

# Rutin

## Dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournal

Fastställd av	Verksamhetschef LSS/HSL
Datum för fastställande	2026-06-01
Gäller för	Vård och Omsorg



# Innehåll

Inledning.....	2
Syfte och omfattning.....	2
Ansvar.....	2
Verksamhetssystem och informationssäkerhet.....	3
Struktur - ICF och KVÅ och sammanhållen vård och omsorgsdokumentation (SVOD).....	4
Generellt kring dokumentation i patientjournalen.....	4
Patientjournalens innehåll enligt lag och hur vi hanterar det i VIVA.....	6
En entydig identifikation av patienten och kontaktuppgifter.....	7
Aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar.....	7
Uppmärksamhetsinformation.....	7
Anamnes och status.....	8
Bedömningar.....	9
Skyddsåtgärd.....	9
Utredande och behandlande åtgärder samt bakgrund.....	9
Vårdplan.....	10
Ordinationer och ordinationsorsak.....	10
Egenvårdsbedömning.....	11
Resultat av utredande och behandlande åtgärder - uppföljningar.....	11
Slutanteckningar och andra sammanfattningar av genomförd vård - Epikris.....	12
Komplikationer av vård och behandling.....	12
Vårdrelaterade infektioner (VRI).....	12
Samtycken och återkallade samtycken.....	12
Menprövning (vid utlämning av information).....	14
Patientens önskemål om vård och behandling.....	14
Medicintekniska produkter.....	14
Intyg, remisser och annan för vården relevant inkommande och utgående information.....	14
Vårdplanering.....	14
Utlämnande av journalhandling.....	15
Driftstopp.....	16
Granskning av dokumentation.....	17
Bevarande och gallring av journalhandlingar.....	17
Referenser.....	17

## Inledning

För att säkerställa att patienten får en god och säker vård finns en lagstadgad skyldighet att föra patientjournal över de bedömningar och beslut som har gjorts avseende patientens vård och behandling. En patientjournal är även en informationskälla för patienten, uppföljning och utveckling av verksamheten, tillsyn och rättsliga krav, uppgiftsskyldighet enligt lag samt forskning. Patientdatalagen (2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:40) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården styr i vilken omfattning journal ska föras samt hur journalen ska hanteras och dess syfte. En väl förd patientjournal har stor betydelse för patientsäkerheten och ökar hälso- och sjukvårdspersonalens trygghet.

## Syfte och omfattning

Syftet med rutinen är att säkerställa så att dokumentationen i patientjournalen blir genomförd på ett strukturerat sätt för en god och säker vård samt i enlighet med gällande lagstiftning och andra regelverk. Rutinen omfattar hälso- och sjukvårdspersonal inom Östhammars vård och omsorg.

## Ansvar

### ***Vårdgivare och verksamhetschef inom hälso- och sjukvård***

Vårdgivaren ansvarar för att det i verksamhetens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet finns en dokumenterad rutin för journalhantering. Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård ansvarar för att tillsammans med de medicinskt ansvariga upprätta den rutinen.

### ***Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)***

MAS och MAR ansvarar för att tillsammans med verksamhetschef upprätta rutin för en säker journalhantering samt följa upp och kontrollera att journaler förs i enlighet med lagar och föreskrifter genom journalgranskning.

### ***Enhetschef hälso- och sjukvård***

Enhetschef för hälso- och sjukvård ansvarar för att följa upp och kontrollera att journalföring sker enligt rutin, säkerställa att personalen har rätt åtkomstbehörigheter i journalsystemet och genomföra loggkontroller enligt rutin.

### ***Legitimerad personal***

Den dokumentationsskyldiga personalen måste vidta åtgärder för att säkerställa sina möjligheter att fullgöra sin dokumentationsskyldighet. Legitimerade ansvarar för att journal förs i den omfattning som krävs enligt lag och att patientens delaktighet beaktas. Legitimerade ansvarar också för att hålla sig informerad om vad som är aktuellt och arbeta efter de riktlinjer/rutiner som råder samt bidra till förbättring och utveckling av journalen.

## Verksamhetssystem och informationssäkerhet

Inom kommunens vård och omsorg används Viva verksamhetssystem (Cambio Viva) för journalföring enligt HSL och SoL. Det är en heltäckande plattform som används för dokumentation, handläggning, myndighetsutövning och genomförande. Närvårdsenheten i Östhammar, som är en kommunal verksamhet som drivs gemensamt med regionen, dokumenterar i regionens journalsystem Cosmic Care.

Vårdgivaren ska ha en dokumenterad informationssäkerhetspolicy som beskriver hur patientuppgifter hanteras och hur säkerhetsarbetet ska bedrivas. Målet är att skydda patientens integritet och skapa trygghet i att uppgifter bara hanteras av behörig personal. Arbetet med informationssäkerhet utgår från fyra centrala principer

**Tillgänglighet.** Behörig personal ska snabbt kunna nå patientuppgifter för att fatta korrekta och tidskritiska beslut. Detta säkerställs genom stabila IT-system, säkerhetskopiering samt avbrotts- och kontinuitetsplaner. Riskanalyser krävs vid införande av nya system. Vårdgivaren har det övergripande ansvaret.

**Riktighet.** Uppgifter får inte vara felaktiga eller ändras obehörigt. Felaktig journal ska till exempel korrigeras omgående. Legitimerad personal kan korrigera i Viva; övriga kontaktar enhetschef eller support. Alla ändringar sparas spårbart.

**Sekretess och spårbarhet.** Journaluppgifter ska skyddas från obehörig åtkomst. I Viva styrs åtkomst av befattning, arbetsplats och sekretessområden. Alla aktiviteter loggas så att olovliga åtkomster kan spåras. Endast den personal som deltar i vården/omvårdnaden kring en patient har rätt att ta del av de journalanteckningar som behövs för att kunna ge en god och säker vård/omvårdnad om patienten lämnat sitt samtycke. Personal som inte deltar i arbetet kring patienten får inte läsa i journalen eller på annat sätt ta del av sekretessbelagd information även om tillgänglighet och möjlighet finns

**Loggkontroller.** Enhetschef ansvarar för regelbundna loggkontroller och utredning av misstänkta dataintrång enligt rutin. De ska också säkerställa att all personal känner till rutiner för informationssäkerhet och loggkontroller.

### ***Hantering av personuppgifter***

All hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att: personliga lösenord och hjälpmedel för autentisering inte kan bli tillgängliga för någon annan, att datorer/andra enheter som används för hantering av uppgifter om patienter inte lämnas utan skydd mot obehörig åtkomst, att inte ta del av uppgifter om en patient om han eller hon inte deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården. Journalhandlingar och personuppgifter ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte kan ta del av dem.

## **Struktur - ICF och KVÅ och sammanhållen vård och omsorgsdokumentation (SVOD)**

Patientjournalen är enligt Socialstyrelsens rekommendation strukturerat uppbyggd med sökord utifrån ICF, Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (utredning, bedömning, uppföljning) samt KVÅ, Klassifikation av vårdåtgärder (behandlingsåtgärder). Genom att använda urvalet av ICF och KVÅ-koder som är anpassade för kommunal hälso- och sjukvård säkerställer vi att kommunen uppfyller HSL-krav på dokumentation, rapportering och kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården.

Systemförvaltare för Viva ansvarar för att rapportera in KVÅ till Socialstyrelsen enligt föreskrift. Som stöd för att hitta rätt sökord till dokumentationen finns en lathund för KVÅ upprättad.

### ***Sammanhållen vård och omsorgsdokumentation - SVOD***

Inom Östhammars kommun tillämpas lagen om Sammanhållen vård och omsorgsdokumentation (2022:913), SVOD. Det innebär att vård- och omsorgsgivare kan ta del av varandras uppgifter genom direktåtkomst när det behövs för vården och omsorgen av äldre och funktionshindrade. I Viva finns därav SoL- och HSL-dokumentationen samlade i samma åtagande åtkomligt för de vård- och omsorgsgivare som är behöriga, dvs de som deltar i vården och omsorgen av patienten, eller av något annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården.

För att uppgifter ska få delas mellan vårdgivare och omsorgsgivare genom direktåtkomst krävs att patienten har informerats om innebörden av sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation samt om sin rätt att motsätta sig att uppgifterna görs tillgängliga. En ytterligare förutsättning är att patienten inte har motsatt sig detta tillgängliggörande.

När det gäller patienter som saknar förmåga att ta ställning till om personuppgifterna ska få göras tillgängliga, får uppgifterna bara göras tillgängliga om patientens inställning till sådan behandling av personuppgifter har klarlagts så långt som möjligt OCH att det inte finns någon anledning att anta att patienten skulle ha motsatt sig behandlingen av personuppgifterna.

Om patienten aktivt motsäger sig sammanhållen vård och omsorgsjournal trots information om fördelar och ökad patientsäkerhet så behöver man öppna två åtaganden – ett för SoL och ett för HSL.

## **Generellt kring dokumentation i patientjournalen**

### ***Vad ska dokumenteras, hur och när?***

Alla hälso- och sjukvårdsinsatser ska dokumenteras. Bristande dokumentation kan medföra att det inte går att visa att en åtgärd har utförts. Dokumentationen kan vid eventuella utredningar/anmälningar vara avgörande för tillsynsmyndigheternas slutsatser.

Journalen ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten, dvs:

- Alla steg i vårdprocessen som sker med patienten, dvs bedömning, planering, genomförande, resultat och utvärdering.
- Ställningstagande till att inte vidta någon åtgärd (viktigt för uppföljningar av vården)
- Information och rådgivning till omvårdnadspersonal och/eller till patient/närstående som avser bedömning och ställningstaganden till hälso- och sjukvårdsåtgärder samt val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en ny bedömning i ärendet.

All personal ska vid arbetspassets början ta del av den senaste dokumentationen på patienter inom ansvarsområdet för att uppdateras på aktuellt status och aktuella vårdåtgärder.

**Dokumentationen ska vara kortfattad och saklig.** Journalen ska utformas enligt kraven på saklighet, relevans och respekt för patientens integritet. Dokumentera bara det som är relevant och väsentlig för att möjliggöra en korrekt bedömning och undvika dubbeldokumentation. Utgångspunkten i dokumentationen ska vara patientens problem eller risk, inte personalens.

**Använd autotexter när det finns.** Journalen ska vara lättläst, använd avsedda kvå-koder och använd de autotexter som finns så att journalen blir mer enhetlig, överskådlig och lättläst. Autotexter ger stöd vid dokumentation genom en färdig mall att dokumentera under.

**Dokumentation och signering ska ske så snart som möjligt.** Målsättningen ska vara att dokumentera allt innan arbetspassets slut. Om prioritering måste göras, ska uppgifter som har betydelse för vården av patienten inom det närmaste dygnet antecknas innan arbetspasset är slut. När dokumentation sker på annan dag än händelsedag, måste händelsedatum och tid ändras så det blir rätt. En journalanteckning ska signeras av den som svarar för uppgiften och ska ske i anslutning till att anteckningen görs eller senast vid arbetspassets slut. Om signering inte genomförs inom ett dygn har systemet utformats så att anteckningen blir låst efter ett dygn och kan därefter inte redigeras annat än genom en korrigering.

### **Dubbeldokumentation**

Legitimerade måste alltid dokumentera sin egen bedömning och de åtgärder som har ordinerats oavsett vad omvårdnadspersonalen dokumenterat. Däremot ska dubbeldokumentation av legitimerad personal undvikas. Gemensamma hembesök kan dokumenteras av en av professionerna, men i anteckningarna ska det framgå vilka som deltagit vid besöket. Specifika bedömningar gjorda vid besöket måste dock dokumenteras av respektive profession.

Legitimerad ansvarar för att ta del av all aktuell och relevant dokumentation innan åtgärder vidtas för att möjliggöra en korrekt bedömning och undvika dubbeldokumentation. I detta ingår att ta ställning den muntliga informationen från omvårdnadspersonal/motsvarande rörande hälso- och sjukvårdsbehov och dokumentera detta.

### **Språk och begrepp**

All dokumentation ska skrivas på lättförståelig svenska så att såväl patienten som den vårdande personalen kan förstå informationen. Fackuttryck får användas för att uppfylla kraven på tydlighet men undvik förkortningar. De förkortningar som får användas ska gå att

hitta förklaring till i Socialstyrelsens termbank, Medicinsk terminologi och Svenska Akademiens Ordlista.

Texten måste utformas med omsorg så att den inte kan feltolkas eller uppfattas som kränkande av patienten eller dennes närstående. Undvik otydliga begrepp som *man, vi, dem osv.* Förtydliga i stället vem som avses. Undvik att skriva undertecknad eller UT. Skriv i stället till exempel *"bedömer att"*

**Namn.** Patientens namn bör undvikas i journalen. Använd benämningen patient. Däremot kan förnamnet på den legitimerade som kontaktats anges. Namn kan även anges på närstående när det finns flera. I övrigt anges namn bara i de fall det är viktigt för spårbarheten.

### **Korrigera och revidera felaktig text**

Vid felaktigheter i dokumentationen som till exempel att det är skrivet på fel patient, fel datum eller felaktigt innehåll ska texten korrigeras. Den som dokumenterat fel i journalen eller den som upptäcker en felaktig anteckning ansvarar för att texten blir korrigerad så snart som möjligt samt upprätta en avvikelse vid förväxling av patient. Avvikelsen hanteras därefter enligt rutin. Legitimerad personal kan själva korrigera text i Viva. Omvårdnadspersonal ska kontakta enhetschef eller support för att genomföra korrigeringen. Efter korrigering finns den felaktiga dokumentationen kvar som spårbar i journalen vilket är förenligt med gällande lagstiftning.

## **Patientjournalens innehåll enligt lag och hur vi hanterar det i VIVA**

Journalen ska enligt lag innehålla:

- en entydig identifikation av den berörda patienten
- patientens kontaktuppgifter
- uppgifter om namn och befattning på den personal som svarar för en viss journaluppgift
- tidpunkten för varje vårdkontakt som patienten har haft eller som planeras
- aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
- utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa
- ordinationer och ordinationsorsak
- resultat av utredande och behandlande åtgärder
- slutanteckningar och andra sammanfattningar av genomförd vård
- överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen
- komplikationer av vård och behandling
- vårdrelaterade infektioner
- samtycken och återkallade samtycken
- patientens önskemål om vård och behandling
- de medicintekniska produkter som har förskrivits till, utlämnats till eller tillförts en patient på ett sådant sätt att de kan spåras
- intyg, remisser och annan för vården relevant inkommande och utgående information

- vårdplanering
- uppgift om den information som lämnats till patienten, dennes vårdnadshavare och övriga närstående och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en ny medicinsk bedömning
- uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling.

Ovanstående punkter gäller för alla journalföringspliktiga yrkesgrupper, utifrån sina respektive verksamhetsområden.

## En entydig identifikation av patienten och kontaktuppgifter

Den som startar ett nytt åtagande ansvarar för att föra in relevanta personuppgifter och kontaktuppgifter till både patient och i de fall det är aktuellt även till närstående. Detta anges under fliken Information - Brukare/patientuppgifter. Hur dessa uppgifter ska fyllas i anges i manual "Starta åtagande". Brukare/patientuppgifter ska skrivas ut och förvaras i patientens pappersjournal.

### **Patient med skyddad identitet**

Kryssa i rutan för sekretess i HSL-åtagandet. Endast huvudansvarig och medansvarig har då tillgång till journalen. Legitimerad ansvarar för att upprätta pappersjournal med kundkort och journalblad om sekretessnivån för brukaren innebär att digital journal inte ska upprättas.

### **Tillfälliga personnummer/samordningsnummer.**

Skriv in numret i systemet. Ändra numret när personen fått ett svenskt personnummer. Fortsätt i samma journal som tidigare.

## Aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar

### **Uppmärksamhetsinformation**

Uppmärksamhetsinformation (UMI) är information i en patientjournal som behöver uppmärksammas särskilt då de kan påverka handläggningen av hälso- och sjukvårdsinsatser. Uppmärksamhetsinformationen styrs av Socialstyrelsens anvisningar om vad som ska dokumenteras där och hur det ska formuleras.

Den legitimerade som påbörjar en HSL-journal ansvarar för att ange den uppmärksamhetsinformation som är känd. Sjuksköterska ansvarar för att uppdatera informationen i uppmärksamhetsinformationen så snart det inkommit nya uppgifter om patientens medicinska tillstånd och beslut om behandlingsbegränsningar eller annat som är av vikt. Se lathund för uppmärksamhetsinformation.

Följande ska alltid dokumenteras i uppmärksamhetsinformationen när det är aktuellt:

- **Överkänslighet** – till exempel: *läkemedel, födoämnesallergi*. Ange vilket läkemedel/föda det avser och vilken reaktion som har uppkommit.

- **Medicinska tillstånd och behandlingar (behandling, implantat, transplantat).** Information om riskfaktorer som kan medföra allvarligt hot mot patientens liv och hälsa om de inte är kända för hälso- och sjukvårdspersonalen. Till exempel: behandling med blodförtunnande läkemedel, pacemaker, restriktioner efter operation
- **Smitta** – visst smittämne eller smittsam sjukdom.
- **Vårdrutinavvikelser.** Läkarbeslut från medicinsk vårdplanering som kan leda till särskild vårdrutin – behandlingsbegränsningar<sup>1</sup>.
  - *Läkarbeslut finns om att inte utföra hjärtlungräddning*
  - *Läkarbeslut om att avbryta/avstå livsuppehållande behandling (palliativ vård)*
  - *Brytpunktssamtal utfört*
  - *Patienten accepterar ej - ex blodtransfusion*
  - *Hotbild mot patienten*

Hänvisa alltid till aktuell journalanteckning och datum för den medicinska vårdplaneringen.

Annan information som behöver uppmärksammas av den som ska besöka patienten kan anges under viktig information i kundkortet. Till exempel information som är av vikt inför hembesök (*t.ex. dubbelbemanning krävs, ring före besök, lösspringande hund*).

## **Anamnes och status.**

Legitimerad ansvarar för att upprätta anamnes och allmänt omvårdnadsstatus i samband med inskrivning av ny patient.

### **Anamnes**

Anamnesen i patientjournalen är en systematisk redogörelse för patientens sjukdomshistoria och relevanta bakgrundsfaktorer. Den ger en bild av varför patienten söker vård och vad som ligger till grund för den aktuella vårdkontakten vid start av hälso- och sjukvårdsinsatser. Fastställda medicinska diagnoser och hälsoproblem anges i anamnes. Övriga uppgifter ska bygga på patientens eller närståendes berättelse om patientens hälsa och levnadsförhållanden fram till den aktuella vårdkontakten. I anamnes anges förutom hälsohistoria även uppgifter om tidigare riskbedömningar, sociala faktorer och levnadsförhållanden.

### **Status**

Allmänt omvårdnadsstatus omfattar en beskrivning av både fysiska och psykiska hälsotillstånd och vilket stöd som patienten har behov av. Syftet är att objektivt beskriva patientens mående och kliniska tecken på sjukdom eller hälsa. Allmänt omvårdnadsstatus ska uppdateras vid förändrat hälsotillstånd, men minst 2ggr/år till exempel vid årskontroll. Sjuksköterska ansvarar för att det blir genomfört.

Det finns flera statusmallar att använda för att dokumentera status utifrån olika bedömningar. Alla legitimerade har åtkomst till samtliga statusdokument och skriver sin del av status i respektive dokument. Den som upptäcker en förändring i patientens status som inte är endast

tillfälligt ansvarar för att dokumentera det. När man använder statusmallarna blir det automatiskt en koppling till berörd KVÅ för bedömning/utredning.

De behandlande åtgärder man sedan gör dokumenteras som en separat åtgärdsregistrering under avsedd KVÅ. När man dokumenterar behandlande utförda åtgärder som beskrivits i en vårdplan kan en hänvisning göras till den. I vårdplanen ska själva ordinationen /instruktionen framgå. Om ett problem/risk förväntas kvarstå över tid upprättas en vårdplan. Ange i status att vårdplan är upprättad.

I Allmänt omvårdnadsstatus anges aktuella hjälpmedel i löptexten under respektive sökord. Till exempel *går självständigt med rollator, förflyttning sker med hjälp av lyft osv.* En samlad översikt av patientens förskrivna hjälpmedel finns i verksamhetssystemet Myloc.

## **Bedömningar**

Bedömningar genom iakttagelser och tester som beskriver patientens förmågor, behov och problem dokumenteras i Viva som en åtgärdsregistrering under för området relevant sökord eller i avsedd bedömningsmall för mer strukturerade bedömningar. Dokumentera hur bedömningen utförts, vad som observerats, undersökts, bedömts och diskuterats. Vad klarar patienten? Vilka är patientens egna önskemål och upplevda svårigheter? Behövs insatser eller åtgärder? I så fall vilka. Använd ”Ingen”, ”Lätt”, ”Måttlig”, ”Stor” eller ”Total” utifrån ICF.

Det är viktigt med en tydlig beskrivning av ett tillstånd. Som exempel bedömning av smärta, ska alltid innehålla uppgifter om lokalisation, intensitet, karaktär och varaktighet (när gör det ont?), tidigare smärta? Smärtskattning.

## **Riskbedömningar**

Riskbedömning för att identifiera risk för fall, trycksår, undernäring och munhälsobedömning ska göras så snart som möjligt vid inskrivning, vid förändrat hälsostatus och minst en gång/halvår. Dokumentation av genomförda riskbedömningar ska göras under de KVÅ som är avsedd för varje riskområde.

## **Skyddsåtgärd**

En skyddsåtgärd ska alltid föregås av en bedömning och en nytto- och riskanalys. Den dokumenteras i vårdplanen som är avsedd för Skydds och begränsningsåtgärder. KVÅ-kod väljs utifrån syftet med åtgärden, till exempel QB003 Fallprevention. Se rutin Skyddsåtgärd.

## **Utredande och behandlande åtgärder samt bakgrund**

I journalen ska det framgå vilka utredande och behandlande åtgärder som genomförts och bakgrunden till dessa. Det kan till exempel vara en kroppslig undersökning, provtagning, mätvärden eller röntgen. Vid enstaka insatser dokumenteras en åtgärdsregistrering under relevant KVÅ-kod. Vid behov av återkommande insatser kring samma åtgärd ska en omvårdnadsplan upprättas.

## **Provtagning – mätvärden**

Kliniska bedömningar som omfattar kontroll av vitala parametrar och andra mätvärden dokumenteras under Registrera – Provtagning – mätvärden eller blodsockervärde. Där anges längd, vikt (BMI), puls, temp, andningsfrekvens, saturation, medvetandegrad (RLS) samt blodtryck. Där anges också värden från kost och vätskeregistrering. Från fliken provtagning i åtagandet kan man sedan dubbelklicka på aktuellt datum och få fram översikt och kurvor.

## **Vårdplan**

Syftet med en vårdplan är att alla personer som är involverade i patientens vård ska arbeta mot samma mål och på ett gemensamt sätt och genomföra de åtgärder som beslutats. Legitimerad ansvarar för att upprätta en vårdplan så snart som möjligt när en risk eller ett problem identifierats som bedöms kvarstå över tid så att förebyggande åtgärder kan ordinerars.

I vårdplanen anges de problem/risker och mål som identifierats för och tillsammans med patienten åtföljt av åtgärder och ordinationer för att förebygga, behandla eller följa upp. Vårdplanerna ska utformas så långt det är möjligt i samråd med patienten och eventuellt anhörig om patienten samtycker, samt tillsammans med teamet (alla professioner). Det ska tydlig framgå i vårdplanen om patienten varit delaktig i planeringen eller inte och det ska också tydligt framgå i en journalanteckning om patienten valt att avstå vård och behandling.

Alla professioner tillför och ansvarar för sin del i den gemensamma vårdplanen. Samtliga professioner har behörighet till de flesta vårdplanerna förutom de som är yrkesspecifika *Allmän rehab* och *Allmän sjuksköterskor*.

Vårdplanen upprättas för ett år framåt om det inte finns något planerat slutdatum. Vid förändring av aktuella risker/problem ska vårdplanen revideras.

## **Ordinationer och ordinationsorsak**

En ordination är ett beslut av behörig legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som är avsett att påverka en patients hälsotillstånd genom en hälso- och sjukvårdsåtgärd. En ordination ska innehålla instruktioner om hur hälso- och sjukvårdsåtgärden ska utföras. Det ska klart framgå av ordinationen VAD som ordinerats och målet med ordinationen. VEM som ska utföra det som ordinerats, inkluderat egenvårdsbedömning. HUR det ska utföras. NÄR det ska utföras, samt hur och när uppföljningen ska göras och av vem.

Enstaka tillfälliga ordinationer kan göras som en åtgärdsregistrering under relevant KVÅ men ordinationer som ska gälla över tid ska skrivas in i en vårdplan. Ordinerade/delegerade åtgärder skickas som insatser till hemtjänstplanerare men behövs inte till Särskilt boende/LSS.

Sjuksköterska dokumenterar även de ordinationer och behandlingar som läkare ordinerat. Hänvisa till aktuell ordinationshandling vid läkemedelsjusteringar.

Den som har utfört en åtgärd enligt ordination ska dokumentera att det är gjort under respektive KVÅ kod som hör till den specifika åtgärden. Delegerade insatser signeras oftast endast i APPVA. Delegerad personal dokumenterar då i Viva endast vid behov, till exempel om något avvikande noterats i samband med genomförandet.

## **Egenvårdsbedömning**

Egenvård är den vård och behandling som den enskilde utför själv eller under eget ansvar med hjälp av någon annan. Den räknas inte som hälso- och sjukvård och delegering av arbetsuppgift är således inte aktuellt för dessa insatser.

Vid all planering av hälso- och sjukvårdsinsatser ska alltid en egenvårdsbedömning göras. Bedömning av egenvårdsförmåga dokumenteras i respektive vårdplan eller i respektive åtgärd. Den som har gjort egenvårdsbedömningen ansvarar för planering, uppföljning och eventuellt omprövning om förutsättningarna ändras. Se aktuellt Vis dokument angående egenvård. [Samverkan vid egenvård i Uppsala län](#)

## **Resultat av utredande och behandlande åtgärder - uppföljningar**

Alla åtgärder och ordinerade insatser ska följas upp av legitimerad genom ny bedömning och dokumentation för att utvärdera effekten/resultatet. Den som ordinerat en omvårdnadsåtgärd ansvarar för att boka in i bokningslistan så uppföljningen blir utförd. I vårdplanen ska det framgå när uppföljning är inplanerad.

### ***Uppföljning av vårdplan***

Legitimerad personal ansvarar för att mål och planerade åtgärder i vårdplanen följs upp regelbundet men minst en gång varje halvår för att utvärdera effekt och resultat samt ta ställning till om åtgärden ska vara kvar oförändrat, revideras eller avslutas.

När mål är uppfyllt och ingen risk/problem längre förekommer ska mål och planerade åtgärder tas bort. Kvarstår riskerna och ordinerade åtgärder ska fortsätta ska detta anges i uppföljningen. För att avsluta hela vårdplanen ska samtliga mål vara uppnådda och alla delar ska vara signerade och insatser tillhörande vårdplan ska vara avslutade. Om enstaka risk/problem eller om hela vårdplanen avslutas ska även status uppdateras.

### ***Uppföljning av medicinsk behandling.***

Sjuksköterska har ett gemensamt ansvar med läkaren att se till så alla medicinska ordinationer/behandlingar blir uppföljda och utvärderade, för att ställningstagande till fortsatt behandling ska kunna göras. I dokumentationen av rondanteckning/läkarkontakten där ordinationen framgår ska det också anges när och hur resultatet/effekten av behandlingen ska utvärderas. Uppföljningen av en behandling kan utformas som en ordination i en vårdplan, till exempel observation och skattning av symtom, regelbunden kontroll av blodtryck, blodsocker etc.

### ***Uppföljning av insatser som utförts av delegerad personal.***

Legitimerad personal ansvarar för att uppföljning av åtgärd/behandling som genomförs av delegerad personal följs upp med en intervall som ordinationsansvarig bedömer vara förenligt med patientsäker vård. Vid nya ordinationer/insatser ska uppföljningar göras med tätare intervaller för att minimera riskerna för allvarliga komplikationer.

## **Slutanteckningar och andra sammanfattningar av genomförd vård - Epikris**

Efter vårdtidens slut sammanfattas relevanta uppgifter i en epikris. Detta bidrar till en god och säker informationsöverföring till nästa vårdgivare vilket ökar patientsäkerheten. I epikrisen anges en kort sammanfattning av relevanta delar från vårdperioden, anamnes, status och pågående vård. Varje profession ansvarar för sin del i epikrisen.

Epikris ska upprättas och skickas med vid övergång till vårdgivare i annan kommun. En kortfattad epikris upprättas också när patienten flyttar internt inom de kommunala verksamheterna till exempel från korttidsplats till särskilt boende eller ordinärt boende. Då kan en hänvisning till befintliga vårdplaner, status och anamnes göras. Hänvisa till epikris i meddelandet till mottagande enhet för att undvika onödig dubbeldokumentation.

## **Komplikationer av vård och behandling**

Alla professioner ansvarar för att dokumentera misstänkta eller konstaterade komplikationer av all vård och behandling. All hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att skriva en avvikelse när en vårdskada eller risk för vårdskada inträffat. Se rutin för avvikelshantering.

## **Vårdrelaterade infektioner (VRI)**

En vårdrelaterad infektion är en infektion som uppkommer hos en person under slutenvård eller till följd av diagnostik, utförd behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg. (Till exempel: urinvägsinfektion, sårinfektion, luftvägsinfektion/pneumoni, mag-tarminfektion)

Vårdrelaterade infektioner ska dokumenteras under relevant KVÅ-kod i patientjournalen. Syftet är att få förutsättningar att spåra smittans ursprung, identifiera andra som har utsatts för smittrisk och vidta preventiva åtgärder som kan förhindra att fler personer drabbas. MAS ska informeras och en avvikelse ska upprättas i de fall man bedömer att den vårdrelaterade infektionen hade kunnat undvikas (vårdskada/risk för vårdskada).

Relevanta uppgifter kan bland annat vara vilken provtagning som genomförts, vilka procedurer som patienten genomgått som kan innebära smittrisk, vilken behandling patienten fått och när den satts in. Under pågående utbrott dokumenteras lämpligen de uppgifter som vårdgivaren och smittskyddsläkaren efterfrågar för att bekämpa utbrottet.

## **Samtycken och återkallade samtycken**

Patientens samtycke krävs i många avseenden. När det gäller insatser inom kommunal hälso- och sjukvård är det viktigt att inhämta samtycken i bland annat följande fall:

- Sammanhållen journalföring (att journaluppgifter kan delas mellan vårdgivare) via NPÖ, Cosmic och Cosmic Link.
- Information till närstående/anhörig gällande hälsotillstånd/behandling.
- Informationsöverföring till/från privata vårdgivare.
- Registrering i kvalitetsregister t.ex. Senior Alert och BPSD.
- Erbjuden vård, behandling, eventuella skyddsåtgärder.
- Sammanhållen vård och omsorgsdokumentation, se [SVOD](#)

Den legitimerade som startar ett nytt åtagande ansvarar för att inhämta samtycket till sammanhållen journalföring. Samtycke måste inhämtas i samband med utskrivning från slutenvården om det blir en fortsatt vårdkontakt med kommunal hälso- och sjukvård. Om ett åtagande redan är öppnat kontrollera att samtycke finns inhämtat sedan tidigare. Samtycket som inhämtats vid inskrivningen till slutenvården upphör att gälla efter avslutat samordningsärende /utskrivning.

Ett samtycke kan gälla under pågående vårdkontakt för HSL-insatser, eller vara en avgränsad tid, till exempel 12 mån.

### ***Inhämta och dokumentera samtycke***

Ett samtycke kan inhämtas på olika sätt. **Uttryckligt:** skriftligt, muntligt eller genom jakande nick. **Konkluderat:** den enskilde agerar så att han/hon visar att samtycke ges exempelvis genom att underlätta åtgärdens genomförande. **Presumtivt:** används som ett etiskt ställningstagande när patienten på grund av hälsotillstånd inte kan uttrycka samtycke eller motsätta sig en insats. Den som ska vidta åtgärden förutsätter att det är förenligt med den enskildes vilja och det ska inte finnas några kända uppgifter om att patienten skulle motsätta sig samtycket. Anhöriga eller närstående kan vara behjälpliga för att få fram den informationen.

För att ett samtycke ska vara giltigt krävs att den samtyckande är kapabel att förstå innebörden av samtycket, att den vederbörande har insikt om relevanta omständigheter och att det har lämnats frivilligt. En god man/förvaltare eller anhörig kan inte samtycka till vård och omsorg mot den enskildes vilja och inte heller samtycka till skyddsåtgärder mot den enskildes vilja.

Ett samtycke kan återkallas när som helst av den person som gett det och detta ska också framgå i informationen som ges till patienten inför inhämtandet av samtycket. Den som inhämtar samtycket bedömer om det finns behov av att inhämta ett skriftligt samtycke eller om det räcker med ett muntligt.

Information om inhämtat eller nekat samtycke ska dokumenteras under avsedd kommunspezifisk KVÅ-kod. Det ska framgå vad patienten har givit eller återkallat sitt samtycke till, hur samtycket inhämtades, vilken information som har lämnats ut och hur länge samtycket ska gälla. Avseende information till närstående ska det framgå vilken av de närstående som ska kontaktas första hand.

## **Menprövning (vid utlämning av information)**

Om en patient inte kan lämna samtycke (t ex vid kognitiv svikt) kan legitimerad personal göra en menprövning och ta ställning till om informationen som lämnas ut kan vara till skada för patienten. Menprövning kan dock inte användas för att överpröva ett nekande samtycke.

Att ha nedsatt beslutsförmåga kan förändras över tid och utifrån situation. I varje enskilt fall tas ställning till den enskildes förmåga att själv lämna ett samtycke. Utgångspunkten ska alltid vara, av respekt för den enskildes rätt till självbestämmande och integritetsskydd, att så långt det är möjligt låta den enskilde själv ta ställning.

## **Patientens önskemål om vård och behandling**

Patientjournalen ska innehålla uppgifter om patientens önskemål när det gäller vård och behandling, vilket är viktigt för att tillgodose patientens trygghet i vården och för att vården ska kunna ges med respekt för patientens självbestämmande och integritet. Patienten ska så långt det är möjligt vara delaktig i planeringen av vården och det ska framgå av vårdplanen om patienten varit delaktig i planeringen eller inte. Det ska framgå i journalanteckningen från den medicinska vårdplaneringen om patienten valt att avstå behandling.

## **Medicintekniska produkter**

De medicintekniska produkter som har förskrivits till, utlämnats till eller tillförts en patient ska dokumenteras på ett sådant sätt att de kan spåras. Ordinerade hjälpmedel förskrivs enligt förskrivningsprocessen och regleras i riktlinje för individuellt förskrivna hjälpmedel och i rutin för individuellt förskrivna hjälpmedel inom Östhammars kommun. Personligt förskrivna hjälpmedel följs upp av den profession som förskrivit produkten.

## **Intyg, remisser och annan för vården relevant inkommande och utgående information**

Den som utfärdar ett intyg ansvarar för att det dokumenteras. Se även rutin *Intygsskrivning inom kommunal hälso- och sjukvård*. I Viva under flik Registrera och Dokument finns olika blanketter såsom intyg bostadsanpassning, intyg för rullstol vid ansökan om färdtjänst med specialfordon, kostintyg och överenskommelse privata medel. Inkommande remisser och intyg ska bifogas in i Viva för att bevaras. Till exempel blankett om Fördelning av medicinskt ansvar och planering av vårdåtgärder (FMA).

## **Vårdplanering**

En vårdplanering kan göras i olika former. Vård- och omsorgsplanering. Omvårdnad/rehabiliteringsplanering. Samordnad individuell vårdplanering. Medicinsk vårdplanering. Fördelning av medicinskt ansvar och planering av vårdåtgärder.

I dokumentationen ska det framgå en beskrivning av vårdens planering, genomförande och resultat, vilken information som lämnats till patienten, anhöriga eller närstående. Det ska också framgå vilka ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ eller möjligheten till en ny medicinsk bedömning. Det ska framgå om patienten har beslutat att avstå från viss vård eller behandling. Samverka mellan professionerna kring vem som dokumenterar sammanfattningen som åtgärd.

**Medicinsk vårdplanering** - Sjuksköterska på särskilt boende ansvarar för att initiera till en medicinsk vårdplanering. Dokumentera sammanfattningen av medicinsk vårdplanering under avsedd KVÅ och använd alltid autotexten för medicinsk vårdplanering

**Läkemedelsgenomgång** - I samband med medicinsk vårdplanering görs ofta en läkemedelsgenomgång. Använd alltid KVÅ avsedd för läkemedelsgenomgång.

**Vårdrutinavvikelse.** Om det medicinska beslutet leder till en särskild vårdrutin (tex läkarbeslut att inte utföra hjärtlungräddning, avbryta/avstå livsuppehållande behandling osv), ska dessa uppgifter även registreras under uppmärksamhetsinformationen som en vårdrutinavvikelse. Se *lathund för Uppmärksamhetsinformation*.

### **Fördelning av medicinskt ansvar och planering av vårdåtgärder (FMA) -**

uppgifterna om patienten som anges på FMA-blanketten ger underlag till dokumentationen i Anamnes och Status. En vårdplan upprättas utifrån de aktuella risker/problem som anges i FMA. Hänvisa till FMA, vårdcentral och datum i dokumentationen. Inkommande FMA ska bifogas in i Viva för att bevaras. Se Manual FMA.

### **Omvårdnad/Rehabiliterings planering**

En omvårdnads- och/eller rehabiliterings planering genomförs vid en ny inskrivning i hälso- och sjukvård i hemmet, vid flytt till särskilt boende, vid hemgång efter vistelse på sjukhus eller Närvårdsenheten. Målsättningen ska vara att omvårdnads- och/eller rehabiliteringsplanering ska göras i teamsamverkan och med patient och närstående.

Sammanfatta de samlade hälso- och sjukvård i hemmet-insatser som bedömts och överenskommit i samråd med patienten. Dokumentera sammanfattning av omvårdnad/rehabiliterings planering under avsedd KVÅ-kod och använd alltid autotext för Omv/rehabplanering

## **Utlämnande av journalhandling**

### **Begäran från patient**

Patienten har som regel rätt att få ta del av uppgifter i den egna patientjournalen. Det enda undantaget är om de, med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen, är av synnerligen vikt att uppgiften inte lämnas till patienten. Ansvarig legitimerad personal kan ansvara för att pröva om det finns hinder för utlämnandet av journalhandling. Finns inga hinder för utlämnande av patientjournal gäller att patienten skyndsamt ska få ta del av handlingarna.

### **Begäran från annan än patient**

Journalhandlingar kan begäras ut av annan än patienten själv, till exempel anhörig eller försäkringsbolag. Journalhandlingar är allmänna handlingar och omfattas av sekretess. Sekretessprövning ska göras enligt Offentlighets- och Sekretesslagen (25kap 1§). Rätten att få ta del av dem måste prövas. När en sådan begäran inkommer ska den legitimerade personalen göra en prövning. Uppgifter kan lämnas ut i följande fall:

- När patienten lämnat sitt samtycke att lämna uppgifter till anhörig.
- Om uppgifterna i journalen kan lämnas ut utan att det är till men för patienten och dennes närstående.
- Om det finns ett lagstadgat undantag från sekretessen (t.ex. om begäran kommer från en myndighet som enligt lag har rätt att ta del av uppgifterna eller om det finns stöd i lag att bryta sekretessen)
- När försäkringsbolag behöver uppgifterna för patients utredning och rätt till ersättning. I sådana fall krävs att försäkringsbolaget har giltig fullmakt.
- Annan vårdgivare kan begära ut journalhandlingar vilket kräver patientens samtycke

I de fall patienten inte kan lämna sitt samtycke ska en sekretess- och menprövning föras innan ett eventuellt utlämnande av journalhandling. Utlämnande till anhörig då patienten är avliden möter i sig inget juridiskt hinder men ska hanteras på samma sätt som beskrivits ovan avseende sekretess och menprövning.

### **Dokumentation vid utskrift av journal**

Den som lämnar ut en journalkopia ska dokumentera följande i journalen: Vilka handlingar som lämnats ut. Vem som lämnat ut dem. Anledning till utlämnandet samt vem som begär uppgifterna. Hur handlingarna lämnats ut.

### **Säkerställa rätt mottagare vid utlämnandet av uppgifterna.**

Den som lämnar ut journalkopior ska förvissa sig om att det är rätt mottagare som tar emot handlingarna. Vid personligt överlämnande ska mottagarens identitet styrkas. Om patienten tar del av originalhandlingarna på plats ska detta alltid ske i närvaro av en legitimerad personal. Om journalkopior skickas per post ska detta ske via rekommenderat brev till folkbokföringsadress med mottagningsbevis. Handlingar som ska skickas till myndighet eller försäkringsbolag skickas via rekommenderat brev.

## **Driftstopp**

För att säkerställa vården de närmaste dygnet vid oplanerade driftstopp ska det finnas en pappersjournal med grundläggande patientinformation utskriven. Följande ska finnas med i pappersjournalen: patientuppgifter, anamnes och uppmärksamhetsinformationen. Dessa förvaras i avsedd pärm på varje enhet. Tomma signeringslistor (nödlista) för signering av genomförda åtgärder och blankett för journalblad HSL för dokumentation ska också finnas att tillgå på varje enhet. Rutiner för att hålla arbetsmaterialet aktuellt bör finnas vid varje enhet.

**Dokumentation vid driftstopp:** Varje yrkeskategori dokumenterar på blankett HSL-journalblad, märkt med patientens namn och personnummer. Efter att driftstoppen upphört skall de anteckningar som gjorts i pappersjournalen skyndsamt och ordagrant föras in i Viva. Ange den tid då anteckningen gjordes i första skedet. Om någon annan än den som gjort anteckningen för över informationen i datajournalen, ska det anges i anteckningen vem som skrivit den. Pappersjournalanteckningarna ska bevaras enligt informationshanteringsplan

**Planerade längre driftstopp.** Legitimerad personal samråder med varandra om vilken övrig dokumentation som ska skrivas ut i pappersform för att säkra den medicinska vården.

## Granskning av dokumentation

Vårdgivaren ska regelbundet granska att hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i patientjournalen enligt gällande författningar. MAS och MAR ansvarar för att journalgranskningar av HSL-dokumentationen blir genomförda ca två gånger/år. Rapport lämnas till verksamhetschef. Avsedd mall för journalgranskning används.

## Bevarande och gallring av journalhandlingar

Journalhandlingar ska enligt patientdatalagen sparas i 10 år och gallras 10 år efter att sista uppgiften fördes in i handlingen. Journaler för personer födda datum 5, 15, 25 ska bevaras i avsett arkiv, se socialnämndens dokumenthanteringsplan.

## Referenser

- [HSLF-FS 2016:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården](#)
- [Patientdatalag \(2008:355\) Svensk författningssamling 2008:2008:355 t.o.m. SFS 2021:365 - Riksdagen](#)
- [Patientlag \(2014:821\) Svensk författningssamling 2014:2014:821 t.o.m. SFS 2019:964 - Riksdagen](#)
- [Lag \(2022:913\) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation | Sveriges riksdag](#)
- [Samtycke till informationsöverföring och vårdåtgärder](#)
- [Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården](#)
- [Begränsad behandling som vådrutinavvikelse](#)
- [Patientjournalens innehåll och funktion - Vårdhandboken](#)
- [Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF - Socialstyrelsen](#)