

Journaldokumentation

Hitta i dokumentet

[Syfte](#)

[Del 1 - allmänt om patientjournalen](#)

[Bakgrund](#)

[Patientjournalens syfte](#)

[Vad är en journalhandling?](#)

[Skyldig att föra journal](#)

[Språket](#)

[Patientjournalens innehåll](#)

[Vad ska inte stå i journalen?](#)

[Uppgift om portkod](#)

[Samtycken](#)

[Sekretess](#)

[Förhindra obehörig åtkomst](#)

[Spärr av uppgifter/vårdenheter/vårdgivare](#)

[Utlämnande av journalhandling/uppgift](#)

[Rättning av uppgifter införda på fel patient](#)

[samt förstöring av journaluppgifter](#)

[Bevarande av journalhandling](#)

[Dokumentation avliden patient](#)

[Journalhandlingar i olika tekniska plattformar](#)

[och datamedier](#)

[Uppmärksamhetsinformation](#)

[Sammanhållen journalföring](#)

[Nationell Patientöversikt \(NPÖ\)](#)

[1177 Journalen](#)

[Översättning av patientjournalen till annat](#)

[språk](#)

[Del 2 - Riktlinjer för journaldokumentation](#)

[Diktering och diktatutskrifter](#)

[Tidpunkter](#)

[Signering](#)

[Automatlåsning av journalanteckning](#)

[Diagnos- och åtgärdsregistrering \(KVÅ\)](#)

[Dokumentation av provsvar](#)

[Externa remisser](#)

[Avskrift av journalhandlingar](#)

[Övriga externa inkommande dokument](#)

[E-arkiv, preparering och skanning](#)

[Remisser och remissvar](#)

[Konsultation - dokumentation](#)

[Intyg](#)

[Utlåtande](#)

[Kvalitetsregister](#)

[Tvångsvård och vårdintyg](#)

[Dokumentation av undersökningar och mätvärden som ett led i medicinsk utredning](#)

[Dokumentation av MDK,](#)

[behandlingskonferens, teambesök,](#)

[gruppbesök, avstämningsmöte och SIP](#)

[Teambesök](#)

[Gruppbesök](#)

[Avstämningsmöte mellan olika](#)

[vårdförvaltningar och myndigheter rörande](#)

[enskild patient](#)

[Samordnad individuell vårdplan \(SIP\)](#)

[Patientkontrakt](#)

[Vårdplan, rehabiliteringsplan och](#)

[habiliteringsplan](#)

[Min vårdplan i cancervården](#)

[Vårdplan i omvårdnadsjournal för slutenvård](#)

[Brytpunktssamtal](#)

[Kommunikation med patient, närstående och](#)

[annan part](#)

[Kontakt med närstående](#)

[Provtagning närstående](#)

[Kontaktuppgifter till närstående](#)

[Information från annan part](#)

[Uppgifter om annan person i patientens journal](#)

[Kommunikation inom och mellan vårdenheter](#)

[Dokumentation av uppgifter från Platform24](#)

[Återbud och uteblivna besök](#)

[Dokumentation av administration](#)

[Journaldokumentation, studerande](#)

[Dokumentation av utlämnande av](#)

[journaluppgift i polisärende](#)

[Psykologtest och upphovsrätt](#)

[Lex Maria](#)

[Dokumentation av våldsutsatthet](#)

[Barnhus Halland, dokumentation vid](#)

[medverkan](#)

[Dokumentation vid suicidriskbedömning](#)

[Omvårdnadsdokumentation i slutenvård](#)

Syfte

Beskriver de krav som ställs på journal, journalinnehåll, journalförare och hur patientinformation ska hanteras. Därtill är syftet att:

- minska dokumentation av oväsentlig information.
- minska dubbeldokumentation och upprepningar.
- öka spårbarheten genom att information anges under *korrekt sökord*.
- öka möjligheten att på ett enkelt sätt följa vårdförlopp.
- möjliggöra uttag av data för uppföljning.
- öka överblickbarheten över vilka rutiner som finns som styr hur journaldokumentation ska ske.

Del 1 - allmänt om patientjournalen

Bakgrund

[I Patientdatalagen \(2008:355\)](#) och [Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården \(HSLF-FS 2016:40\)](#) beskrivs bland annat om vem som ska föra journal, vad en journal ska innehålla och hur uppgifterna får hanteras.

Grundläggande är att alla typer av patientkontakter ska journalföras. Undantag kan finnas om informationsvärdet i kontakten saknar betydelse för vård och behandling. En journal ska föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter. Journalinformation kan finnas på flera slags media - elektroniskt, papper, foto, film, band med mera. Oavsett hur uppgifterna lagras gäller Patientdatalagen och föreskriftens regler.

Inom Region Halland används ett flertal olika elektroniska vårdinformationssystem som lagrar uppgifter om den enskilde invånarens vård och hälsa. VAS, NCS, E-arkiv, Aweria, Paratus, Obstetrix och lagringssystem för bild och multimedia är att betrakta som *patientjournal* och ska ge den samlade bilden runt patientens vård och hälsa.

Patientjournalens syfte

Det finns flera syften med att föra patientjournal. Journalen ska i första hand bidra till en god och säker vård och vara ett stöd för hälso- och sjukvårdspersonal som ansvarar för patientens vård.

Journalen ska även vara

- En informationskälla för patienten. Tänk på att det du skriver kan komma att läsas av patienten.

- Ett hjälpmedel i kvalitets- och utvecklingsarbetet. Exempelvis är granskning av journaler en viktig del i vårdens systematiska utvecklings- och patientsäkerhetsarbete.
- Ett stöd vid tillsyn. Allvarlig vårdskada ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och en internutredning underlättas av en bra journal. IVO kan även begära in journaler i tillsynsärenden.
- Möjlig att kunna användas för forskning.
- Möjlig att använda vid uppgiftsskyldighet i rättsliga, skadestånds-och försäkringssammanhang.
- Möjlig att använda för statistikuppgifter, bland annat till myndigheter och Sveriges kommuner och regioner (SKR).

Vad är en journalhandling?

Alla typer av dokument, i alla typer av medier (exempelvis papper, brev, formulär från formulärstjänst, e-post, foto eller film) som rör enskild patients hälsotillstånd, personliga förhållanden eller vidtagna eller planerade vårdåtgärder räknas som journalhandling.

Hur tillgängliggörs patientjournalen/ tillgång till journalhandlingar

Inom Region Halland används ett flertal olika elektroniska vårdinformationssystem som lagrar uppgifter om den enskilde invånarens vård och hälsa, exempelvis Webcert, Aweria, Cytobase, Provisio, SESAM, med flera. I huvudjournalssystemen VAS och Obstetrix ska det i journalanteckning framgå när dokumentation finns upprättad i andra vårdssystem.

Utöver dessa system finns även system för bildhantering och arkivering av inskannade dokument (e-arkiv). Dessa system ska ses som en del av huvudjournalssystemen.

Dokument som inkommit i pappersform och som rör vård och behandling för enskild patient ska skannas in i e-arkiv.

Egna minnesanteckningar räknas som arbetsmaterial som ska förstöras när uppgiften förts in i journalen. Om egna minnesanteckningar förs i ordnad form och sparas över längre tid (tre månader) är de att likställa med journalhandling och ska skannas in i journalen.

Då det gäller ifyllda formulär som hanteras i egna informationssystem, där sammanfattningar av informationen inte görs i journalen, exempelvis formulärstjänsten, så ska dessa skrivas ut och skannas in i e-arkiv.

Skyldig att föra journal

Skyldig att föra journal är:

- personal med legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke.
- personal utan legitimation för yrket men som utför samma slags arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården som legitimerade yrkesutövare gör.

Det måste framgå vilken personal (namngiven) som har skapat och är ansvarig för journalanteckningen. Journalanteckning får inte vara skapad/registrerad av en "fiktiv vårdgivare". Om "fiktiv vårdgivare" av olika anledning används i den patientadministrativa planeringsprocessen måste den "fiktiva vårdgivaren" ändras till den faktiska (namngivna) hälso- och sjukvårdspersonal som genomför själva vårdkontakten och den efterföljande journalanteckningen.

Språket

Huvudregeln är att journalhandlingar ska skrivas på svenska men det finns undantag (se HSLF-FS 2016:40, (6 kap 8 §)).

Journalen ska vara möjlig att förstå för såväl vårdutövare som patient. Texten ska vara saklig, lättförståelig och utan förkortningar. Var särskilt noga med att använda etablerade och kända termer och begrepp för att undvika missförstånd. Yrkesmässigt fackspråk kan användas där den professionella noggrannheten så kräver men i sammanfattande bedömningar bör texten författas så att den blir begriplig även för patienten och/eller dennes företrädare.

Den som journalför bör undvika berättande text och överväg noga om det som dikteras eller skrivs ska finnas med i journalen eftersom för mycket text kan skymma det väsentliga. Uttryckssättet bör därför vara kortfattat och sakligt under adekvat sökord. Den information och de observationer som utgör underlag för en diagnos ska tydligt kunna härledas ur anamnes, status, undersökningsresultat och bedömning.

Om hänvisning görs till information på annat ställe i journalen, ange då information som gör uppgifterna lättare att lokalisera, exempelvis datum, klinik och journalförare.

Övriga språkliga riktlinjer:

- Patientens namn och personuppgifter ska i normalfallet inte anges i löpande journaltext eftersom det framgår vid val av patienten i den elektroniska journalen. Namn och personuppgifter kan dock behöva anges i intyg, brev och utlåtanden.
- Hur patientens och närståendes namn och relation ska beskrivas återfinns i avsnittet: [Vad ska inte stå i patientjournalen.](#)

- Om journaltexten refererar till andra vårdutövare ska för- och efternamn samt yrkestitel tydligt framgå.
- Var noggrann med att språkligt skilja på och tydliggöra vad som är patientens beskrivning och vad som är vårdutövarens observation och bedömning.

Patientjournalens innehåll

Om uppgifterna finns tillgängliga ska journalen alltid innehålla:

- Patientens identitet
Se regiongemensamma rutiner, blankett och manual:
 - [ID-kontroll patient](#) - rutin
 - [ID-kontroll patient - fastställa i efterhand](#) - blankett
 - [Skyddade personuppgifter](#) – rutin
 - [VAS - Reservnummer](#) – manual
 - [VAS - Reservnummer](#) – rutin
- Patientens kontaktuppgifter
- Namn och befattning på den vårdutövare som ansvarar för en viss journaluppgift
- Information om på vilken vårdinrättning kontakten har skett
- Tidpunkter för genomförda och planerade vårdkontakter
- Väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
- Aktuellt hälsotillstånd
- Medicinska bedömningar
- Uppmärksamhetsinformation enligt [nationell specifikation](#)
- Överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen (se rutin [VAS – Uppmärksamhetsinformation under OBS, Varning och Smitta](#))
- Ställd diagnos
- Uppgifter om vidtagna och planerade utredande och behandlande åtgärder samt bakgrund till dessa
- Resultat av utredande och behandlande åtgärder
- Ordinationer och ordinationsorsak
- Slutanteckning och andra sammanfattningar av genomförd vård
- Vårdrelaterade och samhällsförvärvade infektioner ([VAS – Uppmärksamhetsinformation under OBS, Varning och Smitta](#))
- Samtycken och återkallade samtycken (Se rutin [Sekretess och Samtycken](#))
- Patientens önskemål om vård och behandling
- Komplikationer av vård och behandling.
- Medicintekniska produkter som förskrivits till, lämnats ut till eller givits till patient på ett sådant sätt att det kan spåras. (Se [Rutin för medicintekniska produkter i Region Halland](#) samt [311 Säkerhet för medicintekniska produkter](#))
- Intyg
- Remisser

- Annan inkommande och utgående information av betydelse för vård och behandling
- Samordnad individuell planering (SIP) med myndigheter och vård- och omsorgsaktörer utanför den egna förvaltningen
- Uppgifter om den information som lämnats till patienten, dennes vårdnadshavare och övriga närstående gällande de ställningstaganden som gjorts i fråga om behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning
- Uppgift om förnyad medicinsk bedömning
- Uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling
- Uppgift om en journalhandling eller en avskrift eller kopia av handlingen har lämnats ut till någon och vem som tagit del av handlingen.
- Uppgift om att en patient anser att en uppgift i patientjournalen är oriktig eller missvisande

Vad ska inte stå i journalen?

Diskussion kring enhetens uppdrag och administrativa frågor (exempelvis resursbrist, dålig organisation med mera) som inte gäller den enskilde patientens vård och behandling får inte föras i journalen.

Enligt 1 kap 2 § patientdatalagen ska personuppgifter utformas och i övrigt behandlas så att patienters och övriga registrerades integritet respekteras. Undvik att nämna personliga eller relationella omständigheter som inte har betydelse för vård och behandling.

Undvik också att använda patientens namn i löpande journaltext, använd i stället neutralt begrepp såsom *patienten*. Personuppgifter gällande närstående eller annan person ska undvikas i löpande text i journalen, ibland kan dock namn behöva skrivas ut för att tydliggöra syftningen och säkra att det inte kan uppstå missförstånd. Helst ska neutrala begrepp användas; exempelvis *maka, pappa, syster, god vän*. Inför ett utlämnande av patientjournalen är det viktigt att se till så att namn på andra personer inte lämnas ut i onödan.

Dubbeldokumentation ska så långt det är möjligt undvikas. Om uppgifterna finns på annat ställe i patientjournalen överväg om hänvisning kan göras.

Uppgift om portkod

Uppgifter om patients portkod är uppgifter som måste hanteras med största försiktighet. En uppgift om portkod ska hanteras som om det vore en fysisk nyckel, det vill säga uppgift om portkod ska förvaras i nyckelskåp. I journalen ska noteras att uppgift om portkod har lämnats, men själva portkoden får inte registreras i journalen.

Samtycken

Patienten kan inte motsätta sig att vården och behandlingen dokumenteras i en journal. Det krävs således inget samtycke för detta. Det finns krav i Patientdatalagen, Patientlagen samt i flera andra lagar att patienten ska lämna samtycke när särskilda åtgärder ska vidtas. Alla aktiva samtycken ska registreras i journalen under sökord *Samtycke*. Se rutin: [Sekretess och Samtycken](#)

Notera att medverkan i kvalitetsregister inte kräver något samtycke. Endast då patienten motsätter sig medverkan i ett kvalitetsregister behöver detta journalföras. Sökord *Samtycke* ska då användas. För mer information, se rubrik: [Kvalitetsregister](#).

Sekretess

För att skydda patienternas personliga integritet gäller sekretess inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Alla anställda, studenter, praktikanter, inhyrda konsulter med flera måste därför försäkra att inte obehörigen lämna ut uppgifter. Anställda förutsätts följa villkor för tystnadsplikt och sekretessregler i samband med att anställningsavtal undertecknas. För studenter, praktikanter, inhyrda konsulter med flera skrivs särskild kvittens under gällande sekretessregler och tystnadsplikt.

Se blanketter:

- [Introduktion till informationssäkerhet - externa medarbetare](#)
 - [Engelsk version för externa medarbetare](#)
- [Introduktion till informationssäkerhet interna medarbetare](#)

Se rutin:

- [Sekretess och Samtycken](#)

Förhindra obehörig åtkomst

Journalhandlingen omfattas av sekretess och ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till den. Skrivare, på vilken sekretesskyddade uppgifter skrivs ut ska vara placerad så att obehöriga inte har åtkomst - under uppsikt eller inlåst. Vid val av skrivare kontrollera alltid via det meddelande som kommer på skärmen, att valet av skrivare är korrekt. Är ett felaktigt val gjort och det är för sent att ändra, ring mottagaren och be om makulering av utskriften. När datorn lämnas utan uppsikt ska skärmlås eller motsvarande låsfunktion användas.

Utskrivna journalhandlingar som ej längre behövs ska alltid strimlas eller läggas i sekretessbox.

Spärr av uppgifter/vårdenheter/vårdgivare

Se rutiner med tillhörande blanketter:

- [Journal- spärra/ tillfälligt häva /ta bort](#)
 - [Journalspärr - blankett](#)

Utlämnande av journalhandling/uppgift

Beskrivning finns i följande rutiner:

- [Journalutlämnande](#)
- [Journalhandling via internpost](#)
- [Sekretess - polis utlämnande av uppgift](#)
- [Journalkopia - avslag på begäran](#)

Rättning av uppgifter införda på fel patient samt förstöring av journaluppgifter

Journaluppgifter som dokumenterats på fel patient samt förstöring av journaluppgifter på begäran av patient, se rutin: [Journal - Journalförstöring - ta bort text.](#)

Bevarande av journalhandling

Patientuppgifter ska vara läsbara fram till dess att de får gallras. Varje förvaltning i Region Halland ansvarar själv för att ta fram dokumenthanteringsplaner och hålla dem uppdaterade. I Region Hallands dokumenthanteringsplaner finns beskrivet hur länge en handling ska sparas. Se Intranätet: [Dokumenthanteringsplaner](#) och rutin: [Dokumenthantering.](#)

Dokumentation avliden patient

I en avlidens journal får bara dokumentation ske som har med patienten att göra. Avlidna patienters identitet får inte under några omständigheter användas för teständamål i vårdsystemen.

Dokumentation av anhörigsamtal i samband med dödsfall, se rubrik [Kontakt med närstående.](#)

Gällande utfärdande av dödsbevis och dödsorsaksintyg hänvisas till rubrik [Intyg](#) nedan.

Se även rutin:

- [Dödsfall – Registrering och anmälan](#)

Journalhandlingar i olika tekniska plattformar och datamedier

Vårdinformationssystemet VAS är huvudjournal och basen för journalföring, och så mycket som möjligt bör samlas där. Handlingar som är upprättade på annat sätt (foton, film, video, eller andra stödjande system) och som innehåller viktig information för vård och behandling ska ses som en del av patientjournalen även om de lagras i

olika informationssystem. Huvudjournalen ska innehålla information om var originalinformationen kan hittas.

Se rutin: [Externa lagringsmedia](#).

Uppmärksamhetsinformation

I vårdinformationssystemet VAS finns uppmärksamhetsinformation som är viktig att ta del av för att upprätthålla en god patientsäkerhet. Under uppmärksamhetssymbolen finns menyerna *Varning*, *Smitta* och *OBS*. Denna information har stor betydelse för omhändertagandet av patienten och för hur informationen runt patienten får hanteras.



Se rutin:

- [VAS – Uppmärksamhetsinformation under OBS, Varning och Smitta](#)

Notera att Region Halland inte publicerar uppmärksamhetsinformation från VAS till Nationell patientöversikt (NPÖ) eller i 1177 Journalen.

För mer information se [Uppmärksamhetsinformation - Socialstyrelsen](#)

Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation innebär att hälso- och sjukvårdspersonal inom en vårdgivare* eller omsorgsgivare**, under vissa förutsättningar, kan få elektronisk direktåtkomst till annan vårdgivares eller omsorgsgivares digitala journalhandlingar och andra personuppgifter som behandlas för ändamål som rör vårddokumentation. Detta styrs av lagen "Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation" (SVOD) och det primära syftet med lagen är att öka, förbättra och förenkla kommunikationen mellan vårdgivare och omsorgsgivare.

*Med vårdgivare avses Region Halland, Privata vårdcentraler, andra regioner så som Skåne, VGR etc.

**Med omsorgsgivare avses Socialnämnden, Socialtjänsten eller motsvarande i en kommun

Innan uppgifter om en patient görs tillgängliga för hälso- och sjukvårdspersonal hos andra vård- och omsorgsgivare genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation ska patienten informeras om vad den sammanhållna vård- och omsorgsdokumentationen innebär. Patienten ska också informeras om att han eller hon kan motsätta sig att uppgifterna görs tillgängliga på det sättet. Om patienten motsätter sig att ingå i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation ska uppgifterna spärras.

För att hälso- och sjukvårdspersonal hos en vårdgivare eller omsorgsgivare ska få ta del av ospärrade uppgifter hos annan vårdgivare eller omsorgsgivare krävs att uppgifterna rör en patient som det finns en aktuell vårdrelation med och att

uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar eller skador hos patienten. Patienten måste också samtycka till det.

Observera att sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation endast får tillämpas inom de verksamheter inom socialtjänsten som avser insatser för *äldre personer* och *personer med funktionsnedsättning*. Lagen är också tydlig med att journalhandlingar från någon annan vårdgivare eller omsorgsgivare i normalfallet inte bör laddas ned i form av kopia som tillfogas och lagras i den egna dokumentationen samt att information inte bör laddas ned och lagras endast i syfte att det kan komma att behövas framöver.

När det gäller sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation dokumenteras samtycket i formulär PA41 och för Biobank används formulär PA19. Ett samtycke kan gälla per vårdtillfälle eller över längre tid för antingen enskild eller flera hälso- och sjukvårdspersonal eller för hel vårdenhet. Samtycket kan som längst vara 1 år innan frågan på nytt ska ställas till patient.

Se avsnitt om sammanhållen journal i rutin [Sekretess och Samtycken](#) samt under rubrik [Samtycke](#) i detta dokument.

Ytterligare information finns på:

- Socialstyrelsens webbplats [Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation – samlat stöd för vårdgivare och omsorgsgivare - Socialstyrelsen](#)
- Vårdgivarwebben [Sammanhållen journal](#)

Nationell Patientöversikt (NPÖ)

Nationell Patientöversikt, NPÖ innebär att vårdpersonal från flera vårdgivare i Sverige kan läsa patientens journal, via särskild inloggning eller så kallat uthopp från det vårdinformationssystem som används. I Region Halland görs journalinformation från VAS, Mitt Vaccin och Paratus tillgängligt. För att kunna få ta del av information i NPÖ krävs samtycke från patienten samt att vårdutövaren har ett aktivt medarbetaruppdrag i katalogtjänsten HSA som administreras via Hallandskatalogen (HAK). Därtill krävs att vårdutövaren har en vårdrelation med patienten i form av inplanerad eller pågående vårdkontakt eller inkommen remiss i VAS. Vid en akut situation då patientens samtycke inte kan inhämtas finns möjlighet till nödöppning för att ta del av patientens journal via NPÖ.

Informationen som visas i NPÖ och 1177 Vårdguidens e-tjänster: Journalen hämtas från anslutna vårdinformationssystem och presenteras varje gång hälso- och

sjukvårdspersonalen loggar in, all information är en ögonblicksbild och ingen journalinformation lagras således i tjänsten.

Det går heller inte att skriva ut journalhandlingar från NPÖ.

För mer information:

- [Nationell patientöversikt, NPÖ](#)
- Rutin: [Uppgifter som ej publiceras i 1177 Journalen respektive Nationell Patientöversikt \(NPÖ\)](#)

1177 Journalen

I utbudet från 1177 finns tjänsten *Journalen* som ger möjlighet för Region Hallands invånare att läsa delar av sin patientjournal på internet. Denna tjänst liknar i allt väsentligt tjänsten NPÖ som beskrivs ovan. Viss information är dock spärerad i denna tjänst vilket framgår i denna rutin:

- [Uppgifter som ej publiceras i 1177 Journalen respektive Nationell Patientöversikt \(NPÖ\)](#)

I vissa situationer kan behov av att begränsa vårdnadshavares åtkomst till minderårigs invånartjänst uppkomma. Nedanstående rutin beskriver Region Hallands process för att vid behov begränsa vårdnadshavares åtkomst till minderårigs nationella och regionala invånartjänster.

- [Rutin - Begränsning av vårdnadshavares åtkomst till minderårigs invånartjänst](#)
- [Blankett - Begäran om begränsning av vårdnadshavares åtkomst till invånartjänster](#)

Notera att tillgängligheten till 1177 Journalen inte ska förväxlas med patientens rätt att begära ut journalkopia enligt gällande lagstiftning; [Patientdatalag \(2008:355\)](#).

Rutiner för utlämning av journalkopia finns i denna rutin:

- [Rutin - Journalutlämnande](#).

Tillgång till 1177 Journalen är således inte att betrakta som en rättighet enligt ovan nämnda lagstiftning utan som en tjänst inom ramen för utbudet från 1177.

För mer information:

- [Journalen - Information till dig som patient](#)

Översättning av patientjournalen till annat språk

Patienten har rätt att ta del av sin journal på ett sådant sätt att det går att förstå.

Region Halland har en egen rutin avseende översättning av journal:

- [Journal - översättning](#)

Del 2 - Riktlinjer för journaldokumentation

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 vårdutövare kan antas behöva tillgång till informationen.

Inom slutenvården innebär det att journaldokumentationen behöver vara tillgänglig snarast möjligt och inom öppenvården inom 24 timmar om patienten kan antas söka vård på nytt. Även slutanteckning/epikris ska göras snarast möjligt och senast då all relevant information inkommit.

Diktering och diktatutskrifter

Prioriterade diktatutskrifter

Journaler, remisser och brev som inte journalförs direkt av vårdutövaren ska dikteras i digitalt dikteringssystem för senare diktatutskrift. Den som dikterar ska ange om det är en prioriterad utskrift.

Tid för utskrift av diktat

Tillgängligheten till journaluppgifter förutsätter korta tider mellan diktering och diktatutskrift. En anteckning ska föras in i journalen så snart som möjligt ([PDL 2008:355, 3 kap, 9§](#)).

Målet bör vara att diktatutskriften ska vara införd påföljande dag. Om utskriftstiderna överstiger fyra dagar ska avdelningschef/motsvarande informeras för att kunna vidta lämpliga åtgärder. Avvikelse rapport ska då skrivas.

Tidpunkter

I journalen ska framgå tidpunkten för varje vårdkontakt som en patient ska ha eller har haft. Vidare ska patientjournalen innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i journalen, när anteckningen dikterades och när anteckningen registrerades i journalen.

- *Händelsedatum* - Journalhuvud i VAS - tidpunkt för vårdkontakt.
- *Dokumentationsdatum* - Journalhuvud i VAS - datum när vårdutövaren dikterar eller skriver själv.
- *Registreringsdatum* – Journalhuvud i VAS - datum när journaluppgifterna registreras i journalen.

I löpande text skrivs datum enligt följande:

- ÅÅÅÅ-MM-DD
- "29 mars 2022"
- Tidsintervall skrivs: ÅÅÅÅ-MM-DD--MM-DD

Signering

Alla uppgifter i en journal ska signeras inom 14 dagar efter upprättad anteckning eller diktatutskrift. Någon funktion för automatisk signering finns inte i VAS, däremot sker en automatlåsning efter 7 dygn, se mer i stycket nedan.

För att underlätta arbetet med att omhänderta osignerade poster i VAS finns möjlighet till automatisering. Denna funktion beställs av verksamhetschef via ServiceDesk+.

Påminnelser om osignerade poster i VAS skickas via e-post till berörda medarbetare. Respektive förvaltning beslutar själv vilka kriterier som ska gälla för påminnelser av utskick.

Intern rutin kring signering finns för Hallands sjukhus.

- [VAS – signering journalanteckningar HS](#)

Inför övergången till vårdinformationssystemet Cosmic har en särskild övergångsrutin skapats:

- [Hantering av osignerad och ovidimerad journalinformation inför övergång till Cosmic](#)

Automatlåsning av journalanteckning

Osignerad anteckning i VAS automatlåses efter 7 dygn. Detta innebär att historik skapas om innehållet i anteckningen ändras efter att automatlåset verkställts på samma sätt som en signerad anteckning genererar historik vid ändringar. Notera att ingen automatisk signering sker i samband med att en anteckning blir automatlåst.

Diagnos- och åtgärdsregistrering (KVÅ)

Registrering av diagnos- och åtgärds-koder (KVÅ) sker via DR16 i VAS men koderna kan speglas till journalanteckningen för vårdkontakten via en koppling till sökordet *Diagnos/KVÅ*.

Mer information:

- [VAS – epikrisskrivning, kodning](#)
- [VAS-hjälpen](#) – Manual för funktionalitet i systemet

Sökordet *Diagnos* ska endast användas i följande fall:

- Specialisttandvården Hallands sjukhus där behov finns vid hantering av slutenvårdspatienter.
- För Psykiatri Halland i journaltyp *Utsa* (Utredningssammanfattning) och *Behs* (Behandlingssammanfattning) där anteckning sker utan vårdkontakt

men där diagnos sätts som ett resultat av den behandling eller utredning anteckningen beskriver.

- Hallands sjukhus i journaltyp *Operationsberättelse* vid genomförd operation på slutenvårdspatienter.
- I journaltyp *Läk* (Läkare) för kliniker inom Hallands sjukhus och då i kombination med anteckningstyp *Ivut* (IVA utskrivning) eftersom det är ämnat för diagnosättning vid utskrivningsanteckning från IVA. Slutenvårdstillfället i sin helhet diagnosregistreras via DR16.

Notera att utdata av diagnos- och åtgärds-koder sker via registrering i DR16.

Diagnosregistrering kan inte ske om det inte finns en koppling mot ett besök vilket betyder att det inte går att sätta diagnos på en så kallad "utan-besöks-anteckning"

Registrering av diagnos- och åtgärds-koder (KVÅ) görs i de fall som beskrivs i denna rutin:

- [Vårdkontakter - registrering](#)

Dokumentation av provsvar

Kliniska mätvärden och laboratoriemedicinska provresultat bör inte återupprepas i löpande journaltext utan att reflekterade kommentar eller resonemang runt resultaten anges. Då det behövs ska istället laboratoriemedicinska provsvar kommenteras tillsammans med övriga kliniska fynd i en journalanteckning under lämpliga sökord.

I vissa fall finns det dock behov av att kunna sammanfatta och kommentera utvalda specifika provresultat. För detta ändamål kan sökordet *Specifika provsvar* användas.

Hantering av inkomna provsvar, dokument och remisser från extern part

Inkommande dokument från extern part utanför VAS och övriga vårdinformationssystem ska hanteras enligt följande principer:

Externa prov- och analyssvar

Provsvar som levereras från extern part utanför VAS och övriga vårdinformationssystem ska hanteras enligt följande principer:

- Då en analys skickas till ett externt laboratorium ska en labbremiss skapas i VAS LA1.
- I labbremissen skrivs, i avsedda fält, tidpunkt och datum då provtagning utfördes.
- Ange provkod: /Ext.
- Fältet *Svar* lämnas tomt till dess att svar anländer.
- I fältet *Analyskommentar* skrivs det prov som ska tas samt till vilket laboratorium/sjukhus som provet skickas.

- När svaret anländer; öppna den tidigare skapade labbremissen och skriv *Extern* i fältet för *Svar*.
- Analyssvaret i original skickas till skanning omgående. Signeringen av labbremissen i VAS är synonymt med att man tagit del av inskannat dokument i E-arkiv. Pappersdokumentet som skannas in kräver därmed inte fysisk signering av ansvarig Hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP).
- Direkt avskrift av analyssvaret bör undvikas, då det innebär risk för felregistrering. Istället bör det inskannade originalet användas för att utläsa analyssvaret. Dock kan undantag göras om analyssvaret kan skrivas av från originalet på ett säkert och tydligt sätt, något som i så fall beslutas av verksamhetschef.
- Oavsett om avskrift av analyssvaret görs eller inte, ska alltid följande information skrivas in i analyskommentar:
 - Att svar anlänt
 - Vilket datum svaret anlänt
 - Analyserande labb
 - Namn på analys
- Om ingen avskrift görs av analyssvaret ska hänvisning göras till E-arkiv med texten "*Originaldokument skickat till skanning*"
- Om avskrift görs av analysvar ska följande information också skrivas in i analyskommentera:
 - Svar på analys samt enhet och referensintervall, ordagrant avskrivet från analyssvaret.
 - För att tydliggöra att det är en avskrift och att originalet skickas till skanning skrivs "*OBS! Detta är en avskrift, originaldokument skickat till skanning*".
 - Finns fler analyser på samma provtid skrivs analyserna under varandra.
- Labbremissen i VAS signeras av ansvarig HOSP när analyskommentar är ifylld.

Externa remisser

Inkommande externa remisser ska alltid registreras i VAS. Samma handhavande av signering gäller även för remiss från extern part.

Se rutin [VAS – Remiss och remissvar](#)

Avskrift av journalhandlingar

Avskrift av journalhandlingar ska undvikas eftersom det finns risk att man skriver av fel. Det är alltid inskannad originalhandling som man kan lita på. När det gäller egenremisser på papper eller via 1177 så ska alltid ett remisshuvud skapas i VAS RE4 där de administrativa delarna fylls i samt diagnos/fråga. Rekommendationen är att man i anamnesfältet skriver en hänvisning till E-arkiv med texten "*Originaldokument skickat till skanning*". Om man väljer att göra en avskrift av hela pappersremissen (innehållet under anamnes) är detta ett beslut som tas av verksamhetschef. Om avskrift görs av hel remiss ska man överst i anamnesfältet

skriva "OBS! Detta är en avskrift, originaldokument skickat till skanning" så att man medvetandegör att det skulle kunna stå något annat i originalet.

Övriga externa inkommande dokument

Inkommande dokument från extern part utanför VAS och övriga vårdinformationssystem ska hanteras enligt följande principer:

- Dokumentet i original skickas till skanning omgående.
- Dokumentera i journalen, i ansvarig hälso- och sjukvårdspersonals namn, att dokument mottagits. Journalanteckningen ska även innehålla:
 - Typ av dokument, exempelvis brev, journalkopia eller utlåtande.
 - Avsändare
 - Datum då dokumentet upprättats
 - Hänvisning till inskannat originaldokument i E-arkiv,
 - Exempel på journaltext: "*Journalkopia inkommit från Neurokirurgimottagningen Lund, Skånes Universitetssjukhus, daterat 2022-08-01. Se inskannat originaldokument i E-arkiv.*"
- Journalanteckningen signeras av ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal. Signeringen av journalanteckningen VAS är synonymt med att man tagit del av inskannat dokument i E-arkiv. Pappersdokumentet som skannas in kräver därmed inte fysisk signering av ansvarig Hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP).
- Direkt avskrift av originaldokumentet ska undvikas, då det innebär risk för felregistrering. Istället bör det inskannade originalet användas för att utläsa innehållet.

E-arkiv, preparering och skanning

E-arkivet i VAS består av både skannat material och uppgifter från avställda (stängda) system. Man kan även läsa information från Massvacc (svininfluensavaccinationer) och Elvis Journalarkiv. System som är avställda och finns att läsa i e-arkiv är: Swedestar, SysTeamCross, Kurir, EpOp, Elvis, Journal3, Paul32, Opus, Edvard, Obstetrix 1, Obstetrix 2 och Admed.

Kopplingen som finns mellan e-arkiv och VAS innebär att e-arkivet är åtkomligt från VAS och att personnumret följer med från VAS. Journalen i e-arkiv är ordnad i en trädstruktur i kategorier som är gemensamma för hela Halland. Kategorierna är i sin tur uppdelade i dokumenttyper som kan vara specifika för olika verksamheter.

All skanning sköts centralt av Skanning Halland, Regionservice.

För mer information se [Vårdgivarwebben](#) och rutin:

- [Journal - preparering, transport och skanning](#)

- [PMO-journal - preparering, transport och skanning](#)

För förteckning av dokumenttyper i E-arkiv, se:

- [Lathund kategorier och dokumenttyper](#)

Remisser och remissvar

För remisser och remissvar tillämpas följande rutin:

- [VAS - Remisser och remissvar](#)

Konsultation - dokumentation

Rutinen beskriver hur konsultation definieras samt hur dokumentation av konsultationer sker i VAS.

- [Konsultation](#)

Intyg

Den som är skyldig att föra journal (se ovan) ska på begäran av patienten utfärda intyg om vården.

Ett intyg innehåller objektiva omständigheter om vården och är endast en redovisning av fakta, till skillnad från ett utlåtande som kan innehålla bedömningar, analyser eller prognoser över den vård som har getts.

Socialstyrelsen har fastställt vissa grundkrav som gäller vid utfärdande av intyg och utlåtanden. Intygsskrivande baseras oftast på personlig undersökning. Om detta inte är möjligt ska det framgå av intyget. Är det någon annan än patient och vårdnadshavare som begär intyget bör de informeras av den som skriver intyget om att det utfärdats. För omyndiga är huvudregeln att vårdnadshavarna ska godkänna att ett intyg utfärdas. Om en vårdnadshavare begär intyg och det finns anledning att misstänka att vårdnadshavarna kan vara oense behöver man således försäkra sig om att den andra vårdnadshavaren inte motsätter sig intyget. Vid vårdnadstvister kan upplysningar behöva inhämtas från andra personer för att uppfylla kraven på objektivitet.

Intyget ska sparas i VAS-journalen och en anteckning om att intyg utfärdats, dokumenteras i en *utan besöksanteckning* med anteckningstyp *Intyg*, i lämplig journaltyp på sökordet *Intyg*. Skriv t.ex. "Intyg om rehabilitering utfärdat och skickat", aktuellt datum samt att dokumentet också är skannat till e-arkiv. Om intyget utfärdas vid mottagningsbesök skrivs det in i samband med mottagningsanteckning under sökord *Intyg*.

När det gäller utfärdande av dödsbevis och dödsorsaksintyg skrivs dessa enligt ovan men med den skillnaden att man använder sökorden: *Dödsbevis* och *Dödsorsaksintyg*.

Se även rutin:

- [Dödsfall – registrering och anmälan](#)

Utlåtande

Något generellt krav på skyldighet för vårdpersonal att skriva utlåtanden finns inte. Läkare inom den offentliga vården har dock skyldighet enligt [Patientsäkerhetslag \(2010:659\)](#) 6 kap. 9 § att skriva utlåtanden på begäran av vissa myndigheter. Tänk särskilt på att enbart intyga sådant som du har belägg för och att uttrycka dig sakligt och korrekt.

Intyg och utlåtanden ska innehålla:

- Vilken patient intyget avser.
- Bedömning.
- Underskrift med datum och befattning/anställning samt namnförtydligande.

Intyg och utlåtande kan också innehålla:

- På vems begäran intyget skrivs och ändamålet.
- Vad intyget grundar sig på – faktaunderlaget.
- Faktauppgifter angående symtom, diagnos, vårdtid.

Kvalitetsregister

Det finns en stor mängd kvalitetsregister som patienten kan medverka i. Under sökordet *Kvalitetsregister* i VAS dokumenteras vilket kvalitetsregister som är aktuellt samt att patienten fått information om vad registreringen innebär. Om patienten inte godkänner att personuppgifter behandlas i registret ska detta dokumenteras i journalen, se rubrik [samtycken](#).

I övrigt se rutin:

- [Kvalitetsregister - nationella och regionala](#)

Tvångsvård och vårdintyg

Vårdintyg och eventuellt beslut om tvångsvård ska dokumenteras i journalen och kommuniceras i arbetslaget på ett så tydligt sätt att alla känner till vad som gäller för den aktuella patienten.

Vårdintyget i original förvaras på den psykiatriska avdelning där patienten är inskriven.

Mer information:

- [VAS – Inskrivning Tvångsvård](#)
- [VAS – dokumentation öppen psykiatrisk tvångsvård \(ÖPT\)](#)
- [Manual: VAS – Registrera tvångsvård](#)
- [Vårdintyg – så här ska det fyllas i](#)

Dokumentation av undersökningar och mätvärden som ett led i medicinsk utredning

Som ett led i en medicinsk utredning görs ofta ett antal undersökningar, provtagningar och registreringar av mätvärden. Undersökningarna utförs ofta av olika kategorier av yrkesutövare och vid olika tillfällen. Därmed är det av vikt att resultatet av dessa dokumenteras på ett tydligt sätt, så att den som ansvarar för den medicinska utredningen har god översikt över vilka undersökningar och provtagningar som är utförda och kan göra en samlad bedömning av undersökningsresultaten.

Grundläggande princip är att den som utför undersökningen ansvarar för att dokumentation av densamma är utförd samt att resultatet dokumenteras enligt nedan.

1. Ingen ytterligare journaldokumentation behövs för resultat som genereras av specifikt system och som levereras in i VAS i specifika formulär, exempelvis kem-labbsvar, röntgensvar, EKG.
2. Mätvärden:
 - a. Inom Hallands Sjukhus registreras mätvärden i NCS läkemedelsmoduls tempkurva. Blodtryck och puls kan även vid behov dokumenteras på sökord i VAS.
 - b. Inom övriga vårdförvaltningar registreras mätvärden i VAS i labblistan alternativt dokumenteras på avsett sökord.
3. Resultat som genereras i någon form av pappersutskrift från en apparat eller medicinteknisk produkt; exempelvis spirometri; skannas in i VAS E-arkiv. Journalanteckning skrivs av den som utfört undersökningen att denna är utförd med hänvisning till E-arkiv.
4. Resultat från bedömningsinstrument eller annat genomfört test, som utförts på pappersformulär, journalförs av den som utfört undersökningen, att undersökningen är utförd och med hänvisning till E-arkiv.

Notera möjligheten att använda VAS JO20 för att återkoppla till beställaren att undersökning är utförd eller att ett svar inkommit.

Gällande registrering av mätvärden, se rutin:

- [Dokumentation i NCS Läkemedelsmoduls tempkurva](#)

Dokumentation av läkemedel

Grundläggande är att dokumentation av läkemedel görs i läkemedelsmodulen NCS. Dock kan resonemang och omständigheter runt hantering av läkemedel behöva dokumenteras i VAS. Nedan följer en definition av de begrepp som också återfinns som sökord i VAS och som berör läkemedel.

Läkemedelshantering:

/ NCS Läkemedelsmodul dokumenteras förskrivning, ordination, iordningställande, överlämnande och administrering av läkemedel. / VAS dokumenteras kompletterande information till den dokumentation som görs i NCS, tex Ändringsorsak (anledning till justeringar och/eller utsättning av läkemedel) och planerad uppföljning. Ändringsorsak (= utsättningsorsak) går också att ange i NCS men är inte ett tvingande fält. Anges inte ändringsorsak i NCS bör detta göras i VAS på sökord Läkemedelshantering.

Behandlingsorsak är numer tvingande fält i NCS och ska ej dubbeldokumenteras i VAS

Läkemedelsberättelse

Sökordet används för dokumentation av sammanfattning riktad till patienten efter genomförd läkemedelsgenomgång och/eller i samband med avslut av vårdtillfälle. Här ingår relevant information om vilka ordinationer som har ändrats och vilka andra åtgärder rörande läkemedelsbehandlingen som har vidtagits, orsaker till vidtagna åtgärder samt hur eventuell uppföljning ska ske (när och av vem). Läkemedelsberättelsen ska kompletteras med en aktuell läkemedelslista.

Läkemedelsgenomgång

Sökordet används för dokumentation av genomförd läkemedelsgenomgång; enkel eller fördjupad. Genomförande och definitioner av läkemedelsgenomgång beskrivs i rutin:

- [Läkemedel - läkemedelsgenomgång](#)

Läkemedelsbiverkning

Sökordet används för dokumentation av observerad eller av patient meddelad läkemedelsbiverkan enligt rutin:

- [Läkemedel – rapportering av biverkningar](#)

Vaccinationer

Rutin vaccinationsregistrering:

- [Vaccinationsregistrering i MittVaccin, Sammanhållen vaccinationsjournal](#)

Dokumentation av MDK, behandlingskonferens, teambesök, gruppbesök, avstämningsmöte och SIP

MDK - Multidisciplinär konferens används främst inom cancervård och innebär att flera professioner och specialiteter, inom och utanför regionen, diskuterar utredning och behandling gällande patienter med tumörsjukdom. Förfarandet, inklusive dokumentation, beskrivs i denna rutin:

- [Multidisciplinära konferenser \(MDK\) i cancersjukvården](#)

Dokumentation för övriga behandlingskonferenser sker i för konferensen lämplig journaltyp och sökord. Anteckningstyp *Konf – Konferens* ska då användas. Inom psykiatri används även anteckningstyp *Beko – Behandlingskonferens*, beroende på om patienten/närstående är närvarande eller inte.

Teambesök

Med teambesök avses att patienten möter två eller fler hälso- och sjukvårdspersonal där var och en har självständigt behandlingsansvar. De olika professionernas bedömningar ska dokumenteras i patientjournalen. Om gemensamma anteckningar upprättas, utses en person att föra journalanteckningar. I anteckningarna ska framgå vilka personer som deltagit i teambesöket och de gemensamma beslut eller ställningstaganden som gjorts. Det finns inga krav på att varje vårdutövare upprättar egna journalanteckningar.

Gruppbesök

När flera patienter deltar i gruppverksamhet eller gruppbehandling ska anteckning göras i den enskilde patientens journal att denne deltagit. Om det finns uppgifter av vikt för fortsatt vård och behandling ska även dessa föras in i patientens journal.

Avstämningsmöte mellan olika vårdförvaltningar och myndigheter rörande enskild patient

Ett avstämningsmöte innebär att en vidgad krets av professioner inom eller från olika vårdförvaltningar och myndigheter, exempelvis skola och socialtjänst, deltar i ett möte gällande en enskild patient. Varje förvaltning och myndighet har i detta fall ansvar för dokumentation av sitt åtagande enligt sina egna rutiner. För Region Hallands del gäller att varje deltagande vårdutövare från regionen ansvarar för att dokumentera uppgifter som är av betydelse för vård och behandling i patientjournalen för respektive klinik.

Använd lämplig journaltyp i VAS och anteckningstyp: *Konf – konferens*.

Samordnad individuell vårdplan (SIP)

Dokumentation av SIP görs dels i informationssystemet Lifecare och dels i VAS enligt nedanstående rutiner:

- [SIP – Samordnad individuell vårdplan, Gemensam dokumentation och registrering](#)
- [SIP Samordnad individuell plan](#) (Gäller för Psykiatri i Halland)

För mer information gällande registrering, se rutin: [Vårdkontakter - registrering](#)

Patientkontrakt

Ett patientkontrakt är ett sätt att säkerställa patientens delaktighet i sin egen hälsa och vård och stödja patienten att tillvarata och nyttja sina egna resurser. Denna typ av dokumentation faller under begreppet *patientkontrakt*. Patientkontraktet innebär i sig inget fastslaget sätt att dokumentera utan är ett övergripande begrepp.

Innehållet i patientkontraktet ska spegla vad som ska ske i vårdkontakterna, när det ska ske och vem patienten ska vända sig till. Det ska vara tydligt både vad patienten och vården ska göra. I första hand ska patientkontrakt erbjudas patienter med omfattande och komplexa vårdbehov.



I patientkontraktet kan olika delar ingå, exempelvis:

- Vårdplan
- Rehabiliteringsplan
- Habiliteringsplan

- Min vårdplan cancer på 1177.se
- Brytpunktssamtal
- SIP – Samordnad individuell plan
- Bokade tider
- Övriga relevanta anteckningar och dokument

Läs mer om patientkontrakt på vårdgivarwebben:

- [Patientkontrakt](#)

Vårdplan, rehabiliteringsplan och habiliteringsplan

För patienter med mer omfattande och komplexa behov avseende framtida omvårdnad, medicinsk vård, rehabilitering eller habilitering bör en särskild plan upprättas som en del av patientkontraktet. Syftet är att informationen finns tillgänglig och är enkelt åtkomlig för alla parter. En sådan plan benämns som *vårdplan*, *rehabplan* eller *habiliteringsplan* i VAS. Dessa planer ska upprättas i samråd med vårdgivaren, patienten och/eller dennes företrädare, samt eventuella aktörer från andra myndigheter och vårdförvaltningar.

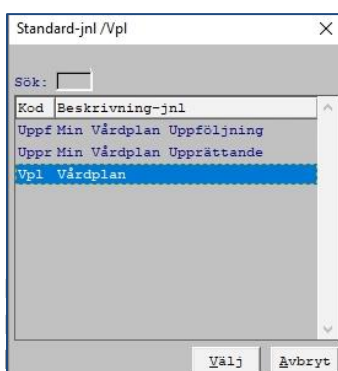
Journaltyper som kan användas är:

- Vpl – Vårdplan
- Repl – Rehabiliteringsplan
- Hapl – Habiliteringsplan

Oavsett typ av plan bör åtminstone följande information dokumenteras:

- Närvarande
- Resurser och hinder
- Mål och delmål
- Åtgärder
- Uppföljning

Ovan nämnda planer innehåller samma sökordsuppsättning. Undantag gäller för Hallands sjukhus som i sin Vpl har fler sökord än vad som finns i grundstrukturen. Detta beror på att journaltypen ska kunna användas för dokumentation av "Min vårdplan cancer". För att dokumentera i Vpl enligt grundstrukturen, för annat ändamål än "Min vårdplan Cancer", måste standardjournal Vpl väljas.



Vårdplan i omvårdnadsjournal för slutenvård

Inom slutenvården används också begreppet vårdplan men då med ett fokus på specifika risker och

omvårdnadsproblem; således en upprättad vårdplan för varje identifierad risk. Exempel kan vara suicidrisk, nutrition och trycksår. Vårdplan dokumenteras i SV54 – *Omvårdnadsöversikt* i VAS, under menyval *Vårdplan*.

För mer information om omvårdnadsjournalen, se stycket [Omvårdnadsdokumentation i slutenvård](#).

Min vårdplan i cancervården

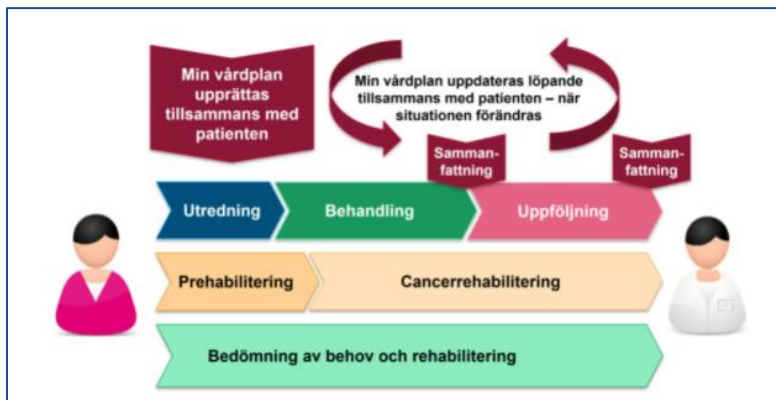
Patienter med cancersjukdom bör ha en skriftlig vårdplan som individanpassas utifrån patientens behov med syfte att ge tydlig information till patient och närstående och göra dem delaktiga i vården samt öka deras trygghet. För vissa utvalda cancersjukdomar finns nationellt framtagna vårdplaner tillgängliga via 1177. Denna vårdplan upprättas tillsammans med patienten och vårdpersonalen och kan uppdateras av båda parter.

För mer information gällande nationellt arbete runt Min vårdplan cancer se:

- [Min vårdplan i cancervården - RCC](#)

Om den specifika cancersjukdomen inte finns framtagen bland de utvalda vårdplanerna i 1177 används journaltyp *Vpl – Vårdplan* i VAS. Läs mer i rutin:

- [Kontaktsjuksköterskor för cancerpatienter inklusive "Min vårdplan" och dokumentation](#)



Kontaktsjuksköterska i cancervård

Dokumentation, kodning och registrering för kontaktsjuksköterskor inom cancervård beskrivs i rutin:

- [Kontaktsjuksköterskor för cancerpatienter inklusive "Min vårdplan" och dokumentation](#)

Brytpunktssamtal

Ett brytpunktssamtal definieras som ett samtal mellan ansvarig läkare och patient om ställningstagandet att övergå till palliativ vård i livets slutskede, där innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål.

Dokumentation sker enligt följande:

- [Brytpunktssamtal för patienter inskrivna i kommunal Hemsjukvård i Halland](#)
- [Ställningstagande behandlingsbegränsningar](#)

Kommunikation med patient, närstående och annan part

Kommunikation och korrespondens med patient

Rutin för hur dokumentation av kommunikation och korrespondens mellan vårdutövare och patient som sker via brev, telefon och elektroniska tjänster finns här:

- [Journal - kommunikation med patienter](#)

Kontakt med närstående

Om en eller flera närstående med nära relation till patient erbjuds information/undervisning med anledning av en patients sjukdom ska insatsen journalföras i patientens journal. Likaså om den närstående deltar i anhörigsamtal eller familjesamtal med anledning av sin närståendes sjukdom.

Om den närstående uppvisar egna somatiska eller psykiska besvär definieras hen själv som patient och kontakten ska därmed journalföras i en egen journal. Den närstående behöver nödvändigtvis inte erbjudas samtal eller behandling på samma vårdinrättning som patienten tillhör/tillhört. Exempelvis om närstående träffar kurator inom specialistvården kan anhörig remitteras ut till närsjukvården för fortsatt omhändertagande.

Exempel på journalföring närstående:

- Då anhörig behöver hjälp och stöd från vården i barnets/vuxnes utveckling eller hantering av sjukdom, dokumenteras detta i patientens journal.
- När patient avlider "ingår" samtal för anhörig efteråt och besöket dokumenteras i den avlidnes journal.
- Då anhörig uppvisar egna somatiska eller psykiska besvär och behöver fortsatt hjälp med t ex samtal för egen del, har ett eget vårdbehov, blir anhörig själv patient i vården och kontakten ska därmed journalföras i egen journal.

Särskild hänsyn kan behöva tas gällande barn som anhöriga.

- Se rutin: [Barn som anhöriga](#)

Provtagning närstående

När provtagning utförs på anhörig/partner/barnafader inom kvinnohälsovården, journalföras dessa i patientens egen journal och hanteras enligt rutin:

- [Hantera provsvar på anhörig](#)

Kontaktuppgifter till närstående

Namn och övriga kontaktuppgifter till närstående får utan samtycke registreras i patientjournalen på avsedd plats eftersom dessa uppgifter anses som nödvändiga.

Information från annan part

Om närstående, myndighet eller annan person i patientens närhet lämnar information om förhållanden som rör patienten så måste informationen värderas noggrant så att inte patienten kan lida men i efterförloppet. Patientens identitet måste säkerställas utifrån den information som lämnats och informationen ska ha betydelse för patientens vård och behandling. Om dessa kriterier uppfylls kan detta dokumenteras i patientens journal under lämpligt sökord. Vem som lämnat uppgifterna bör dokumenteras under sökord *Uppgiftslämnare* i VAS.

Uppgifter om annan person i patientens journal

Så långt det är möjligt bör uppgifter om annan person undvikas i en patients journal. Det finns dock ett sökord *Annan person* som kan användas vid behov. Se rutin:

- [VAS- sökord – Annan person](#)

Kommunikation inom och mellan vårdenheter

Nedanstående rutin beskriver olika möjligheter att på ett säkert sätt kommunicera inom och mellan vårdenheter.

- [VAS – kommunikation inom och mellan vårdenheter i VAS](#)

Dokumentation av uppgifter från Plattform24

I Plattform24 finns en chattfunktion med en självtrigerande funktion med möjlighet till automatgenererade råd. Om patienten inte känner sig nöjd med det automatgenererade rådet kan hen välja att gå vidare med ett videobesök eller direktchatt med vårdpersonal.

Övergripande principer är:

- Den automatiskt genererade anamnesen från Plattform24 kan kopieras och klistras in under sökord *Aktuellt* i VAS. Notera att den inkopierade texten faller under den dokumenterande hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar.
- Den bedömning som hälso- och sjukvårdspersonalen gör dokumenteras under sökord *Bedömning* i VAS.
- Vid behov kan ytterligare, för situationen lämpliga sökord användas.

- Den som dokumenterar bör beakta att information om våldsutsatthet i den autogenererade textmassan bör skiljas ut och dokumenteras under sökord *Våld i nära relation*.

Se rutin:

- [Plattform24 – chatt och videobesök](#)

Återbud och uteblivna besök

Dokumentation av återbud och uteblivna besök i VAS beskrivs i rutin:

- [VAS – Återbud och uteblivet besök](#)

Dokumentation av administration

Dokumentation av administrativa åtgärder i VAS beskrivs i rutin:

- [Rutin: VAS – dokumentation administration](#)

Behov av tolk - dokumentation

Patientens behov av tolk registreras i Patientvyn i VAS. Om behov finns att dokumentera exempelvis bokningsnummer då tolk är beställd görs detta i bokningsunderlaget under rutan *Anmärkning* vid besöksbokning i VAS för öppen hälso- och sjukvård. Inom sluten- och heldygnsvård dokumenteras detta under sökordet *Kommunikation* som finns i omvårdnadsjournalen i VAS.

För mer information, se rutin:

- [Tolktjänster](#)
- [Digitala översättningsprogram](#)

Journaldokumentation, studerande

Studerande utför journaldokumentation som ett led i sin kliniska utbildning.

Rutin för studerandes journalföring finns i nedanstående rutin:

- [Journaldokumentation studerande](#)

Dokumentation i samband med polisärende

Polismyndigheten begär ibland handräckning av hälso- och sjukvårdspersonal för att utföra drogtest. I dessa fall ska ingen dokumentation göras i patientjournalen utan polismyndigheten har hela ansvaret för dokumentation och provhantering. Hälso- och sjukvårdspersonalen utför således enbart provtagningen.

Sjukvården har skyldighet att på begäran från polis lämna såväl muntlig som skriftlig information (journalkopia) som gäller brott enligt 3, 4 och 6 kapitlet i brottsbalken. En anteckning ska då göras i journalen att den lämnats ut, när och till vilket tjänsteställe inom polismyndigheten. Patienten behöver inte underrättas därom. Se rutin:

- [Sekretess polisen vid utlämnande av uppgift](#)
- [Polismyndighetsbegäran om provtagning, läkarundersökning och fakturering](#)

Psykologtest och upphovsrätt

Enligt Offentlighets och Sekretess Lagen – OSL, 25 kap. 1 § OSL såväl som 17 kap. 4 § OSL gäller att respektive driftsnämnd/förvaltning där uppgift om psykologiska tester förekommer har att verka för att uppgifterna inte lämnar myndighetsgränsen utan att en menprövning genomförts eller en sekretessbrytande bestämmelse befunnits tillämplig.

Anledningen till att standardiserade psykologiska test är omgärdade av sekretess är behovet av att skydda testen enligt upphovsrätten från insyn av obehöriga och förhindra en allmän spridning av testen. Detta för att säkerställa testernas validitet och reliabilitet.

Med hänvisning till detta kan *inte* bedömningsinstrument/testmaterial från psykologtester arkiveras i elektroniskt arkiv, såsom VAS E-arkiv. Testmaterialet såväl som testet är en del av journalen men testmaterialet ska förvaras i pappersform på grund av att testsekretessen inte tillåter elektronisk åtkomst till handlingen över myndighetsgränser.

Under tiden som en utredning pågår förvaras testledarens anteckningar, testprotokoll m.m. inlåst i journalskåp av den utredande psykologen. När en utredning är avslutad ska handlingarna gås igenom. De handlingar som ska arkiveras förvaras i journalskåp medan övrigt strimlas. I journalskåpet ska journalerna sorteras på personnummer.

Resultatet av genomförda psykologiska tester räknas enligt Socialstyrelsen som väsentliga uppgifter för patientens vård och behandling. Därför ska resultatet sparas i patientjournalen tillsammans med ett psykologutlåtande.

Testprotokoll från begåvningsstest och andra neuropsykologiska test ska arkiveras i separata kuvert. Kuvertet ska märkas namn och personnummer och med följande text:

Innehåller testprotokoll. Får enbart lämnas ut till legitimerad psykolog, p.g.a testsekretess. Enligt 17 kap 4 § Offentlighets- och Sekretesslagen.

Samtliga resultatsammanställningar från begåvningsstest, neuropsykologiska tester, skattningsformulär m.m. som använts i utredningen arkiveras. Inga testresultat får sparas elektroniskt på de datorer som används vid testerna utan raderas efter att testet är genomfört och utskriften är klar.

Resultatet, som **inte** omfattas av bedömningsinstrumentsekretessen, samt all relevant information i utredningen ska alltid dokumenteras i den digitala journalen. I journalanteckningen ska också anges den fysiska plats där testprotokollen förvaras.

Vid journalföring i elektroniskt journalsystem (VAS) ska det framgå vilket testmaterial som använts för att nå testresultatet. Den nämnd/förvaltning som förfogar över uppgiften har att utföra en menprövning innan uppgiften kan lämnas ut, bl a med hänsyn till spridningsrisken av ett bedömningsinstrument.

Principbeslutet om evigt bevarande av journalhandlingar ska tillämpas även på testmaterialet då detta utgör en del av journalen.

Lex Maria

Vid anmälan enligt Lex Maria (Patientsäkerhetslagen 3 kap 5 §) ska anteckning alltid göras i journalen om att anmälan gjorts och vilken information som lämnats till patienten. Anmälan ska diarieföras, se rutin:

- [Dokumenthantering](#)

Dokumentation av våldsutsatthet

Våld i nära relation

Våld i nära relation dokumenteras enligt instruktioner nedan:

- Rutin: [Våld i nära relationer inkluderat hedersrelaterat våld och förtryck](#)
- Kunskapsstöd: [Våld i nära relationer inkluderat hedersrelaterat våld och förtryck](#)

Våld ej i nära relation

Dokumentation av våld som sker i icke nära relation dokumenteras i fritext på sökord *Våld ej i nära relat.*

Båda ovanstående sökord är undantagna visning på 1177 Journalen.

Barnahus Halland, dokumentation vid medverkan

[Då hälso- och sjukvårdspersonal medverkar vid ett ärende hos Barnahus Halland, dokumenteras detta i VAS, antingen i Barn- och ungdomspsykiatri \(BUP\) Halland eller i Barn- och ungdomskliniken Hallands Sjukhus journal.](#)

[Dokumentation sker enligt rutin Barnahus – uppdrag somatisk vård](#) och gäller för Barn- och ungdomskliniken HS men berör också Psykiatri Halland.

Dokumentation vid suicidriskbedömning

Dokumentation av suicidriskbedömning för vuxna över 18 år sker enligt rutin:

- [Suicidriskbedömning och suicidprevention – vuxna från 18 år](#)

Dokumentation av sårvård

Dokumentation av sårvård sker enligt regional rutin:

- [Dokumentation av sårbehandling](#)

Dokumentation vid smittrisk

Dokumentation av smittrisk sker enligt regional rutin:

- [Journalföring vid smittrisk](#)

Dokumentation vid smittspårning av sjukdomar som går under Smittskyddslagen (Smittskyddslag (2004:168))

Vid sjukdomar som är smittspårningspliktiga enligt smittskyddslagen ska dokumentation om smittspårning ske både i patientjournal och i separat smittspårningshandling. I patientjournalen ska det framgå när smittspårning är påbörjad, när den är avslutad, vem som utfört smittspårning, vilka förhållningsregler som är givna och koppling till smittspårningshandling. Det som dokumenteras i smittspårningshandlingen ska inte dokumenteras i patientjournalen.

I smittspårningshandlingen ska det framgå index, identitet, diagnos, kontakters identitet och uppgifter, eventuell smittväg, vem som informerat kontakterna, eventuella åtgärder och annan relevant smittspårningsinformation beroende på agens. Smittspårningshandlingen tillhör inte patientjournalen utan ska bevaras på enheten och gallras enligt regionalt gallringsbeslut.

Omvårdnadsdokumentation i slutenvård

Omvårdnadsjournalen är delvis fristående från annan dokumentation i VAS och nås via *Patientliggaren SV54*, menyval *Omv* (Omvårdnad översikt).

Omvårdnadsanamnes och omvårdnadsepikris syns i journalöversikten, såsom övriga journaltyper. Omvårdnadsstatus, Rapport samt Vårdplan syns bara i *Omvårdnad översikt* i SV54. Denna dokumentation visas inte heller i Nationell Patientöversikt (NPÖ) eller 1177 Journalen.

Nedanstående rutin beskriver hur omvårdnadsdokumentation ska göras för att den ska vara enhetlig och lättillgänglig samt vad som ska dokumenteras i journalsystemet VAS respektive NCS.

- [VAS - dokumentation av omvårdnad i slutna vård HS](#)
- [VAS - dokumentation av omvårdnad i slutna vård - Bilaga 1 Fickfolder HS](#)
- [NCS Läkemedelsmoduls tempkurva](#)

In- och utskrivning och vårdövergångar

Åtgärder och dokumentation vid in- och utskrivning, permission, samt överflyttning av patienter beskrivs i nedanstående rutin från Hallands sjukhus.

- [Inskrivning, överflyttning, permission samt utskrivning av patient](#)

Relaterade processer

- [Vårdkontakter - registrering](#)

Uppdaterat från föregående version

2024-07:

Bytt länkar för rutin som berör uppmärksamhetsinformation.

Rubrik: Sammanhållen vårddokumentation ersätter tidigare rubrik Sammanhållen journalföring. Text uppdaterad.

Rubrik Dokumentation i samband med polisärende: innehåll flyttat till del 2 samt uppdaterat.

Signering uppdaterad med övergångsrutin för Cosmic.

Nya rubriker tillagda:

Dokumentation kring avliden patient

Dokumentation av läkemedel

Kontaktaktsjuksköterska i cancervård

Dokumentation av suicidrisk

Dokumentation av sårvård

Dokumentation av smittrisk

Ny rubrik Dokumentation vid smittspårning av sjukdomar som går under Smittskyddslagen med tillhörande text

Förgående versionsuppdateringar

2024-04:

Lagt till kapitel om Dokumentation av liden patient

2024-02:

Länkar uppdaterade.

Mindre redaktionella ändringar.

Rubrik Dokumentation vid våldsutsatthet uppdaterad.

Rubrik Dokumentation Barnhus uppdaterad med hänvisning till rutin