.

### **Tillfälliga personnummer/samordningsnummer**

Skriv in numret i systemet. Ändra numret när personen fått ett svenskt personnummer. Fortsätt i samma journal som tidigare.

### **Skyddade personuppgifter**

Kryssa i rutan för sekretess i HSL åtagandet. Endast huvudansvarig och medansvarig har tillgång till journalen.

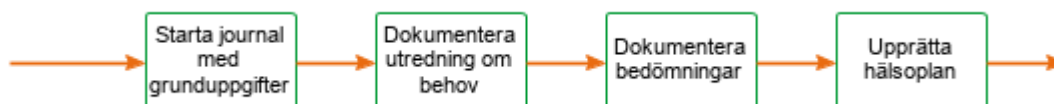
Upprätta pappersjournal om sekretessnivån för brukaren innebär att digital journal inte ska upprättas. Se bilaga pappersjournal.

### **Ansvarig för åtagandet**

Ange dig själv som huvudansvarig när du startar upp ett HSL åtagande.

Ange dig själv som medansvarig när du startar dina insatser i ett HSL åtagande som upprättats av någon annan.

### **Dokumentera rätt innehåll**



Varje legitimerad ska säkerställa att patientjournal innehåller följande<sup>1</sup>

- **Aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar**

Leg. personal anger konstaterad medicinsk diagnos i anamnes enligt journal /läkaruppgift och från vad (ex NPÖ) samt vem (läkare) detta inhämtats.

Dokumentera i "Tidigare sjukdomar" det som inte är verifierat under medicinska diagnoser det patienten själv eller företrädare ger för information om diagnos.

Ange aktuellt hälsotillstånd i status utifrån utredande åtgärder nedan.

- **Utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa**

Utredande:

Registrera åtgärder och ange också vilka bedömningsinstrument som eventuellt använts genom att "registrera bedömning". Att en bedömning är upprättad journalförs automatiskt.

<sup>1</sup> Föreskrift om journalföring HSLF-FS 2016:40

Behandlande:

Registrera "Plan" välj Hälsoplan. Ange mål och behandlande åtgärder.

- **Resultat av utredande och behandlande åtgärder**

Följ upp behandlande åtgärder i den upprättade Hälsoplanen och ange måluppfyllelse.

- **Ordinationer och ordinationsorsak**

Läkemedel:

Lägg in ordinationer direkt i Appva som ska signeras av delegerad personal. Detta behöver inte kommuniceras inom Viva.

*Ordination av läkemedel DT026*

Ange beredningsform, namn, styrka, dos och starttid samt vilken läkare som ordinerar. Avsluta med ordinationsorsaken.

*Läkemedelstillförelse från sjuksköterska - Det finns flera KVÅ beroende på typ av administrationssätt (11 st.) under "Åtgärder kopplade till läkemedel". Namn, styrka och dos ska anges.*

*Läkemedelsdispensering QT002 – iordningställande av dosett med mera Dokumentera de läkemedel du iordningställer till delegerad personal, t e x dosett och vid behovsläkemedel e t c. Namn, styrka, dos, datum och tid för iordningställandet.*

Övriga ordinationer:

Lägg in de ordinationer som ska signeras, oavsett delegering eller inte, direkt i Appva. Ge korta och tydliga instruktioner där.

För de uppgifter som kräver mer omfattande instruktioner (ex förflyttningar) kommuniceras det genom att registrera "Patient/brukarmeddelande" i HSL åtagandet. Se också avsnittet om att dela dokumentation mellan HSL och SoL/LSS.

Registrera "Patient/brukarmeddelande" för ordinationer som inte ska signeras.

- **Slutanteckningar och andra sammanfattningar**

Registrera "Slutanteckning" vid "Administration kommunspec" när brukare flyttar eller åtagandet avslutas.

Registrera *DT006 Omhändertagande av avliden* när åtagandet ska avslutas p g a dödsfall.

- **Överkänslighet för läkemedel och vissa ämnen**

Dokumentera under "Uppmärksamhetsinformation".

- **Komplikationer vid utförd vård och behandling**  
Dokumentera biverkningar av läkemedel eller skador som uppstått i samband med andra behandlande åtgärder. Skador ska också registreras som avvikelser.
- **Vårdrelaterade infektioner, VRI**  
Dokumentera vårdrelaterade infektioner i Status.  
UVI med eller utan KAD, sårinfektion, clostridium, virusorsakad magsjuka, influensa, covid19, annan infektion.
- **Samtycken och återkallande av samtycken**  
Dokumentera alltid inhämtat samtycke. Välj "Redigera". Kryssa i aktuell ruta i åtagandet.  
Dokumentera alltid återkallande av samtycke genom att redigera på samma sätt.  
  
Samtycke blankett se bilaga. Underskrift krävs dock inte från brukare. Muntligt samtycke gäller också.
- **Medicinska produkter som förskrivits, utlämnats eller tillförts till en patient**  
Dokumentera tekniska hjälpmedel under Omgivningsfaktorer.
- **Patientens önskemål om vård och behandling**  
*XS007 Konferens med patient*  
Dokumentera patientens önskemål.  
Mål överenskommes med patienten och upprättas i Hälsoplan.
- **Intyg, remisser och annan relevant information, in och utgående information**  
Dokumentera "Administrativa åtgärder".
- **Deltagande i vårdplanering , medicinsk vårdplanering, SIP**  
Dokumentera under "Övriga åtgärder/Planer".

## Säkerställa samtycke gällande information från journal

### Samtycke

Informera brukare om vad samtycke innebär och för vilka situationer verksamheten kommer att fråga om samtycke. Skriftlig information är grundläggande. Se bilaga.

### Integrerad verksamhet - särskilt boende och gruppboende LSS

Delge omsorgspersonal behörighet till HSL åtagandet i journalsystemet. Undantag är när brukaren har egenvård.

Information utifrån dokumenterade uppgifter i patientjournal får ges till biståndshandläggare utan samtycke från brukare. Leg. personal avgör vilken information som utlämnas.

Följ ViS riktlinjer gällande utskrivningsklara patienter.

### **Ej integrerad verksamhet - Hemvård, LOV hemtjänst privat, personlig assistans och daglig verksamhet (DV)**

För att delge omsorgspersonal behörighet till HSL åtagandet i journalsystemet krävs samtycke från brukaren. Se bilaga.

I det fall brukare inte samtycker, säkerställs muntlig rapportering och vid behov skriftliga instruktioner (arbetsmaterial) från leg. personal till omsorgspersonal gällande ordinationer. Säkerställ att omsorgspersonal rapporterar väsentlig information muntligt och tvärtom.

Följ ViS riktlinjer gällande utskrivningsklara patienter.

### **Dela dokumentation mellan HSL och SoL/LSS**

Registrera "Patient/brukarinformation" i HSL åtagandet. Fyll i de uppgifter som behövs och skicka. Uppmärksamma det som kommunicerats på motsvarande sätt från SoL/LSS genom att bevaka "Inkorgen". Väsentliga uppgifter ska journalföras av leg. personal då dessa meddelanden inte journalförs.

### **Aktivitetslista**

Skapa alltid aktivitetslista för att kunna se den dokumentation som gjorts sedan senaste arbetspasset.

Välj Aktivitetslista/Enhet/Avdelning. Se manual i Viva.

### **Rätta fel i journal**

Den som skrivit fel text i journal, eller den som upptäcker fel, rättar den felaktiga journaltexten genom att använda "Korrigera" i HSL åtagandet. Den gamla anteckningen finns då kvar. Vid förväxling av patient ska samma förfarande ske. Kollega som upptäcker felaktighet ska snarast rätta felet när den som gjort den felaktiga anteckningen inte är i tjänst.

### **Dokumentera avvikelse**

Dokumentera kortfattat om händelse du fått rapport om eller själv bevittnar och vilken direkt åtgärd som leg. personal vidtog för att säkra hälsotillståndet för brukaren. Resterande information ska framgå vid registrering av avvikelser. Eventuella komplikationer, se avsnitt "Dokumentera rätt innehåll".

I journal skapas automatiskt anteckning om att avvikelse är registrerad, utreds och följs upp när dessa delar skapas vid registrering av avvikelse.

### **Granska journaler**

Regelbunden granskning av innehållet ska utföras i verksamheterna med stöd av MAS och MAR.

## Begäran om utlämnande av journal

### Brukaren

Brukaren har som huvudregel alltid rätt att få läsa sin egen journal, men det krävs en så kallad menprövning. Detta för att säkra att det inte förekommer uppgifter i journalen som kan skada brukaren. Vissa uppgifter kan behöva maskas. Vid tveksamheter ska MAS/MAR kontaktas. Lämna skyndsamt ut kopia på delar av journal eller hela beroende på vad som efterfrågas

Brukaren har rätt att få kopia på sin journal gratis en ggr/år. Om begäran utöver detta inkommer, informera brukaren om avgift; sid 1-9 gratis, sid 10 kostar 50:- därefter 2:-/sida (dubbelsidig utskrift = två sidor).

### Anhörig och företrädare

Annan person än brukaren själv har rätt att begära ut en journalhandling då dessa är allmänna handlingar. Om en sådan begäran inkommer ska den legitimerade personalen inhämta samtycke hos patient för detta, om den uppenbarligen inte redan är lämnad till anhörig eller företrädare från brukaren. Därefter görs en menprövning av samma anledning som ovan.

Anhörig och företrädare betalar för kopior enligt taxan beskriven ovan.

### Myndigheter

Leg. personal är skyldig att lämna ut uppgifter till olika myndigheter<sup>2</sup> när det gäller uppgifter

- om någon vistas på en sjukvårdsinrättning
- för personskydd för vissa statstjänstemän och vid statsbesök
- för personskydd som behövs för en rättsmedicinsk undersökning
- när Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor behöver för sin verksamhet,
- som behövs för prövning av ett ärende om att avskilja en studerande från högskoleutbildning eller polisprogrammet
- som behövs för prövning av någons lämplighet att ha körkort, traktorkort eller taxiförarlegitimation enligt taxitrafiklagen.

### Utlämnandet

#### Till brukaren

Vid personligt besök, via brev, e-post, telefon eller ombud. Ansvarig för att lämna ut kopia på journalen är i första hand ansvarig legitimerad personal som har patientkontakt.

Uppgifter kan lämnas ut som kopia eller genom att brukaren får läsa patientjournalen på plats. Brukaren ska erbjudas hjälp vid läsningen. Här tas ingen avgift ut om kopiorna inte behålls av patienten. Skickas handlingarna per post rekommenderas

---

<sup>2</sup> Domstol, en åklagarmyndighet, Polismyndigheten, Säkerhetspolisen, Kronofogdemyndigheten eller Skatteverket

brevet med mottagningsbevis. Inbetalningskort märkt med summa och organisationsnummer samt senaste betalningsdag bifogas handlingarna. Inbetalningskortet scannas sedan och mejlas till ekonomikontoret för att de ska ha koll på varifrån inbetalningen kommer och vart den ska.

Den som lämnar ut en journalkopia ska dokumentera detta i journalen samt att en menprövning gjorts.

#### Till anhörig eller företrädare till brukaren

Uppgifterna kan lämnas ut enligt samma rutin som ovan, till brukaren.

#### Till myndighet

Enligt myndighetens anvisningar.

#### **Utlämnande till annan vårdgivare**

I dessa fall måste patienten lämna sitt samtycke. Det ska framgå av journalanteckning vem som får kopian, när den lämnats ut och från vilken del av journalen utskriften är gjord.

#### Sammanhållen journalföring

Efter samtycke från brukaren kan sammanhållen journalföring tillämpas. Detta innebär läsbehörighet till brukarens journaluppgifter i annan vårdgivares dokumentationssystem eller i NPÖ.<sup>3</sup>

#### **Jourorganisationens journalföring**

En vårdgivare (i detta fall socialnämnden) får inte dokumentera i extern vårdgivares journal, även om nämnden behåller hälso- och sjukvårdsansvaret hos den andra vårdgivaren jourtid.

Vårdgivaren (socialnämnden) får heller inte dokumentera i extern vårdgivares journal även om det skulle vara samma jourorganisation som arbetar för de bägge vårdgivarna.

Kontakta MAS om vilka möjliga rutiner som kan tillämpas varje gång en ny jourorganisation anlitas.

### **Förvara och iordningställa journal innan arkivering**

#### **E-arkiv**

I väntan på den färdiga utvecklingen av e-arkiv i kommunen görs enligt följande.

#### **Pappersförvaring**

Förvara eventuella pappersdokument i brandsäkert låst skåp. Förvara nycklar i kodsäkert skåp.

---

<sup>3</sup> Nationell patientöversikt



## Avsluta och arkivera 5, 15, 25

Skriv ut journal inklusive hälsoplaner och bedömningar från Viva på brukare födda dag 5, 15 och 25. Se bilaga. Bifoga pappersjournalens dokument och signeringslistor från Appva. Placera allt i aktomslag som finns enligt rutiner på enheten. Skriv personnumret överst till höger.

Ordning:

- Slutanteckning om journalens avslutande
- Allmänna uppgifter och varningar/uppmärksamhetsinformation
- Utredning av behov, bedömningar och hälsoplaner, uppföljningar
- Övriga journalanteckningar
- Remisser och remissvar, intyg
- SIP, annan samordnad planering
- Läkemedelslistor
- Signeringslistor från Appva

### Avsluta åtagandet i Viva.

Samla ihop enhetens iordningställda journaler flera gånger per år. Kontakta administrativa enheten inom Vård och omsorgskontoret för överenskommelse om leverans till arkiv.

### Avsluta och arkivera övriga

Avsluta åtagandet. Viva ansvarar för gallring 10 år efter sista anteckning. Pappersjournal: Förvara den som arkiverad i arkivskåp på enheten. Ha rutin för organisering av detta i själva skåpet. Detta gäller tills vidare innan besked finns om scanning till journal eller e-arkiv i kommunen.

## Driftsstopp

### Förbered pappersdokument

Säkerställ att grundläggande information i pappersformat alltid finns tillgängligt, se bilaga.

Enhetsrutin ska beskriva hur hanteringen sker. För kortvariga insatser krävs inte denna back-up.

### Planerade längre driftstopp

Leg. personal samråder med varandra om vilken övrig dokumentation som ska skrivas ut i pappersform för att säkra den medicinska vården.

### Dokumentation vid driftstopp

Varje yrkeskategori dokumenterar på ett eget journalblad. Se bilaga.

För över anteckning från journalbladet till datajournalen efter avslutat driftstopp. Ange den tid då anteckningen gjordes i första skedet.

När någon annan än den som gjort anteckningen för över informationen i datajournalen, ska det anges i anteckningen vem som skrivit den.

## 4. Bilagor

Samtycke hälso- och sjukvårdsjournal

Skriva ut hälso- och sjukvårdsjournal 5, 15 och 25 i Viva

Blanketter vid driftstopp:

Allmänna uppgifter journal

Journalanteckningar

Hälsoplan

## 5. Referenser

Offentlighet och sekretesslag, SFS 2009:400

Patientlag, SFS 2014:821

Patientdatalag, SFS 2008:355

Föreskrift om journalföring, HSLF-FS 2016:40