



## Hälsa- och sjukvårdsdokumentation och informationsöverföring

---

Framtagen av socialförvaltningen  
Gäller från och med 2023-04-27

---

## Innehåll

<b>Hälsa- och sjukvårdsdokumentation och informationsöverföring .....</b>	<b>1</b>
<b>1. INLEDNING .....</b>	<b>4</b>
1.1 Definition av journalhandling .....	4
1.2 Syfte.....	4
<b>2. DOKUMENTATIONSSKYLDIGHET .....</b>	<b>4</b>
<b>3. ANSVAR .....</b>	<b>4</b>
3.1 Vårdgivarens ansvar .....	4
3.2 Medicinskt ansvarig sjuksköterska .....	4
3.3 Verksamhetschef enligt HSL/ Avdelningschef .....	5
3.4 Enhetschef .....	5
3.5 Legitimerad hälsa- och sjukvårdspersonal.....	5
3.6 Omvårdnadspersonalen.....	5
3.7 Studerande .....	5
<b>4. SEKRETESS .....</b>	<b>5</b>
4.1 Sekretess och tystnadsplikt.....	5
4.2 Sekretessgräns .....	6
4.3 Sekretessbrytande bestämmelse .....	6
4.4 Inre sekretess .....	6
<b>5. SAMTYCKE .....</b>	<b>7</b>
5.1 Spärr av uppgifter i patientjournalen .....	7
<b>6. SAMMANHÅLLEN JOURNAL .....</b>	<b>7</b>
<b>7. SPRÅKET I DOKUMENTATIONEN.....</b>	<b>7</b>
7.1 Struktur .....	7
7.2 Den enskildes integritet.....	7
<b>8. UPPRÄTTANDE AV JOURNAL .....</b>	<b>8</b>
8.1 Informationsöverföring vid upprättandet av ny journal .....	8
8.2 Uppgifter som journalen ska innehålla .....	8
8.3 Resultat av riskbedömningar.....	8
8.4 Vårdprocesser och åtgärder.....	9
8.5 Signeringslistor .....	9
<b>9. UTLÄMNANDE AV JOURNAL .....</b>	<b>9</b>
9.1 Utlämnande till patienten .....	9
9.2 Utlämnande till annan än patienten.....	9
9.3 Utlämnande till annan vårdgivare.....	9
9.4 Sekretessbelagda uppgifter .....	9
<b>10. SKYDDAD IDENTITET .....</b>	<b>10</b>
<b>11. SCANNING och användning av digital kamera .....</b>	<b>10</b>
<b>12. TAKECARE .....</b>	<b>10</b>
<b>13. DRIFTSTOPP.....</b>	<b>10</b>
<b>14. FÖRVARING och HANTERING .....</b>	<b>10</b>
14.1 Hantering .....	10
14.2 Arkivering.....	11

14.3 Rensning .....	11
14.4 Det som ska sparas och skickas till Socialförvaltningen Visborg: .....	11
<b>15. Referenser .....</b>	<b>11</b>

## 1. INLEDNING

Vid vård av personer i hälso- och sjukvården är det viktigt för säkerheten att de som arbetar kring den enskilde kan ta del av vad som hänt och vilka insatser som gjorts och som planeras. Inom socialförvaltningens verksamheter både egen och enskild regi används verksamhetssystemet Treserva.

### 1.1 Definition av journalhandling

Med patientjournal avses de anteckningar som görs och de handlingar som upprättats eller inkommer i samband med vården och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd, andra personliga förhållanden och vårdåtgärder. Som journalhandling anses framställning i skrift eller bild.

### 1.2 Syfte

Dokumentation utgör ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet. Syftet med dokumentation är att bidra till god kvalitet och säker vård. I dokumentationen tydliggörs den enskildes behov av hjälp och stöd samt vad, hur och vem som ska tillgodose hjälpbehoven.

Dokumentationen är avsedd att vara ett stöd för den eller de personer som ansvarar för vården och omsorgen. Den utgör ett arbetsverktyg eller informationskälla för bedömningen av de åtgärder som kan behöva vidtas av någon som inte träffat patienten tidigare. Dokumentationen ger patienten möjlighet att få insyn i och vara delaktig i utformningen avhjälpinsatserna/vården. Den är också ett underlag vid tillsyn och kontroll och har betydelse i vissa rättsliga sammanhang och för forskning.

## 2. DOKUMENTATIONSSKYLDIGHET

Enligt Patientdatalagen har all legitimerad personal och de som biträder legitimerad personal, det vill säga alla som utför en hälso- och sjukvårdsuppgift genom delegering, ordination eller instruktion, skyldighet att dokumentera.

Patientjournal ska föras på personer som erhåller kommunal hälso- och sjukvård inom korttidsboende, särskilt boende enligt SoL och LSS, hemsjukvård i ordinärt boende, vid vistelse i daglig verksamhet och dagverksamhet för dementa.

## 3. ANSVAR

### 3.1 Vårdgivarens ansvar

Vårdgivaren har enligt Patientdatalagen bland annat ansvar för att rutiner för säker dokumentation ingår i verksamheternas ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och att:

1. uppgifter om den enskilde i vårdgivarens dokumentation är åtkomlig och användbar för den som är behörig (tillgänglighet)
2. uppgifterna om den enskilde är oförvanskade (riktighet)
3. obehöriga inte ska kunna ta del av uppgifterna (sekretess)
4. det är möjligt att i efterhand kunna härleda åtgärder till en identifierad användare.

### 3.2 Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Ansvarar för att:

- fastställa ändamålsenliga riktlinjer för HSL-dokumentation
- dokumentation förs i den omfattning som föreskrivs i Patientdatalagen

### **3.3 Verksamhetschef enligt HSL/ Avdelningschef**

Ansvarar för att:

- lagar, föreskrifter från socialstyrelsen och regler som är fastställda av medicinskt ansvarig sjuksköterska samt lokala rutiner är väl kända, används och följs upp
- följa upp dokumentationens kvalitet
- säkerställa och följa upp att personal har rätt åtkomstbehörighet för sina arbetsuppgifter

### **3.4 Enhetschef**

Ansvarar för att:

- lagar, föreskrifter från socialstyrelsen och regler som är fastställda av medicinskt ansvarig sjuksköterska samt lokala rutiner är väl kända, används och följs upp i det dagliga arbetet inom enheten
- att personalen har rätt kompetens och fått tillräcklig utbildning för att kunna dokumentera
- planera arbetet så att det finns tid avsatt för dokumentation enligt Patientdatalagen
- journalgranskningar genomförs regelbundet
- vid behov granska loggkontroller som systemförvaltarna genomför

### **3.5 Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal**

Ansvarar för att:

- dokumentera enligt lagar, föreskrifter från socialstyrelsen och regler som är fastställda av medicinskt ansvarig sjuksköterska samt lokala rutiner
- ta del av dokumentation och läkemedelslistor ifrån läkarens journal
- informera omsorgspersonal genom att skriftligt skicka vårdprocess via digitala vårdprocesser och/eller muntlig som ska dokumentera.

### **3.6 Omvårdnadspersonalen**

Ansvarar för att:

- ta del av den legitimerade personals dokumentation när det finns en vårdrelation
- svara på vårdåtgärder
- signera delegerade arbetsuppgifter på signeringslista

### **3.7 Studerande**

Studerande ska under verksamhetsförlagd utbildning, dokumentera med egen inloggning i eget namn

## **4. SEKRETESS**

### **4.1 Sekretess och tystnadsplikt**

Sträng sekretess gäller inom hälso- och sjukvården för uppgifter om en enskilds förhållande, till exempel sjukdom och behandling. Det innebär att uppgifter inte får röjas, om det inte står klart att de kan röjas, utan att den enskilde eller någon närstående lider men. All personal och även studerande som genomför verksamhetsförlagd utbildning har

sekretess/tystnadsplikt enligt denna stränga sekretess.

#### 4.2 Sekretessgräns

Verksamheterna inom Socialförvaltningens egenregi bedöms inte vara självständiga i förhållande till varandra. Därmed finns ingen sekretessgräns mellan verksamhetsgrenarna. Privata leverantörer som på uppdrag av Socialförvaltningen utför insatser enligt HSL utgör självständiga verksamhetsgrenar i förhållande till egen regin. Därmed finns en sekretessgräns mellan privat leverantör och egenregi.

#### 4.3 Sekretessbrytande bestämmelse

En sekretessbrytande bestämmelse såsom den enskildes samtycke, innebär att uppgifter kan utväxlas mellan olika verksamheter och myndigheter.

Sekretessbrytande bestämmelser och undantag från sekretessen finns i Offentlighets- och sekretesslagen OSL kap. 10 och kap.12. Dessa bestämmelser handlar bland annat samtycke, nödvändigt utlämnande, partsinsyn, förhindrande eller avbrytande av vissa brott och att uppgift lämnas till en annan myndighet om uppgiftsskyldigheten följs av lag eller förordning. Det sistnämnda innebär exempelvis att tillsynsmyndigheter har rätt att få journaluppgifter utlämnade.

#### 4.4 Inre sekretess

Med inre sekretess menas att uppgifter innanför en sekretessgräns som omfattas av sekretess bara får lämnas mellan olika professioner i den utsträckning som behövs för ett ärendes handläggning eller verksamhetens bedrivande. Den personal som deltar i vården kring en patient har rätt att ta del av journalanteckningar som behövs för att kunna ge en god och säker vård. I datoriserade journaler loggas alla personaktiviteter.

Deltar i vården kan exempelvis vara att man:

- Träffar patienten personligen
- Blir konsulterad av en kollega
- Deltar i behandlingsmöten då man har kompetens som kan komma patienten till gagn
- Ger patienten sjukvårds rådgivning per telefon
- Kommunicerar med patienten över internet
- Tar emot remiss och beställning

Annat skäl kan exempelvis vara att:

- Utfärda intyg
- Följa upp resultatet av sina bedömningar och åtgärder
- Utvärdera vårdprocess säker vård.
- Beräkna och sammanställa kostnader
- Framställa statistik
- Kontrollera om verksamheten bedrivs i enlighet med vårdgivarens rutin
- I överensstämmelse med lag eller förordning lämna ut uppgifter

## 5. SAMTYCKE

För att få lämna ut uppgifter och upplysningar om patienten ska samtycke inhämtas från patienten. Samtycke ska efterfrågas till kontakt/informationsutbyte med annan vårdgivare, anhöriga, SoL-utförare (till exempel omvårdnadspersonal) och till att ingå i kvalitetsregister. Svaren ska dokumenteras i sekretess/samtyckesmodulen under Samtycke i journalen. Samtycke måste även dokumenteras i journalen då information från samtyckesmodulen inte arkiveras när journalen avslutas. Ett samtycke när som helst kan återkallas av patienten.

Då patienten inte själv kan svara för sig behöver menprövning göras. Med detta menas att man prövar om personuppgifter kan röjas utan att det är till men för patienten. Undantag är om patienten sedan tidigare fått antecknat i journalen att samtycke inte lämnas för utlämning av uppgifter till anhörig.

Ett samtycke kan ges på olika sätt:

- Uttryckligt: skriftligt, muntligt eller genom jakande nick
- Konkluderat: den enskilde visar att samtycke ges genom till exempel underlätta åtgärdens genomförande
- Presumerat: den som ska vidta åtgärden förutsätter att det är förenligt med den enskildes vilja
- Inre samtycke: den enskilde har informerats och inte gett uttryck för motvilja

### 5.1 Spärr av uppgifter i patientjournalen

Patienten har en uttrycklig rätt enligt patientdatalagen att motsätta sig att uppgifter som dokumenteras i en journal hos en vårdenhet eller i en vårdprocess görs tillgängliga för någon annan som arbetar vid en annan vårdenhet eller inom en annan vårdprocess.

## 6. SAMMANHÅLLEN JOURNAL

Sammanhållen journal möjliggör för en vårdgivare att läsa journaluppgifter från en annan vårdgivare. I Hälsoärendet dokumenteras samtycke till sammanhållen journalföring, se lathund [CANEADocpoint - sammanhållen journalföring \(gotland.se\)](http://CANEADocpoint-sammanhållenjournalforing.gotland.se)

## 7. SPRÅKET I DOKUMENTATIONEN

Journalhandlingarna ska vara skrivna på svenska språket, vara tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå både för den enskilde och för personal som använder journalen.

### 7.1 Struktur

Struktur Journalanteckningarna ska så långt det är möjligt följa de nationellt fastställda termer och begrepp, klassificeringar och övriga kodverk som finns. Vårdplanerna benämns enligt NANDA, enligt de 13 domännamnen Dokumentationen följer Hälsoärendets struktur och utgår från ICF ([International Classification of Functioning, Disability and Health](http://InternationalClassificationofFunctioningDisabilityandHealth)) och vårdåtgärderna benämns enligt KVA ([Klassifikation av vårdåtgärder](http://Klassifikationavvårdatgarder)).

### 7.2 Den enskildes integritet

Personuppgifter ska utformas så att den enskildes integritet respekteras.

Dokumentationen ska vara:

**Respektfull**- ta hänsyn till den enskildes integritet och inte innehålla ovidkommande omdömen, nedsättande eller kränkande uppgifter eller formuleringar. Den enskilde har rätt

att få en rättelse införd i journalen om denne anser att en anteckning är felaktig eller missvisande

**Korrekt-** uppgifterna ska bygga på ett korrekt underlag och det ska framgå vem som har lämnat uppgifterna

**Tillräcklig-** så att den säkerställer den enskildes patientsäkerhet och ger relevant information för att genomföra och följa upp hälso- och sjukvårdsinsatser

**Väsentlig-** endast innehålla uppgifter av betydelse för arbetet kring den enskilde och som visar hur situationen för en enskilde utvecklar sig

**Tydlig-** alla anteckningar ska vara sakliga, väl strukturerade, tydligt formulerande, föras löpande, vara daterade och signerade

## 8. UPPRÄTTANDE AV JOURNAL

En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Uppgifterna ska föras in i journalen så snart som möjligt.

### 8.1 Informationsöverföring vid upprättandet av ny journal

Informationsöverföring vid upprättandet av ny journal När en patient flyttar in på ett boende alternativt skrivs in i Hemsjukvården eller börjar en vistelse i dagverksamhet ska information om patientens hälsotillstånd och livssituation finnas på enheten.

Informationen ska inhämtas från patienten själv, där så är möjligt, och efter samtycke från andra aktörer som haft ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser för patienten.

För närmare information om vad som ska skrivas var, se t.ex. lathund [CANEA Docpoint - Alla processer - dokumentera \(gotland.se\)](#) (övriga lathundar finns under ugglan i Treserva)

Aktuella läkemedelsordinationer (skrivs inte in i Treserva, men en aktuell läkemedelslista från TakeCare, ska dras ut och ska sitta i patientens pärm)

### 8.2 Uppgifter som journalen ska innehålla

Uppgifter som Treserva och hälsoärendet ska innehålla

Datainsamling av uppgifter kan ske såväl med intervju och observation som med skalor och bedömningsinstrument. Journalen ska alltid innehålla uppgifter om:

- en entydig identifikation av den berörda patienten
- lämnade samtycken och hur de inhämtats
- kontaktuppgifter till närstående och om de får kontaktas nattetid
- vem som är ansvarig läkare i öppen eller slutenvård (skrivs in under kontaktinformation)
- eventuell förvaltare eller god man ( skrivs in under kontaktinformation)
- överkänslighet för läkemedel och vissa ämnen
- aktuellt hälsotillstånd (status)
- riskbedömning av risk för, trycksår, fall, felnäring och munhälsa
- bedömningar: (medicinska, omvårdnad, rehabilitering, ADL och förflyttning)
- processer
- vidtagna åtgärder och planerade uppföljningar

### 8.3 Resultat av riskbedömningar

Vid inflyttning till särskilt boende eller inskrivning i hemsjukvården ska riskbedömningar för trycksår, fall, undernäring/felnäring och munhälsa genomföras så snart som möjligt och



registreras i Senior alert. Vid upptäckta risker görs en vårdprocess med utredande åtgärder, behandlingsmål behandlande åtgärder samt plan för uppföljning. Även denna skall registreras i Senior alert.

#### **8.4 Vårdprocesser och åtgärder**

Processer kan innehålla utredning, bedömning, mål, åtgärd och uppföljning. Åtgärder som ska utföras av omvårdnadspersonal skickas i Treservas till Treserva genomförandewebb. Omvårdnadspersonalen kvitterar åtgärden och skriver svar på aktuella observationer direkt i Hälsoärende genomförande, alternativt signerar på signeringslista.

#### **8.5 Signeringslistor**

Ska delegerade HSL-insatser utföras fortlöpande av annan personal än legitimerad yrkesutövare ska signeringslistor användas. Legitimerad yrkesutövare samlar in listorna månadsvis och noterar att insatserna är givna samt effekt av dessa. Om inte insatserna blivit utförda ska vårdavvikelse skrivas och resultat tas vidare i lokalt kvalitetsarbete.

### **9. UTLÄMNANDE AV JOURNAL**

Patienten 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 som kan skada patienten. Vid tveksamheter ska MAS kontaktas.

#### **9.1 Utlämnande till patienten**

Patienten kan begära ut handlingar genom 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, avskrift eller genom att patienten får läsa patientjournalen på plats. Patienterna ska erbjudas hjälp vid läsningen. Utlämnandet av journalkopior på patientens begäran ska ske skyndsamt. Skickas kopior per post ska brevet rekommenderas.

I journalen ska den som lämnar ut journalkopian dokumentera att en menprövning gjorts och hur, när och till vem kopian är utlämnad till.

#### **9.2 Utlämnande till annan än patienten**

Annan person än patienten själv har rätt att begära ut en journalhandling då dessa är allmänna handlingar som omfattas av sekretess. Om en sådan begäran inkommer ska den legitimerade personal som är ansvarig för patientjournalen göra en sekretessprövning enligt OSL kap.25 1§. Även om patienten har lämnat sitt samtycke ska en sekretessprövning göras. Om inga sekretesskäl talar emot ett utlämnande kan till exempel närstående få ut journalhandlingar. Uppgifterna ska lämnas ut enligt samma rutin som till patienten.

#### **9.3 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. Vid ett tillsynsbesök i verksamheten av exempelvis IVO efterfrågas ofta kopior av journaler. Innan kopior lämnas ut ska de avidentifieras.

#### **9.4 Sekretessbelagda uppgifter**

Om uppgifter sekretessbeläggs i en journaltext ska dessa uppgifter avmaskas vilket innebär

att de sekretessbelagda uppgifterna stryks i den journalkopia som lämnas ut. Mottagaren av journalkopian ska erbjudas ett beslut avseende icke utlämnande uppgifter, beslutet ska vara möjligt att överklaga.

## **10. SKYDDAD IDENTITET**

Patienter med skyddad identitet kommer inte upp i verksamhetssystemet Treserva eftersom det är kopplat till folkbokföringsregistret. Det är endast genom specifikt behörighetstillstånd som systemförvaltarna förmedlar som det är möjligt att öppna upp en patientjournal medskyddad identitet. Respektive enhetschef är skyldig att ta reda på vilken typ av skyddad identitet patienten har och ansöker till systemförvaltarna om sådan behörighet. Det är av störst vikt att man säkrar att personal som eventuellt har koppling till patienten inte får behörighet.

## **11. SCANNING och användning av digital kamera**

Om det finns teknisk möjlighet att scanna information kan detta göras i syfte att samla information i patientjournalen. Länk till ”Rutin för inscanning av dokument i Treserva.” Finns det teknisk möjlighet att använda digitalkamera kan exempelvis utveckling av sårläggning eller sittställning vid förskrivning av rullstol eller sittskäl dokumenteras i bilder. Kan inte materialet läggas direkt in i patientjournalen ska det skrivas ut och förvaras i pappersjournalen. Materialet är journalhandling. Var noga med att ta bort bilden ur den kamera du använt.

## **12. TAKECARE**

TakeCare används som journalsystem inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Eftersom samarbetet mellan förvaltningar är stort har legitimerad personal inom socialförvaltningen läsbehörighet av TakeCare, efter patientens samtycke, och tillgång till kalenderfunktionen. Dokumentation av journaltext sker för avancerad palliativ sjukvård i hemmet, i Trygghetspunkterna, helgmottagningarna och där sjuksköterska serverar läkare genom att skicka elektroniska laboratorieremisser, skriva in mätvärden och vaccinationer. Om dokumentation sker i TakeCare måste det noteras i Treserva.

## **13. DRIFTSTOPP**

Driftstopp kan vara både planerade och oplanerade. Vid driftstopp för varje yrkeskategori för sig journalanteckningar på papper. Använd journalmall som finns i MAS-regler. Den manuella dokumentationen sparas sedan i patientens pappersjournal och räknas som journalhandling. Då systemet åter är i bruk görs en sammanfattning av de anteckningar som förts på papper och förs i datajournalen.

## **14. FÖRVARING och HANTERING**

### **14.1 Hantering**

Signeringslistor, eventuella papperskopior på patientjournaler, och övriga hälso- och

sjukvårdshandlingar som finns på varje patient ska förvaras per patient i mapp eller pärm på enheten i speciellt låsbart plåtskåp.

#### **14.2 Arkivering**

Eftersom Region Gotland är ett så kallat intensivdataområde betyder det att patientjournalerna ska sparas för alltid. Det innebär att efter avslut inom Socialförvaltningen, så ska dokumentationen ska skickas till arkivassistenten på Visborg för arkivering.

#### **14.3 Rensning**

När insatserna upphört; patienten blivit utskriven, avlidit eller flyttat till annan kommun ska pappersdokumenten rensas. Handlingar som är av tillfällig betydelse tas bort och destrueras, till exempel kopior, kladdar, postitlappar. Detta gör verksamheten själv. Kontrollera att alla dokument som skickas in är märkta med patientens namn och personnummer.

#### **14.4 Det som ska sparas och skickas till Socialförvaltningen Visborg:**

Se dokumenthanteringsplan SON

### **15. Referenser**

SFS 1990:782 Arkivlagen med ändringar 1993 - 2015

SFS 1998:204 Personuppgiftslag

SFS 2008:355 Patientdatalagen

SFS 2009:400 Offentlighets- och sekretesslagen

SFS 2010:659 Patientsäkerhetslagen

SOSFS 2011:9 Föreskrifter och allmänna råd för Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

HSLF-FS 2016:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården

HSLF-FS 2017:30 Hälso-och sjukvårdslagen