

Dokumentation

Diarienummer: VON 2025/1177

Beslutad av: Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Beslutdatum: 2025-07-03

Gäller för: Verksamheter där vård- och omsorgskontoret har ett hälso- och sjukvårdsansvar inklusive privat vårdgivare

Ansvarigt kontor för uppföljning: Medicinskt ansvariga, Vård-och omsorgskontoret

Dokumentet ersätter: VON F 2017/00430

Vård- och omsorgskontoret



norrkoping.se



NORRKÖPING

1. Inledning	1
2. Skyldighet att föra patientjournal	1
3. Ansvar	2
3.1 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)	2
3.2 Verksamhetschef enligt HSL.....	2
3.3 Hälso- och sjukvårdspersonal.....	2
4. Instruktioner.....	3
4.1 Journalföring	3
4.2 Hälsoärende.....	4
4.3 Telefonförfrågning.....	4
4.4 Avvikelsehantering.....	4
4.5 Signaturförtydligande	5
4.6 Tystnadsplikt och olovligt tillträde till patientuppgifter	5
4.7 Samtycke	5
4.8 Patientens integritet	5
4.9 Språkbruk.....	5
4.10 Rättelse eller förstöring av patientuppgifter	6
4.11 Rättighet att läsa och/eller få kopia på sin egen journal	6
4.12 Rättighet att läsa och/eller få kopia på annans journal	6
4.13 Säkerhetsrutiner för dokumentation i datorjournal	7
4.13.1 Oförutsett driftstopp.....	7
4.13.2 Planerade driftstopp	7
4.13.3 Dokumentation vid driftstopp av digital journal.....	7
5. Journalhantering.....	8
5.1 Förvaring.....	8
5.2 Informationshanteringsplan och arkivering	8
5.3 Upphörande av verksamhet.....	8
6. Kvalitetsregister	8
7. Egenkontroll.....	8

1. Inledning

Bestämmelser om hur journalföringen ska göras finns reglerat i patientdatalagen¹ och i Socialstyrelsens föreskrifter². Enligt patientdatalagen utgör en journal alla handlingar och anteckningar som upprättas i samband med undersökning, vård och behandling och som rör patientens hälsotillstånd och de åtgärder som planeras eller genomförs.

2. Skyldighet att föra patientjournal

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att föra patientjournal för de patienter som bor i kommunens särskilda boendeformer och för de som får hemsjukvård i ordinärt boende. Samma skyldighet gäller även vid vistelse på kommunal dagverksamhet och daglig verksamhet.

Skyldigheten att dokumentera gäller vid individuellt inriktade bedömningar och åtgärder rörande undersökning, vård och behandling samt vid dödsfall. Dokumentationen ska utföras i anslutning till genomförd bedömning eller åtgärd och ska signeras i verksamhetssystemet.

Syftet med patientjournalen är att den ska vara en informationskälla för patienten och att säkerställa att patienten får en god och säker vård. Patienten har även rätt att införa en avvikande mening i journalen.

Anteckningar ska föras för varje enskild patient och vid varje kontakt gällande vård, undersökning eller behandling. Detta gäller även vid telefonrådgivning. Endast uppgifter som är väsentliga för den enskildes hälso- och sjukvård och tandvård ska dokumenteras. Hälso- och sjukvårdspersonal har ett personligt ansvar för att föra journal och därför ska det alltid framgå av vem och när uppgifterna har dokumenterats. Endast den personal som är direkt inblandad i vården av den enskilde har rätt att ta del av en journalhandling.

¹ Patientdatalagen 2008:355

² Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården 2016:40

3. Ansvar

3.1 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

MAS och MAR är ansvariga inom sina respektive ansvarsområden för att det inom kommunens hemsjukvård, särskilda boendeformer, dagverksamhet och daglig verksamhet förs journaler i den omfattning som föreskrivs i lag.³ Detta innebär att MAS och MAR ansvarar för att det finns utarbetade riktlinjer för journalföring och att följa upp att dessa följs i verksamheten. Direktiv finns på Norrköpings kommuns intranät.

3.2 Verksamhetschef enligt HSL

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård ansvarar för att de riktlinjer som är fastställda av MAS och MAR, är väl kända i verksamheten. Verksamhetschefen ansvarar för att rutiner i verksamheten upprättas utifrån riktlinjen och har även ansvar för att rutinen är känd, efterlevs och följs upp i det dagliga arbetet. Verksamhetschefen ska säkerställa att all personal har de förutsättningar som krävs för att kunna utföra dokumentationen på ett säkert sätt, exempelvis kunskap, tid och material.

3.3 Hälso- och sjukvårdspersonal

Enligt lag⁴ har legitimerad personal skyldighet att föra journal⁵. Journalen ska så långt som det är möjligt upprättas i samråd med den enskilde. Om den enskilde tar eget ansvar för sin hälso- och sjukvård ska detta dokumenteras i patientjournalen. Förändringar i personens hälsotillstånd som är av vikt för att omvårdnadspersonalen ska kunna utföra sitt arbete på rätt sätt, ska dokumenteras så att omvårdnadspersonalen på ett enkelt sätt kan ta del av informationen.

I patientjournaldelen ska all dokumentation som sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeut är skyldiga att föra enligt lag utföras.

³ Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30, Patientdatalagen 2008:355, Patientsäkerhetsförordningen 2010:1369

⁴ Patientsäkerhetslagen 2010:659

⁵ Patientdatalag 2008:355 kap 3:3 och 4§§

- Icke legitimerade personal måste föra patientjournaler när:
 - personal inom hälso- och sjukvården biträder en legitimerad yrkesutövare
 - personal inom hälso- och sjukvården som deltar i vården av en patient och har kännedom om uppgifter som har betydelse för patientens fortsatta vård och behandling.
- Sjuksköterskan har huvudansvaret för att en patientjournal upprättas för personer som bor i särskilt boende eller vistas på biståndsbeslutad dagverksamhet/dagligverksamhet.
- I hemsjukvård ansvarar den legitimerade som först får kontakt med patienten för att upprätta en patientjournal.

4. Instruktioner

4.1 Journalföring

Vård- och omsorgskontorets patientjournal är en integrerad del av kommunens verksamhetssystem. Vissa dokument räknas som journalhandling men förvaras utanför den digitala journalen, analogt. Patientjournalen är av grundläggande betydelse för vård- och behandlingsarbetet inom hälso- och sjukvården inklusive tandvården. Att åtgärder dokumenteras kan vara helt avgörande för patientsäkerheten. Patientjournalen är främst ett arbetsinstrument för den som ansvarar för patientens vård.

En patientjournal ska vara sammanhållen av journalhandlingar som rör samma patient och innehålla väsentliga uppgifter. Uppgifterna ska vara entydiga och vårdförloppet ska kunna följas systematiskt i journalen. För att försäkra sig om att uppgifterna är entydiga ska Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) samt Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) användas vid journalföring.

Enligt Patientdatalagen (2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (2016:40) ska journalen innehålla följande;

- Väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården.
- Uppgifter om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder.
- Väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder.
- Uppgifter om den information som patienten har fått och om de ställningstaganden som har gjorts i fråga om val av

behandlingsalternativ och möjligheten att få en ny medicinsk bedömning.

Patientjournalen ska också innehålla uppgifter om

- namn, personnummer och adress,
- namn och befattning på den person som svarar för en viss journaluppgift,
- tidpunkten för varje vårdkontakt,
- aktuellt hälsotillstånd, ordinationer om exempelvis behandlingar, förskrivningsorsaker, undersökningsresultat, smitta och epikriser som berör den medicinska omvårdnaden,
- patienten har en överkänslighet som innebär en allvarlig risk för dennes liv eller hälsa,
- lämnade samtycken,
- patientens egna önskemål,
- medicintekniska produkter som förskrivits, utlämnats, tillförts eller avförts från en patient,
- utfärdade intyg och remisser,
- vårdplanering.

Dokumentationen i patientjournalen ska beskriva vårdens planering, genomförande och resultat.

4.2 Hälsöärende

Hälsöärende startas för att hålla samman journalanteckningar/åtgärder som hör till ett och samma problem. Ett hälsöärende innehåller en problemformulering, mål, planering och åtgärder.

4.3 Telefonförfrågning

Telefonsamtal från patient/närstående/personal som resulterar i att vård och behandling påbörjats ska alltid dokumenteras i den patientjournalen i verksamhetssystemet. Den hälso- och sjukvårdspersonal som mottagit telefonförfrågan avgör själv vad som ska dokumenteras.

4.4 Avvikelsehantering

Avvikelse ska dokumenteras enligt riktlinjer och rutiner för avvikelsehantering.

4.5 Signaturförtydligande

All legitimerad och delegerad personal ska dokumentera sitt personnummer, namn, signatur och befattning på, av MAS framtagen, lista "Signaturförtydligande". Den ifyllda listan ska sparas på enheten som en administrativ handling i 10 år för att ge möjlighet till identifiering och spårbarhet. Vid upphörande av enhet ska listorna sändas till mellanarkivet, vård- och omsorgskontoret, för att där bevaras i totalt 10 år. Listan finns på Norrköpings kommuns intranät och externa hemsidan.

4.6 Tystnadsplikt och olovligt tillträde till patientuppgifter

All personal inom hälso- och sjukvården har tystnadsplikt. Det innebär att uppgifter som rör patientens sjukdom eller behandling och personliga förhållanden skyddas av sekretess. Enbart den hälso- och sjukvårdspersonal som är engagerade i vården av patienten har rätt att ta del av journalen. Ett olovligt efterforskande i ett journalsystem kan vara straffbart enligt straffbestämmelser om dataintrång. Även läsning i utbildningssyfte räknas som dataintrång. I de fall uppgifter behöver lämnas ut till andra än de som vårdar patienten ska patienten alltid ha lämnat sitt medgivande. Sekretess hindrar inte att uppgifter lämnas ut till vissa myndigheter.

4.7 Samtycke

Samtycke hanteras enligt riktlinje "inhämtande av samtycke" upprättat av MAS och MAR i Norrköpings kommun och finns på Norrköpings kommuns intranät och externa hemsidan.

4.8 Patientens integritet

Patientjournalen ska föras på ett sådant sätt att patientens integritet bevaras. Uppgifterna ska vara korrekta och väl underbyggda och inte innehålla subjektiva värdeomdömen. Ovidkommande uppgifter ska undvikas.

4.9 Språkbruk

Journalhandlingen ska vara skriven på svenska, vara tydligt utformad och så långt som möjligt förståelig för patienten⁶. Fackuttryck får användas för att uppfylla kraven på tydlighet men förkortningar ska undvikas.

⁶ Patientdatalagen 2008:355 kap 3 13§

4.10 Rättelse eller förstöring av patientuppgifter

Uppgifter i patientjournalen får inte utplånas eller göras oläsliga⁷. En rättelse ska göras så att den ursprungliga texten fortfarande går att läsa. Vid rättelser ska det anges när rättelsen har skett och vem som har gjort den. På ansökan av patienten eller någon annan som omnämns i en patientjournal får Inspektionen för vård och omsorg besluta att patientjournalen helt eller delvis ska förstöras. Förutsättningarna för detta är att det finns godtagbara skäl för ansökan, att patientjournalen eller den del av den som ansökan avser inte behövs för patientens vård och att det från allmän synpunkt inte finns skäl att bevara patientjournalen. Innan ansökan slutligt prövas får den som ansvarar för en journalhandling som omfattas av ansökan ges tillfälle att yttra sig⁸.

4.11 Rättighet att läsa och/eller få kopia på sin egen journal

Patienten har rätt att läsa sin journal om det inte bedöms att hon eller han kan skadas eller att behandlingen skulle kunna bli lidande. Sjuksköterskan ansvarar för att bedöma om en kopia på journalhandlingar ska lämnas ut till patienten. I sjuksköterskans ansvar ingår att inhämta uppgifter för bedömningen av andra legitimerade yrkesgrupper.

Verksamhetschef/områdeschef ansvarar för att beslut om utlämnande sker så snart som möjligt om inte det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är viktigt att uppgiften inte lämnas till honom eller henne⁹.

4.12 Rättighet att läsa och/eller få kopia på annans journal

Den som tar ställning till om en journal får läsas eller lämnas ut till annan person än patienten ska i första hand inhämta samtycke, i andra hand används sekretessbrytande bestämmelse och i sista hand görs menprövning;

1. **Samtycke** - medgivande från den det berör.
2. **Sekretessbrytande bestämmelse** - en bestämmelse som innebär att en sekretessbelagd uppgift får lämnas ut under vissa förutsättningar, t ex. vid smittsamma sjukdomar.

⁷ Patientdatalagen 2008:355 kap 3 14§

⁸ Patientdatalagen 2008:355 kap 8 4§

⁹ OSL SFS 2009:400 kap 25 6§

3. **Menprövning** - den som tar ställning till om en uppgift får lämnas ut till annan person än patienten, bör ta reda på vad uppgiften ska användas till för att kunna utföra en menprövning. En menprövning innebär att det inte får finnas någon risk att patienten eller närstående kan komma att lida men på grund av informationen. Sekretess gäller inte om det är klart att en uppgift kan lämnas ut utan att den enskilde eller någon närstående lider men.

Utlämnande av kopia eller avskrift ska dokumenteras i patientjournalen och signeras. Dokumentationen ska innehålla vem som har fått kopian, vad kopian omfattar, när den lämnades ut och vem som har lämnat ut kopian.

4.13 Säkerhetsrutiner för dokumentation i datorjournal

4.13.1 Oförutsett driftstopp

När en person flyttar till särskilt boende eller får insatser insatta från hemsjukvården ska tjänstgörande sjuksköterska ansvara för att ett aktuellt personkort med adekvata uppgifter finns utskrivet. Den sjuksköterska som tar emot en ändring avseende innehållet i personkortet ska se till att en ny aktuell papperskopia finns utskriven. I de fall inom hemsjukvården då endast legitimerad personal för rehab är involverade i patientens vård och behandling ansvarar de för utskrift samt förändringar på personkortet.

4.13.2 Planerade driftstopp

Sjuksköterskan ska i samråd med arbetsterapeut och fysioterapeut besluta vilken dokumentation som ska skrivas ut i pappersform för att säkra den medicinska vården. Dessa tillfälliga utskrifter ska förstöras efter avslutat planerat driftstopp.

4.13.3 Dokumentation vid driftstopp av digital journal

Vid driftstopp av digital patientjournal ska dokumentationen utföras på journalpapper och signeras enligt patientdatalagen. Journalblad vid driftstopp som finns på Norrköpings kommuns intranät och externa hemsidan ska skrivas ut så att exemplar finns på enheten vid oförutsett driftstopp. Dokumentationen är en originalhandling och ska förvaras enligt punkt 5.1. Hälso- och sjukvårdspersonal ska helst omgående, dock senast inom tre dygn efter avslutat driftstopp, föra in sin egen dokumentation i digital journal.

Om en sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut inte är tillbaka i tjänst inom tre dygn i verksamheten och därför inte kan föra in sina journalanteckningar i digital journal ska den sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut som tjänstgör på den fjärde arbetsdagen föra in anteckningarna med tillägg att anteckningen skrivs in av kollega.

5. Journalhantering

5.1 Förvaring

Varje journal ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte har tillgång till patientjournalen. De delar av patientjournalen som förekommer i pappersform ska förvaras inlåsta i brand- och vattensäkert skåp.

5.2 Informationshanteringsplan och arkivering

Informationshanteringsplan och rutin för arkivering finns på Norrköpings kommuns intranät och externa hemsidan.

5.3 Upphörande av verksamhet

När en enskild verksamhet inte ska drivas vidare ska vårdgivaren se till att patientjournalerna som finns i verksamheten tas om hand på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem. Hälso- och sjukvårdsjournalerna ska skrivas ut, gallras och skickas till stadsarkivet enligt informationshanteringsplan och rutin för arkivering.

6. Kvalitetsregister

Med kvalitetsregister¹⁰ menas en samling av personuppgifter som inrättats för att utveckla och säkra vårdens kvalitet. Innan personuppgifter behandlas i ett kvalitetsregister ska patienten få information om rätten att när som helst få uppgifter om sig själv utplånade ur registret. Information ska också ges om uppgifter inhämtas från någon annan källa och vilka kategorier av mottagare som personuppgifterna kan komma att lämnas ut till. Om patienten inte vill att personuppgifterna behandlas i ett kvalitetsregister får så inte ske.

7. Egenkontroll

Egenkontroll ska utföras i verksamheten, med syftet att granska att dokumentationen följer Patientdatalagen (2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av

¹⁰ Patientdatalagen 2008:355 kap 7

personuppgifter i hälso- och sjukvården (2016:40). Om kollegial granskning utförs ska hänsyn tas till sekretess, och aidentifiering av journaluppgifter kan därför vara nödvändigt innan granskning utförs.

Loggkontroller ska utföras enligt rutin för loggkontroller.