

Dokumentnamn Riktlinje journaldokumentation	Version 1.0	Sida Sida 1 av 7
Framtagen av SUSSA informatik och verksamhet	Upprättat datum 2016-09-09	Revideringsdatum
Godkänd av SUSSA samrådsgruppen för verksamhetsutveckling	Ansvarig för revidering SUSSA informatik och verksamhet	
Fastställd av	Datum	Gäller från

Riktlinje journaldokumentation

Innehåll

1. Bakgrund.....	2
1.1 Beskrivning av strukturerad information inom hälso- och sjukvården	2
1.1.1 Grundprinciper	3
1.2 Krav i lag och förordning	3
2. Syfte.....	3
2.1 Målgrupp	3
2.2 Ansvar	3
3. Tillvägagångssätt	4
3.1 När ska dokumentation ske?	4
3.2 Vem ska dokumentera?.....	4
3.2.1 Studerande	4
3.3 Vad ska dokumenteras?	4
3.4 Hur ska dokumentation ske?.....	5
4. Referenser	7
5. I denna riktlinje avses med.....	7

Dokumentnamn Riktlinje journaldokumentation	Version 1.0	Sida Sida 2 av 7
Framtagen av SUSSA informatik och verksamhet	Upprättat datum 2016-09-09	Revideringsdatum
Godkänd av SUSSA samrådsgruppen för verksamhetsutveckling	Ansvarig för revidering SUSSA informatik och verksamhet	
Fastställd av	Datum	Gäller från

1. Bakgrund

Riktlinjen är framtagen i samverkan mellan landstingen/regionerna Blekinge, Dalarna, Halland, Norrbotten, Sörmland, Västerbotten, Västernorrland, Örebro.

Vårdgivaren ansvarar för att genom direktiv säkerställa att ledningssystemet innehåller riktlinje för journaldokumentation.

Journaldokumentationen ska innehålla de uppgifter som behövs för att patienten ska få en god och säker vård. Uppgifterna ska vara lättillgängliga, riktiga, spårbara, skyddade från obehörig åtkomst och hanteras enligt gällande lagstiftning.

Journaldokumentationen är främst ett arbetsinstrument för den som ansvarar för patientens vård, men även någon som inte har träffat patienten tidigare ska kunna använda den för att bedöma vilka åtgärder som kan behöva vidtas. Journaldokumentationen är även en informationskälla för patienten.

En väl förd journaldokumentation har stor betydelse för patientsäkerheten och ökar tryggheten för personalen inom hälso- och sjukvården. I journaldokumentationen ska det vara lätt att följa vilka bedömningar och överväganden som gjorts, liksom eventuella komplikationer som förekommit, samt prognosen för den utförda behandlingen.

En bra journaldokumentation minskar risken för missförstånd om någon annan tar över ansvaret för en behandling eller om vården ifrågasätts, med mera.

Journaldokumentationen ska också kunna användas som underlag vid verksamhetsuppföljningar, händelseanalyser, skadestånds- och försäkringssammanhang, kontroller och tillsyn, rättsliga sammanhang, samt som källmaterial för forskning och kvalitetssäkring.

Uppgifterna i journaldokumentationen kan alltså få både rättsliga och ekonomiska betydelser för patienten. Därför är det synnerligen viktigt att dokumentationen är noggrann och korrekt.

Efter diskussioner med Socialstyrelsen, sammanslutningen Region Skåne – Stockholms läns landsting – Västra götalandregionen (3R) och Inera har landstingen/regionerna enats om att ersätta begreppet "Strukturerad vårddokumentation" med "Strukturerad information inom hälso- och sjukvård" eftersom det är ett vidare begrepp och bättre beskriver helheten i ett IT-stöd som stöder hela vårdprocessen.

1.1 Beskrivning av strukturerad information inom hälso- och sjukvården

- Inmatning av patientinformation sker på ett för användaren enkelt och strukturerat sätt. All relevant patientinformation bearbetas och extraheras så att den presenteras flexibelt för användaren utifrån behov vid en given tidpunkt i vårdprocessen, d v s rätt information vid rätt tillfälle på rätt plats.
- Följer nationell informationsmodell (NI) utökad med en fördjupad informationsmodell som stödjer det verksamheten behöver och är gemensam inom hälso- och sjukvården i Sverige.
- Följer nationell informationsstandard som möjliggör digitalt informationsutbyte gemensamt inom hälso- och sjukvården i Sverige
- Informationen ska kunna kodsättas med Nationellt fackspråk (NF) utökad med hälso- och sjukvårdens relevanta kodverk som inte ingår i NF.

Dokumentnamn Riktlinje journaldokumentation	Version 1.0	Sida Sida 3 av 7
Framtagen av SUSSA informatik och verksamhet	Upprättat datum 2016-09-09	Revideringsdatum
Godkänd av SUSSA samrådsgruppen för verksamhetsutveckling	Ansvarig för revidering SUSSA informatik och verksamhet	
Fastställd av	Datum	Gäller från

1.1.1 Grundprinciper

Journaldokumentationen ska:

- Möjliggöra visningsvyer där information presenteras för användaren utifrån behov
- Vara enkel och intuitiv att mata in
- Vara lättillgänglig och mobil när så behövs
- Vara utgångspunkt för god och säker vård, samt stöd och behandling
- Vara underlag för patientens ställningstagande
- Vara fullvärdig som underlag för att följa upp grupper av patienter på olika nivåer och genom olika vårdprocesser
- Vara underlag till integrerat beslutsstöd
- Vara tillräckligt bra för att utgöra underlag för forskning
- Vara tillräckligt specifik för att tillåta en juridisk bedömning av den enskilda processen
- Ha ett sammanhållet användargränssnitt

1.2 Krav i lag och förordning

Riktlinjen bygger på krav som återfinns i Patientlag (2014:821) , Patientdatalag (2008:355), Svensk författningssamling (2008:360) (1985:796) samt Socialstyrelsens författningssamlingar (2008:14). Bakgrundsinformation till dessa finns att hämta i t.ex. Socialstyrelsens handbok till SOSFS (2008:14) samt Regeringens proposition 2007/08:126.

Hänsyn har även tagits till HSLF-FS 2016:40 Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården som förväntas träda i kraft 2017-03-01.

2. Syfte

Syftet med riktlinjen är att vara ett övergripande, principiellt styrande, dokument kring att journaldokumentationen alltid innehåller de uppgifter som behövs för att patienten ska få en god och säker vård med hög patientsäkerhet. Uppgifterna omfattar samtliga vårdprocesser och ska ligga till grund för verksamhetsuppföljning, händelseanalyser, kontroll, tillsyn, rättsliga sammanhang, samt forskning och annan kvalitetssäkring.

2.1 Målgrupp

Målgrupp för riktlinjen är i första hand vårdgivare och verksamhetschefer inom Hälso- och sjukvård.

2.2 Ansvar

Vårdgivaren ansvarar för att det finns rutiner som möjliggör tillämpning av riktlinjen, vilket också inbegriper kunskap i handhavande av adekvata vårdinformationssystem.

Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten följer och tillämpar riktlinjen.

Inom vårdgivaren bör motsvarande ett informatikråd finnas med uppdrag att ta fram styrning och rutiner för en strukturerad journaldokumentation, följsam till nationella riktlinjer/direktiv.

Dokumentnamn Riktlinje journaldokumentation	Version 1.0	Sida Sida 4 av 7
Framtagen av SUSSA informatik och verksamhet	Upprättat datum 2016-09-09	Revideringsdatum
Godkänd av SUSSA samrådsgruppen för verksamhetsutveckling	Ansvarig för revidering SUSSA informatik och verksamhet	
Fastställd av	Datum	Gäller från

3. Tillvägagångssätt

3.1 När ska dokumentation ske?

Patientjournal ska föras vid vård, det vill säga vid undersökning, utredning, behandling och rådgivning, av patienter inom hälso- och sjukvården.

Journaldokumentation ska ske så snart som möjligt och utan någon längre fördröjning efter en vårdkontakt för att vara åtkomlig och användbar så snart en annan vårdare kan antas behöva tillgång till informationen.

Inom slutenvården innebär detta att journaldokumentationen behöver vara tillgänglig inom timmar och inom öppenvården inom 24 timmar om patienten kan antas söka vård på nytt.

Slutanteckning/epikris ska göras snarast möjligt och senast då all relevant information inkommit.

3.2 Vem ska dokumentera?

Skyldigheten gäller främst den som har legitimation eller ett särskilt förordnande att utöva ett visst yrke inom hälso- och sjukvården. I vissa fall måste även icke-legitimerad personal föra patientjournaler, exempelvis personal inom hälso- och sjukvården som biträder en legitimerad yrkesutövare och som deltar i vården av patienten.

Ansvar för journaldokumentationen åligger den hälso- och sjukvårdspersonal som ansvarar för vårdkontakten.

3.2.1 Studerande

När studerande deltar i den faktiska patientvården gäller Patientdatalagen för deras arbete, vilket innebär att den studerande får ta del av patientjournaler och även föra anteckningar när hen deltar i vården av patienten. Den studerande ska i dessa fall ha egen inloggning till vårdinformationssystemet.

3.3 Vad ska dokumenteras?

Journaldokumentation ska innehålla de uppgifter som ska antecknas enligt Patientdatalagen eller någon annan författning. Det innebär att journalen ska innehålla de uppgifter som behövs för vården av en patient eller för administration som rör patienten och som syftar till att ge vård.

Information som gäller vård och behandling av en patient ska journalföras.

Journaldokumentation ska även föras om patientens identitet inte kan fastställas, om patienten saknar svenskt personnummer eller om patienten har skyddad identitet.

Om uppgifterna finns tillgängliga ska journalen alltid innehålla:

- Patientens identitet
- En patients senast kända adress eller andra kontaktuppgifter
 - Vid skyddad identitet gäller särskilda regler
- Väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
- Aktuellt hälsotillstånd
- Bedömningar runt vård och behandling
- Ställd diagnos
- Utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa

Dokumentnamn Riktlinje journaldokumentation	Version 1.0	Sida Sida 5 av 7
Framtagen av SUSSA informatik och verksamhet	Upprättat datum 2016-09-09	Revideringsdatum
Godkänd av SUSSA samrådsgruppen för verksamhetsutveckling	Ansvarig för revidering SUSSA informatik och verksamhet	
Fastställd av	Datum	Gäller från

- Ordinationer och ordinationsorsak
- Resultat av utredande och behandlande åtgärder
- Slutanteckning och andra sammanfattningar av genomförd vård
- Samtycken och återkallade samtycken
- Komplikationer av vård och behandling
- Vårdrelaterade infektioner
- Patientens delaktighet och önskemål om vård och behandling
- Medicintekniska produkter som förskrivits till, lämnats ut till eller givits till patient på ett sådant sätt att de kan spåras
- Intyg, remisser och annan för vården relevant inkommande och utgående information
- Vårdplanering
- Om samtalet med patienten har förts via tolk och om denna tolk var en anhörigtolk eller professionell tolk
- Uppgifter om den information som lämnats till patienten, dennes vårdnadshavare och övriga närstående och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ
- Uppgift om förnyad medicinsk bedömning
- Uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling
- Uppgift om att en patient anser att en uppgift i patientjournalen är oriktig eller missvisande
- Uppgift om journalinformation som patient initierat

Följande uppgifter i journalen ska dessutom vara lättillgängliga:

- Fullständig anamnes
- En (1) aktuell och uppdaterad läkemedelslista
- Uppmärksamhetsinformation enligt nationell specifikation

3.4 Hur ska dokumentation ske?

- En patientjournal ska föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter.
- Journaldokumentation ska skrivas på svenska. Journalen ska vara lätt att förstå för såväl patienten som för andra. Texten ska vara saklig, lättförståelig, förkortningar ska undvikas och patientens integritet ska respekteras. Var särskilt noga med att använda kända termer och begrepp för att undvika missförstånd.
- Berättande text bör undvikas och överväg noga om det som dikteras eller skrivs ska finnas med i journalen, då för mycket text skymmer det väsentliga och tar onödigt mycket tid och resurser.
- Andelen fritext bör minskas till förmån för standardiserad journalföring, som förutsättning för uppföljning. Standardiserad journalföring innebär exempelvis standardiserade mallar, enhetliga sökord, vårdprocessdefinierad dokumentation, respektive fasta val, begrepp och fraser utifrån vårdprogram och nationella riktlinjer.

Dokumentnamn Riktlinje journaldokumentation	Version 1.0	Sida Sida 6 av 7
Framtagen av SUSSA informatik och verksamhet	Upprättat datum 2016-09-09	Revideringsdatum
Godkänd av SUSSA samrådsgruppen för verksamhetsutveckling	Ansvarig för revidering SUSSA informatik och verksamhet	
Fastställd av	Datum	Gäller från

- Journaldokumentation ska ske med hjälp av nationellt fastställda begrepp och termer, klassifikationer och övriga kodverk (nationellt fackspråk), samt utifrån en enhetlig informationsstruktur (nationell informationsstruktur). Detta för att informationen ska kunna tolkas på samma sätt mellan yrkesgrupper och över vårdgivargränser, samt för att det ska vara lätt att återsöka information och följa upp resultat och kvalitet.
- Standardiserad journalföring ska användas i så stor utsträckning som möjligt och andelen fritext bör minskas. T.ex. med hjälp av enhetliga journalmallar, enhetliga sökord, vårdprocessdefinierad journalföring, fasta val, begrepp och fraser utifrån vårdprogram och nationella riktlinjer.
- Journalföring ska ske i original och all form av överföring av uppgifter från original bör undvikas pga risk för felregistrering.
- Dubbeldokumentation ska undvikas, då detta är förenat med patientsäkerhetsrisker. Varje journaluppgift ska om möjligt bara dokumenteras en gång för att inte tynga journalen och göra den mer svårtillgänglig.
Exempel:
 - Tidigare diagnoser ska inte anges igen i samband med inskrivning, utan ska återfinnas i journalen.
 - Respektive verksamhet ska upprätta lokala rutiner för att fördela dokumentationsansvar mellan yrkeskategorierna för att motverka dubbeldokumentation utifrån perspektivet att föra 'sin journaldokumentation'.
 - Fokus ska hållas på avvikelser från den individuella patientens förväntade normalförlopp. Upprepningar ska undvikas.
 - Journalen består av flera olika delar och var sak har sin plats.
Exempel:
Läkemedelsordination skall dokumenteras i läkemedelsmodul och inte som journaltext.
Remiss och svar skall hållas ihop och finnas i respektive modul och inte som journaltext.
- Patientens personuppgifter ska inte anges i löpande journaltext, utan endast på angivna platser i journalen för att inte riskera bristande sekretess vid utdata eller skyddad identitet.
- Alla uppgifter i en journal ska signeras av den som ansvarar för uppgiften snarast efter vårdkontakt. Undantag utgörs av sådana uppgifter som enligt Patientdatalag och SOSFS 2008:14 kan undantas från signeringskrav av vårdgivaren.

Dokumentnamn Riktlinje journaldokumentation	Version 1.0	Sida Sida 7 av 7
Framtagen av SUSSA informatik och verksamhet	Upprättat datum 2016-09-09	Revideringsdatum
Godkänd av SUSSA samrådsgruppen för verksamhetsutveckling	Ansvarig för revidering SUSSA informatik och verksamhet	
Fastställd av	Datum	Gäller från

4. Referenser

- Socialstyrelsens föreskrifter för informationshantering och journalhantering i Hälso- och sjukvården, SOSFS 2008:14
- Handbok till SOSFS 2008:14, informationshantering och journalföring
- Patientdatalag 2008:355
- Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, SOSFS 2005:12
- Regeringens proposition 2007/08:126
- Informationsspecifikation för uppmärksamhetsinformation, gällande version
- Vårdhandboken.se
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården SOSFS 2016:40 (tas i kraft 170301)

5. I denna riktlinje avses med

Verksamhetschef	Befattningshavare som svarar för verksamheten (SOSFS 2008:14)
Vårdgivare	Statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (privat vårdgivare) (Patientdatalagen)
Signera	Påföra signatur i syfte att styrka riktighet och säkerställa spårbarhet (SOSFS 2008:14)
Ledningssystem	System för att fastställa principer för ledning av verksamheten enligt SOSFS 2011:9
Hälso- och sjukvårdspersonal	Person eller personer som i sitt yrke utför hälso- och sjukvård (SOSFS 2008:14)
Informationssystem	System som insamlar, bearbetar, lagrar eller distribuerar och presenterar information (SOSFS 2008:14)
Journalhandling	Framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder (Patientdatalagen)
Patientjournal	En eller flera journalhandlingar som rör samma patient (Patientdatalagen)
Vårdkontakt	Kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal då hälso- och sjukvård utförs . Kommentar i Socialstyrelsens termbank: Exempel på vårdkontakter är vårdtillfälle, öppenvårdsbesök, hemsjukvårdsbesök och telefonkontakt. I den nationella statistiken räknas endast sådana vårdkontakter som har dokumenterats i patientens journal (Socialstyrelsens termbank)