



SÖDERKÖPING.SE

Dokumentansvarig; MAS	Dok.nr./ Förvalt. 2011:118:7 / SOC	Dokumentnamn; Riktlinje informationshantering och journalföring i kommunal hälso- och sjukvård	
Upprättad/reviderad av; Åsa Carlsson, Ulla Lundström		Upprättad/reviderad dat; 2018-06-20, 2011-03-14, 2021-07-07	Revideras; 2025-11-30 Sida; 1 av 5

Riktlinje informationshantering och journalföring i kommunal hälso- och sjukvård

Syfte Säkra informations- och journalhantering i Söderköpings kommuns hälso- och sjukvård
Ansvarig i verksamheten Chef och sjuksköterska
Stöddokument <ul style="list-style-type: none">• dokumenthanteringsplan på intranätet• Gallringsrutin för socialförvaltningen• Samtycke HSL- LSS• Riktlinje samtycke sammanhållen journalföring• Utlämnande av HSL-journal sekretesskyddade uppgifter

Patientjournal – definition

Med patientjournal menas dokumentation och handlingar som upprättats eller inkommer i samband med vården och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd och/eller vårdåtgärder eller andra personliga förhållanden. Journalhandling kan uttryckas i skrift, bild eller annan upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas med tekniska hjälpmedel.

Skyldighet att föra patientjournal

Vid vård, diagnostik, undersökning och behandling av patient inom hälso- och sjukvård ska patientjournal föras. Journal ska föras för varje enskild patient och får inte vara gemensam för flera patienter.

Legitimerade yrkesutövare, personer som har särskilt förordnande att utöva ett visst yrke eller personer som biträder legitimerad yrkesutövare t ex vårdpersonal som utför kommunal hälso-



och sjukvård, är skyldiga att föra journal. Var och en som för patientjournal ansvarar för sina uppgifter i journalen.

Rutiner för journalföring

Vårdgivaren (socialnämnden) är skyldig att upprätta rutiner för hur patientuppgifter ska dokumenteras i patientjournalen. Dokumentation av patientuppgifter ska så långt som möjligt utgå från nationella begrepp och termer, klassifikationer och övriga kodverk. Rutinerna för dokumentation av patientuppgifter ska även säkerställa att patientjournalen kan utgöra ett underlag för uppföljning av vårdens resultat och kvalitet.

Patientjournalens innehåll

En patientjournal skall innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Uppgifterna skall föras in i journalen snarast möjligt. En utförlig omvårdnadsdokumentation med utgångspunkt i ankomstsamtalet ska upprättas skyndsamt efter inflyttning i särskilt boende. Patientjournalen skall vidare innehålla uppgifter om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningarna gjordes. Varje uppgift i patientjournalen skall utformas så att patientens integritet respekteras.

En journal skall vara ett stöd för den eller de personer som svarar för patientens behandling, så att patienten får en god och säker vård. Journalen ska utgöra underlag för bedömning av åtgärder som skall vidtas av dem som inte tidigare träffat patienten t ex jourhavande läkare och avlösande sjuksköterska.

Läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut för varsin separat patientjournal.

Läkarjournalen tillhör regionen och HS-personalens journal tillhör kommunen.

Patientjournalen skall vara ett instrument i kvalitetssäkringsarbetet och utgöra underlag vid tillsyn och kontroll.

Patientjournalens utformning

Uppgifterna som är dokumenterade i en patientjournal ska finnas tillgängliga

på ett överskådligt sätt för den behöriga hälso- och sjukvårdspersonalen.

Journalhandlingar skall skrivas på svenska, vara tydligt utformade och så långt som möjligt vara förståeligt för patienten.

Den yrkesutövare som dokumenterar ska vanligen även signera anteckningen. Uppgifter i en elektronisk patientjournal ska läsas genom signering vid dokumentationstillfället. Undantag kan förekomma.

Patientens delaktighet

Journalen skall kunna ge patienten insyn i den vård och behandling hen har fått.

Om en patient anser att en uppgift i patientjournalen är oriktig eller missvisande ska det antecknas i journalen.



Om en patient har motsatt sig att hens patientuppgifter görs tillgängliga för den som arbetar hos en annan vårdenhet, inom en annan vårdprocess eller för en annan vårdgivare än den där uppgifterna har lämnats, ska det framgå av dokumentationen att det finns spärrade patientuppgifter.

Patient som begär att få ta del av sin journal skall så snart som möjligt beredas tillfälle för läsning, avskrivning på stället eller ges journalkopia.

Om en journalhandling, avskrift eller kopia av handlingar har lämnats ut till någon skall uppgift om vem som har fått handlingen och när den har lämnats ut finnas antecknat. Beslut om utlämnande av allmän handling till enskild eller till annan myndighet är i Söderköpings kommun delegerat av socialnämnden till socialchef.

Patientjournal – behörighet

Hälso – och sjukvårdspersonal får endast ta del av patientuppgifter som hen deltar i vården kring eller som hen behöver uppgifterna för i sitt arbete inom hälso- och sjukvården.

Varje journalhandling skall hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till den.

Förvaring av journalhandlingar

Patientjournalen i Söderköpings kommun är elektronisk och förs i verksamhetssystemet Treserva. Journalhandlingar i pappersformat förvaras i låst och ändamålsenligt utrymme på varje enhet.

Patientjournal ska alltid innehålla

- uppgifter om patientens identitet och kontaktuppgifter
- väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
- uppgifter om ställd diagnos, aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
- väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder
- uppgifter om ordinationer
- uppgifter om förskrivningsorsak vid ordination av läkemedel
- resultat av undersökningar och behandlingar
- uppgifter om överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen
- uppgifter om vårdhygienisk smitta
- uppgifter om information som givits till patient och om ställningstagande som gjorts i fråga om behandlingsalternativ och om möjlighet till förnyad medicinsk bedömning
- epikris av genomförd vård

I förekommande fall ska patientjournal även innehålla

- tydlig varning om att patienten har visat intolerans eller har överkänslighet som innebär allvarlig risk för patientens liv och hälsa
- uppgift om lämnade samtycken
- uppgifter om patientens egna önskemål angående vård och behandling



- nödvändiga uppgifter om spårbarhet avseende medicintekniska produkter som har förskrivits eller utlämnats till patienten
- utfärdande av intyg och remisser samt andra inkommande eller utgående uppgifter
- uppgifter om vårdplanering

Rättelse i journaltext

Uppgifter i en journalhandling får som regel inte utplånas eller göras oläsliga. Vid rättelse av en felaktighet skall det anges av vem rättelsen har gjorts och när rättelsen har skett.

Patientjournal – arkivering och gallring

En journalhandling ska i allmänhet bevaras i minst tio år efter det att den sista uppgiften fördes in i journalen (Patientdatalagen kap 3, § 17). I Söderköpings kommun ska journalhandlingar dock bevaras för all framtid enligt socialnämndens dokumenthanteringsplan.

Journal som arkiveras ska endast innehålla relevanta handlingar. Inför arkivering ska alla ovidkommande handlingar gallras bort. Se vad som ska sparas längst ner i dokumentet.

Informationssäkerhet

Genom den informationssäkerhetspolicy som antagits av kommunfullmäktige 2010 har vårdgivaren säkerställt att

- patientuppgifter i dokumentationen är tillgängliga och riktiga för dem som är behöriga
- patientuppgifter inte ska komma åt av obehöriga
- behörigheter begränsas till vad som är nödvändigt för att ge en trygg och säker vård
- spårbarhet via loggar kan genomföras för att kunna identifiera användare
- stickprovskontroller av loggarna genomförs regelbundet av systemförvaltaren

Hälso- och sjukvårdspersonalens och andra befattningshavares ansvar

Den hälso- och sjukvårdspersonal eller entreprenör som arbetar för socialnämnden eller som har slutit avtal med denna ska

- ansvara för att personliga lösenord och loggar inte blir tillgängliga för obehöriga
- ansvara för att datorer eller informationsbärare som använts inte lämnas utan att patientuppgifterna är skyddade från obehörig åtkomst
- endast ta del av patientuppgifter som hen deltar i vården kring eller som behöver uppgifterna för i sitt arbete inom hälso- och sjukvården.

Efterlevnad av riktlinjerna

För att säkerställa att riktlinjerna efterlevs ska granskning av patientjournaler via stickprov genomföras och redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.



Gallring av patientjournal inför arkivering

Grundprincipen för gallring i HS -journalen är att **väsentliga** delar i vårdförloppet ska kunna följas i den dokumentation som bevaras. Viktig information skall sammanfattas i patientjournalen och därefter kasseras.

Utförligare info finns i [dokumenthanteringsplan](#) på intranätet.

Gallra eller bevara hälso- och sjukvårdsdokumentation: Avliden patient

När patient avlidit sammanställs journalen enligt nedan:

- Alla handlingar/dokument ska vara märkta med namn, personnummer, datum och år
- Plastfickor, tejp och nitar etc avlägsnas
- De pappersdokument som kasseras ska tuggas
- Signeringslistor och individuella förbrukningsjournaler sparas. Sorteras i datumordning med den senaste först i separata boxar.
- Listor för signaturförtydligande sparas
- Ordinationshandling för läkemedel sparas. Sorteras i datumordning med den senaste först
- Palliativa läkemedelsordinationer sparas
- Palliativa vårdplaner samt skattningsdokument t.ex. lägesändringsschema och bedömningsinstrument enligt Abbey Pain Scale sparas. Sorteras i datumordning med den senaste först
- Brytpunktsamtal sparas
- Alla pappersdokument som inte kan föras in i journalen, exempelvis efterlevandesamtal, sparas.
- Patientbunden narkotikajournal sparas efter att kontrollräkning och kassation dokumenterats
- Sårvårdsjournaler samt fotografier på sår sparas. Journalen sorteras i datumordning med den senaste först
- Meddelandeblad från externa vårdgivare sparas. Sorteras i datumordning med den senaste först
- Remisser och vårdbegäran sparas.
- Individuella vårdplaner, riskbedömningar, rehabplaner samt intyg sparas. Sorteras i datumordning med den senaste först
- Hjälpmedelsordinationer sparas. Sorteras i datumordning med den senaste först
- Dokument vid utprovning och rådgivning av hjälpmedel sparas
- Utredningar sparas
- Egenproducerade informationsblad vid specialanpassning av hjälpmedel sparas
- Inventarielistor över individuellt förskrivna hjälpmedel och medicintekniska produkter som inte finns i journal sparas.
- Utskrivningshandlingar från slutenvården sparas
- Riskanalyser och händelseanalyser sparas
- Kontrollistor/ statuslistor för mätning, övervakning, bedömning, infusioner, injektioner samt miktionslista sparas och sorteras i datumordning med den senaste först
- Korstest och bastest inför blodtransfusioner och specifika dokument i samband med utförandet av blodtransfusionen sparas
- Utskrivna journalkopior kasseras. Om det inte finns tillförd text på dokumentet

**SÖDERKÖPING.SE**

- Kontrollblanketter ex transport till bårhus sparas
- Efter att all dokumentation i journalsystemet är slutförd dras hela hälso- och sjukvårdsjournalen ut och arkiveras med övriga dokument
- Journalen och övriga dokument läggs i ett förseglat kuvert /box/ märkt med namn och personnummer. Om det inte räcker med ett kuvert ska kuverten märkas: Del 1 av 2, del 2 av 2 etc
- Patientjournalen lämnas till chef för hälso- och sjukvården som lämnar till utsedd handläggare vid socialtjänstens kontor på Kommunhuset. Överlämnandet ska ske efter överenskommelse om tid och plats för mottagande, får ej avlämnas i reception eller via postgång.
- Reversal ska erhållas för lämnande uppgifter