

Vårdokumentation - Riktlinjer Region Jönköpings län

Syfte med riktlinjerna

Grundläggande bestämmelser om journalföring (vårdokumentation) finns i patientdatalagen (2008:355), nedan förkortad PDL, och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2020:56) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

Syftet med följande riktlinjer är att

- Stödja strukturerad, ändamålsenlig och enhetlig dokumentation
- Skapa stöd så att vårdokumentation lätt kan dokumenteras och återfinnas
- Förbättra verksamhetsuppföljning i syfte att bidra till en likvärdig vård samt kvalitetssäkring av dokumentationen

Riktlinjerna baseras på den gemensamma dokumentationspolicyn för Sydöstra sjukvårdsregionen.

Målgrupp

- De som upprättar vårdokumentation
- Vårdutvecklare och administrativa utvecklare
- Systemförvaltare av patientadministrativa system
- Verksamhetschefer
- Regionledning

Syfte med patientjournalen

Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Patientjournalen ska vara ett väl strukturerat arbetsredskap för vårdens personal.

Patientjournalen är även en informationskälla för patienten, och ska även ge möjlighet till uppföljning och utveckling av verksamheten, bidra till tillsyn och uppfyllande av rättsliga krav och uppgiftsskyldigheter enligt lag, samt dessutom stödja forskning. Detta innebär också att information som ej är nödvändig för dessa syften inte bör finnas i patientjournalen om inte särskild lag, författning eller annan reglering kräver detta.

Styrande principer

- Den som har legitimation eller särskilt förordnande att utöva ett visst yrke inom hälso- och sjukvården eller tandvården ska föra journal. Alla

vårdkontakter ska dokumenteras i patientens journal i omedelbar anslutning till kontakttillfället samt signeras av ansvarig vårdpersonal.

- Journalhandlingar som upprättas ska vara skrivna på svenska och vara så lätta som möjligt att förstå. Fackuttryck kan användas om så krävs för att säkerställa god vård. Texten ska utformas så att den inte kan feltolkas eller uppfattas som värderande av patienten eller dennes närstående. Förkortningar ska undvikas. Om förkortningar behövs ska de vara allmänt vedertagna.
- Dokumentationen ska knytas till nationella och internationella definitioner, klassifikationer och kodverk. Hänsyn ska tas till Socialstyrelsens olika regelverk för gemensam informationsstruktur. Dokumentationen bör vara baserad på strukturerad inmatning med enhetliga sökord och med minskad mängd fritext.
- All nödvändig dokumentation ska samlas i en patientjournal som är gemensam för all hälso- och sjukvårdspersonal. Målet är att minska dubbeldokumentationen som tynger journalen och gör den svårtillgänglig, överskådlig och patientsäker.

Journaldokumentation i praktiken

Vem ska föra journal?

Den som har legitimation eller särskilt förordnande att utöva ett visst yrke inom hälso- och sjukvården eller tandvården är skyldig att föra journal. I vissa fall måste även icke legitimerad personal föra patientjournal, exempelvis personal inom hälso- och sjukvården som biträder en legitimerad yrkesutövare. Dessutom kan även en verksamhet vara skyldig att föra journal utan att ha anställda som är skyldiga att föra journal. Detta måste då fastställas i verksamhetens rutiner. Den som är verksam som kurator i den allmänna hälso- och sjukvården är också skyldig att föra journal. (3 kap. 3 § PDL).

Inom Region Jönköpings län gäller vidare att:

- Den hälso- och sjukvårdspersonal som har en vårdkontakt och som därmed ansvarar för kontakten, journalför insatsen. I situationer med teambesök, vårdkonferenser med mera, samt i slutenvårdens rondsituationer ska i normalfallet endast dokumentation ske av den som är huvudansvarig eller som denne utser. Namn på de som deltar i vårdkontakten ska finnas i journalen.
- Vid telefonkonsultation ansvarar den konsulterande hälso- och sjukvårdspersonalen att nödvändig dokumentation sker.
- Vid konsultation via digital kanal, ex. 1177 ansvarar den konsulterande hälso- och sjukvårdspersonalen att nödvändig dokumentation sker.
- Den som deltar i omvårdnaden av en patient ska dokumentera uppgifter som har betydelse för patientens fortsatta vård och behandling, även om den anställde inte är journalföringspliktig enligt lag. Efter lokal utbildning och introduktion i omvårdnadsdokumentation kan därmed exempelvis

undersköterska/skötare dokumentera i samråd med ansvarig sjuksköterska i valda områden.

Hur snabbt ska man dokumentera?

Alla åtgärder som berör en patient ska dokumenteras eller dikteras i omedelbar anslutning till kontakttillfället samt signeras. I journalen skall korrekt händelsedatum och tid anges liksom när informationen infördes i systemet (Dokumentationstidpunkt). Dokumentationstidpunkt ska också finnas i journalen, det anges automatiskt i de flesta system.

Signering, vidimering, kontrasignering

Samtliga journalanteckningar ska signeras och detta ska ske snarast möjligt. Om en ändring måste göras kan man omsignera aktuellt sökord i efterhand. Historiken finns då kvar.

Signering

Innebär att man bekräftar att en journalanteckning eller remiss som man själv har skrivit är korrekt och samtidigt låser den för redigering. Journalanteckningar, epikriser och remisser ska alltid signeras eftersom man då får tillfälle att kontrollera att diktat är korrekt transkriberade.

Vidimering

Innebär att man bekräftar att man tagit del av ett provsvar, ett remissvar eller en journalanteckning som någon annan har skrivit. Både signering och vidimering har tidsstämpel. Vidimering ska alltid ske av inkomna svar.

Kontrasignering

Innebär att viss dokumentation ska kontrasigneras av ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal, t.ex. ska epikriser alltid signeras av ansvarig läkare.

Då en student dokumenterar ska dessa anteckningar alltid kontrasigneras. Särskilda kontrasigneringsmallar ska användas.

Innehåll i journalen

En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för att patienten ska få en god och säker vård. (se 3 kap. 6 § PDL och 5 kap. 5 § HSLF-FS 2020:56) Om uppgifterna finns tillgängliga ska patientjournalen alltid innehålla: (se 3 kap. 6 § PDL och 5 kap. 5 § HSLF-FS 2020:56)

- uppgift om patientens identitet,
- väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
- uppgifter om aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar,
- tolkningar av röntgenologiska fynd och laborietester (undersökningsfynd och analyssvar),
- utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa,
- uppgifter om ordinationer av läkemedel inklusive ordinationsorsak,

- undersökningsresultat; det är viktigt att det framgår vilka undersökningar som är utförda även om resultatet är utan anmärkning,
- markering som ger en varning om att en patient har visat intolerans eller har en överkänslighet som innebär en allvarlig risk för patientens liv eller hälsa. Markeringen ska göras på ett sådant sätt att den är lätt att uppmärksamma,
- uppgifter om vårdhygienisk smitta,
- uppgifter om vårdrelaterade infektioner,
- uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,
- väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder,
- slutanteckningar (epikris) och andra sammanfattningar av genomförd vård, vårduppgifter om samtycken och återkallade samtycken,
- uppgifter om patientens upplevelse av hälsotillståndet,
- uppgifter om patientens önskemål vad avser vård och behandling,
- uppgifter som behövs för att tillgodose spårbarhet avseende de medicintekniska produkter som har förskrivits till, utlämnats till eller tillförts en patient,
- utfärdade intyg och remisser och annan för vården relevant inkommande och utgående uppgifter,
- uppgifter om vårdplanering,
- uppgift 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,
- dokumentation om ställningstagandet att inte vidta någon åtgärd,
- de uppgifter som enligt lag eller annan författning ska antecknas i en patientjournal,
- om en patient anser att en uppgift i patientjournalen är oriktig eller missvisande, ska det antecknas i journalen,
- uppgifter om patienten avböjt en insats.

Samtliga punkter behöver inte alltid skrivas löpande i journaltext utan endast de uppgifter som är relevanta i den aktuella vårdkontakten.

Kommentarer

- Dokumentation vid upprepade återbesök ska i normalfallet vara kortfattad, men bör då innehålla hänvisning till ursprunglig vårdkontakt. Schablonbetonade texter ska undvikas.
- Repetitiva åtgärder, exempelvis fysioterapeutiska åtgärder, som följer en uppgjord plan kan dokumenteras med bara koder om de följt förväntat förlopp (om koden tydligt anger vad som utförts).
- Bedömningar av anamnes, undersökningar och status ska alltid kommenteras under särskilt sökord eller vårdplan, om det inte kan anses som uppenbart obehövligt. Särskilt viktigt är det att bedömningar kommenterar nyupptäckta resultat/fynd.

- Behandlingsförlopp ska kunna följas och orsaker till terapiförändringar ska dokumenteras. Pågående läkemedelsbehandling ska dokumenteras, och utvärderas minst en gång om året.
- Teamkonferenser, avstämningsmöten och rondbetonade bedömningar ska journalföras.
- Diagnoser måste vara grundade på journalförda fakta. Differentialdiagnostiska överväganden och osäkerheter vid diagnossättning bör kommenteras.
- Riskbedömningar ska dokumenteras och hanteras enligt beslutade rutiner. Det finns däremot ingen anledning att för alla sorters patientmöten rutinmässigt ange negerande uppgifter; ("det föreligger ingen risk för ...").

Språket i journalen

De journalhandlingar som upprättas inom hälso- och sjukvården ska vara skrivna på svenska, tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå. Fackuttryck ska användas om så krävs för att uppfylla huvudsyftet med patientjournalen, att vara ett arbetsinstrument för att säkerställa god vård. Texten måste utformas med omsorg så att den inte kan feltolkas eller uppfattas som förolämpande av patienten eller dennes närstående.

Undvik förkortningar

Förkortningar är svårtydda. I ett flertal fall finns dessutom samma förkortning med helt olika betydelse inom olika medicinska områden. Användande av förkortningar ska helst undvikas, alternativt förklaras vid första förekomst i en anteckning. Om förkortningar används ska dessa vara vedertagna enligt Svenska Akademiens ordlista.

Minskad dubbeldokumentation

All dokumentation ska ske enligt principen "Läs först, skriv sedan!"

Genom att använda gemensamma dokument på avsett sätt kan dubbeldokumentationen minskas. Patientens övergripande anamnes kring social situation, boendeuppgifter, hjälpmedel, levnadsvanor, ärftliga faktorer och hälso- och sjukvårdshistorik ska samlas i gemensamma dokument, under rubrikerna Medicinsk bakgrund och Social bakgrund. Uppgifterna uppdateras vid behov i samband med patientens kontakter med vården.

Aktuellt hälsotillstånd ska inte ingå i gemensamma dokument.

Beslut vid ronder, teamkonferenser med mera ska endast dokumenteras en gång i journalen för att undvika dubbeldokumentation.

Läkemedel

För dokumentation av läkemedel, se separat dokument: *Dokumentation av läkemedel i journalsystemet Cosmic*

Prov- och undersökningssvar

Prov- och undersökningssvar finns i svarsfunktionerna i modulen Beställning och svar (BOS) i Cosmic och ska bara dokumenteras i journaltext om det förekommer avvikelser som föranleder beslut och åtgärder.

Remisshantering

Region Jönköpings län har rutiner för remisshantering. Regionen har också rutiner för egen vårdbegäran till Regionens samtliga verksamheter. Generellt gäller:

Varje remiss ska besvaras. Svaret ska konstruktivt besvara remissens frågeställningar och remissbekräftelse ska aldrig motsvara remissvar.

Slutanteckning (epikris) eller journalanteckning får inte ersätta remiss eller remissvar. Hänvisning till journaltext kan göras i remiss eller remissvar om så krävs för förtydliganden.

Lagar och regelverk kring vårddokumentation

Som angetts inledningsvis finns grundläggande bestämmelser om journalföring (vårddokumentation) i PDL och HSLF-FS 2020:56.

Känsliga uppgifter

Patientjournalen innehåller till sin natur känsliga uppgifter. Känsliga uppgifter får enligt PDL endast förekomma i journalen i de fall där det är relevant för sjukdomstillståndet eller hur vården ska bedrivas.

Förutom uppgifter som rör hälsa eller sexualliv räknas till känsliga uppgifter även personuppgifter som avslöjar etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, eller medlemskap i fackförening.

Känsliga personuppgifter, uppgifter om lagöverträdelser, uppgifter om att någon fått bistånd eller varit föremål för andra insatser inom socialtjänsten eller enligt utlänningslagen får enligt lagen inte användas som sökbegrepp.

Det är dock tillåtet att använda uppgifter om hälsa som sökbegrepp, liksom uppgift om att någon varit föremål för tvångsingripande enligt lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV).

Ovanstående skrivningar ger en god vägledning, men svåra gränsdragningar finns. Uppgift om trosuppfattning t.ex. kan vara relevant vid omhändertagande av avlidna och etnisk härkomst kan vara betydelsefull för ärftlighet och förekomst av vissa sjukdomar. I varje sådan situation måste man bedöma hur relevant uppgiften är för god vård. Vid sådana överväganden ska alltid behovet för god vård prioriteras. Man bör dock särskilt beakta att uppgift om vistelseort kan vara kritisk vid skyddad identitet och den ska aldrig röjas i journaltexten. Vidare tillämpning sker enligt ”Riktlinje för hantering av skyddade personuppgifter” och särskild rutin för detta i Cosmic.

Känslig/extra känslig information

I de fall hälso- och sjukvårdspersonal anser att viss information är av sådan karaktär att den bör skyddas extra för åtkomst finns möjlighet att i Cosmic använda dokumentationsmallarna Känslig information eller Extra känslig information. Rutiner för dessa mallar finns bland Cosmic manualer.

Sammanhållen journalföring

Sammanhållen journalföring innebär att vårdgivare delar elektronisk journalinformation med varandra. Sådan åtkomst, oberoende om den sker i Cosmic och/eller den nationella patientöversikten NPÖ, eller annat vårdinformationssystem räknas som sammanhållen journalföring.

För att få ta del av sammanhållen journalföring (vårdinformation från en annan vårdgivare) krävs alltid patientens samtycke och detta ska vara dokumenterat i vårdinformationssystemet.

Spärr

I PDL ges patienter uttrycklig rätt att spärra vårdinformation i datajournal, så att den inte görs åtkomlig för andra vårdenheter inom Regionen (inre spärr). Med begreppet vårdenhet avses klinik och vårdcentral.

Efter att inre spärr har satts ska det synas att information finns, men patientinformationens innehåll ska vara dold för andra verksamhetsområden och endast kunna nås efter särskild motivering som loggas.

Patienter har också rätt att spärra vårdinformation så att den inte görs åtkomlig för andra vårdgivare, exempelvis andra regioner, kommuner och privata vårdgivare (yttre spärr).

Då yttre spärr är aktiverad är patientinformationen dold för andra vårdgivare, men det framgår att det finns information och var den finns. Yttre spärr kan bara hävas av den vårdgivare som satt spärr.

En vårdnadshavare har inte rätt att spärra sitt barns journal.

Beslutsförmögen

Beslutsförmåga kan variera över tid och det är den hälso- och sjukvårdspersonal som träffar patienten som avgör om patienten är beslutsförmögen eller inte. Om det föreligger en nödsituation eller inte bedöms också av den hälso- och sjukvårdspersonal som träffar patienten vid det aktuella tillfället. Föreligger en nödsituation får en inre spärr forceras med nödöppning, detta loggas. Observera att anhörig aldrig kan samtycka i patientens ställe.

Patientsäkerhet – avvikelser, mm

Patientjournalen är ett viktigt instrument i vårdens arbete med kvalitet, säkerhet, uppföljningar och utvärderingar och den kan också fungera som ett underlagsmaterial om man vill granska och kontrollera den vård som patienten fått. (3 kap 2§ PDL). Om en patient drabbas eller riskerar att drabbas av en

allvarlig skada eller sjukdom i samband med hälso- och sjukvård eller tandvård ska vårdgivaren anmäla detta till Inspektionen för vård och omsorg (nedan förkortad IVO). En sådan anmälan ska sedan följas av en intern utredning. För att kunna göra en sådan utredning krävs att händelseförloppet kan klarläggas. Journalen är då en viktig del i utredningen. Avvikelse ska alltid dokumenteras i patientens journal och i Region Jönköpings läns avvikelsesystem (Synergi). Uppgifter om den information som har lämnats till patienten ska också antecknas i patientjournalen.

Vad ska dokumenteras om en patient anser att en uppgift i journalen är oriktig eller missvisande?

Om patienten anser att en uppgift är oriktig eller missvisande ska det antecknas i journalen. Enligt 3 kap. 8 § PDL behöver man bara anteckna att patienten har en avvikande uppfattning, men patientens synpunkter kan ändå kortfattat noteras i journalen. Bestämmelsen innebär dock inte att patienten själv får skriva i sin journal eller har rätt att bestämma vad som ska stå i den.

Förstörande av patientjournal

Om patient önskar få hela eller delar av sin journal förstörd görs ansökan hos IVO som beslutar om förstörande av patientjournaler. Rutin för detta finns på Region Jönköpings läns intranät *Intranät/Ledning och styrning/Lagar, rättsfrågor och juridiskt stöd/Hälso- och sjukvårdsjuridik/Patientjournal/Förstörande av patientjournal*

Intyg

Den som är skyldig att föra patientjournal, ska på begäran av patienten utfärda intyg om vården (3 kap. 16 § PDL). Ytterligare bestämmelser finns i Socialstyrelsens föreskrifter om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2020:56). I dessa föreskrifter framgår att ett intyg likväl som journalhandlingar ska utformas på ett sådant sätt att den person intyget gäller och mottagaren av intyget kan förstå förhållandena och värdera innebörden av uttalandena. Intyget ska vara fullständigt, entydigt och skrivas med en läslig text och på ett begripligt språk.

Medicinska termer ska som regel inte användas. Ett intyg ska inte innehålla sådant som kan uppfattas som nedsättande eller kränkande för den som intyget gäller eller någon närstående. Utfärdade intyg ska ingå i journalen.

Kvalitetsregister

Grunden för Region Jönköpings läns vårdverksamheter ska vara att delta i de nationella kvalitetsregister som är tillämpliga för respektive verksamhet. Arbetet ska inriktas på att utforma journaldokumentationen så att den så långt som möjligt kan användas för automatisk överföring till kvalitetsregister.

Patienter ska informeras om att rapportering till kvalitetsregister sker och har rätt att motsätta sig sådan registrering. Dokumentation om vilka register patienten ingår i görs i Cosmic. Det är inte nödvändigt att dokumentera samtycke, däremot

ska det dokumenteras i journalen om patienten motsätter sig registrering i kvalitetsregister och i så fall vilket/vilka register detta gäller.

Journalutlämning

Patientens rätt att få ta del av sin egen journal

En patient har i normalfallet rätt att få ta del av sin egen journal. Uppgift som antecknats om tredje person och som inte lämnats av patienten kan dock vara sekretessbelagd. Detsamma gäller för uppgift som tredje person lämnat som anmälare. Uppgift om patientens hälsotillstånd kan också vara sekretessbelagd i förhållande till patienten om det med hänsyn till vården av patienten är av synnerlig vikt att uppgift inte lämnas till honom eller henne. Se bestämmelserna i 25 kap. 1, 6 och 7 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Det är den person som ansvarar för vården av patienten som gör menprövning och prövar om det föreligger hinder för att lämna ut uppgifter i journalen till patienten. Varje vårdenhets ska ha rutiner som anger vem som anses ansvara för menprövning av journalerna.

Direktåtkomst av journalen via internet

Sedan februari 2015 kan patienter som fått vård i Region Jönköpings län läsa sin journal via internet, så kallad direktåtkomst.

Mer information om regelverk, informationsmängder etc. finns att läsa på intranätet.

Utlämnande av journalkopior till patienten

Enligt 2 kap 15 § Tryckfrihetsförordning (1949:105) ska en allmän handling som får lämnas ut på begäran "genast eller så snart det är möjligt" på stället och utan avgift tillhandahållas den som önskar ta del av den. Patienten har rätt att utan kostnad få en utskrivna kopia av sin journal (i de delar eventuell sekretess inte föreligger). Lagen kräver att ett ärende angående utlämnande av allmän handling behandlas med skyndsamhet.

För detaljerad information kostnaderna för utlämnande av journalkopior till patienter och myndigheter hänvisas till intranätet.

Rätt att få ta del av närståendes patientjournal

Närstående har inte någon absolut och villkorlig rätt att få ta del av annans patientjournal. En menprövning ska därför göras när närstående/anhörig begär ut en patients journal. En patient kan själv häva den sekretess som gäller till skydd för honom eller henne genom att lämna samtycke till att den närstående tar del av journalen. För detaljerad information om journalutlämning hänvisas till Regionens dokumentationshandbok.

Kvalitetskontroll

Mallar, sökord och deras användning samt efterlevnad av denna riktlinje ska löpande kontrolleras för att säkerställa att behov av löpande utveckling och förbättring av den strukturerade journaldokumentationen kan ske. Denna uppgift

ska ingå i den löpande verksamhetsförvaltningen av Region Jönköpings läns vård- och informationssystem. För mer information om granskning av journaldokumentation som en del utav verksamhetens egenkontroll, se relaterad länk.