



**TJÄNSTESKRIVELSE**

2018-11-12

Social- och omsorgskontoret

Äldreomsorgsnämnden

## Riktlinje för hälso- och sjukvårdsdokumentation och informationsöverföring

Dnr: ÄON 18/081

### Ärendet

Riktlinje för hälso- och sjukvårdsdokumentation och informationsöverföring har upprättats. Syftet med riktlinjen är att säkerställa hur dokumentation och informationsöverföring inom hälso- och sjukvården ska hanteras.

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse, daterad 2018-11-12
- Riktlinje för hälso- och sjukvårdsdokumentation och informationsöverföring, daterad 2018-11-12

### Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Ärendet innebär inga ekonomiska konsekvenser.

### Social- och omsorgskontorets förslag till äldreomsorgsnämnden:

Att äldreomsorgsnämnden antar Riktlinjen för hälso- och sjukvårdsdokumentation och informationsöverföring, daterad 2018-11-12.

Lenita Granlund

Socialdirektör

Nermin Varli

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Dokumentationsansvarig: Nermin Varli

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

### Beslutet skickas till

Akten



# Riktlinje

## Hälso- och sjukvårdsdokumentation och informationsöverföring

Upprättad av:  
Nermin Varli  
Medicinskt ansvariga sjuksköterska i samverkan med Södertörns MAS

*Ett utskrivet dokument är alltid en kopia, giltig version finns på intranät*

# Innehållsförteckning

Syfte .....	3
Skyldighet till journalföring.....	3
Ansvar .....	3
När är det aktuellt med patientjournal .....	5
Journalen ska minst innehålla: .....	5
Identitetskontroll .....	6
Inflyttningsdagen .....	6
Inom en vecka efter inflyttning.....	6
Språket .....	6
Signering .....	7
Rättelse.....	7
Förstöring av patientjournal .....	7
Tolkning och översättning .....	7
Driftstopp .....	7
Telefonförfrågan/rådgivning.....	8
Journalgranskning .....	8
Sekretess och tystnadsplikt .....	8
Sekretessbrytande bestämmelser .....	8
Rapportering av uppgifter .....	8
Sammanhållen journalföring.....	9
Spärr av uppgifter i patientjournalen .....	9
Samtycke .....	9
Kvalitetsregister .....	9
Skyddade personuppgifter .....	9
Hantering och förvaring .....	9
Förvaring av pappersjournal hos legitimerad personal .....	10
Utlämnande av patientjournal .....	10
Scanning och digitala bilder.....	11
Fax och e-post .....	11
Risker och avvikelser .....	12
Rensning och Arkivering .....	12
Referenser .....	12

## **Syfte**

Riktlinjen beskriver ansvar och roller kring journalföring och journalhantering för hälso- och sjukvård inom social- och omsorgskontorets ansvarsområde.

Journalföringen är avsedd att vara ett stöd för den eller de personer som ansvarar för vården. Journalföringen utgör ett arbetsverktyg eller informationskälla för bedömningen av de åtgärder som kan behöva vidtas av någon som inte träffat patienten tidigare. Journalföring bidrar till god kvalitet och säker vård samt tydliggör den enskildes behov av hjälp och stöd samt vad, hur och vem som ska tillgodose hjälpbehoven.

Journalföringen ger patienten möjlighet att få insyn i och vara delaktig i utformningen av hjälpinsatserna/vården. Den är också ett underlag vid tillsyn och kontroll och har betydelse i vissa rättsliga sammanhang och för forskning. En otillräcklig journalföring kan leda till patientsäkerhetsrisk och avvikelser i vård och behandling.

## **Skyldighet till journalföring**

Patientjournal ska föras för personer som erhåller hälso- och sjukvård enligt Hälso- och sjukvårdslagen i vård- och omsorgsboende, bostäder med särskild service och vid vistelse i dagverksamhet/daglig verksamhet eller på korttidsboende.

## **Ansvar**

### **Vårdgivaren ansvarar för att:**

- Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har tagit fram riktlinjer för hälso- och sjukvårdsdokumentation och informationsöverföring
- att hälso- och sjukvårdsdokumentation ingår i kommunens informationssäkerhetspolicy

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att:**

- upprätta riktlinje för hälso- och sjukvårdsdokumentation och informationsöverföring samt följa upp att det följs

### **Systemägare och systemförvaltare ansvar för att:**

- stödja, utveckla och bevaka system som berör hälso- och sjukvården
- säkerställer att hälso- och sjukvårdspersonalen och andra befattningshavares behörigheter begränsas till vad som är nödvändigt
- planera vid funktionsstörning i journalsystem
- varje användare tilldelas en individuell behörighet för åtkomst av patientuppgifter
- det finns rutiner för tilldelning, förändring, borttagning och regelbunden uppföljning av behörigheterna
- bevaka möjligheter till utveckling av journalsystem och journalföring

### **Verksamhetschefen ansvar enligt Hälso- och sjukvårdslagen för att:**

- MAS riktlinjer om hälso- och sjukvårdsdokumentation och informationsöverföring är kända och tillämpas i verksamheten
- informera om gällande författningar och lokala rutiner

- säkerställa att strukturen i journaldokumentationssystem följer lagar och publikationer som Socialstyrelsen beslutar. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) och klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) ska användas
- rutiner finns för att starta, avsluta, gallra och arkivera journaler
- rutiner finns för systematisk kvalitetsgranskning av journaler
- enhetschefen har den kompetens som krävs (som att granska journal vid avvikelser, handleda legitimerad personal i journalföring etc.)
- informera hälso- och sjukvårdspersonalen om bestämmelser som gäller för hantering av patientuppgifter
- se till att det finns rutiner för förvaring av journal så att obehöriga inte har tillgång till den
- säkerställa och följa upp att personalen har rätt åtkomstbehörighet för sina arbetsuppgifter och att åtkomstbehörigheten begränsas till vad som behövs för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter
- det finns rutin för att regelbundet kontrollera loggarna
- rutiner finns vid eventuella funktionsstörningar av journalsystem
- om verksamhetschefen inte har den hälso- och sjukvårdskompetens som krävs kan han/hon uppdra enskilda arbetsuppgifter till någon med formell kompetens

**Legitimerad personal ansvarar för att:**

- dokumentera i patientjournalen enligt författningar, riktlinjer och lokala rutiner
- förvara inloggningsuppgifter oåtkomligt för obehöriga
- endast ta del av patientuppgifter när det finns en vårdrelation
- samordna hälso- och sjukvårdsinformation kring patienten
- upprätta nödvändiga omvårdnadsplaner
- överföra nödvändig hälso- och sjukvårdsinformation via dokumenterade instruktioner/vårdplaner till omsorgspersonal/omvårdnadspersonal som ska utföra uppgifterna. Om uppgiften kräver delegering ska signeringslistor finnas och följas upp av legitimerad personal

**Omvårdnadspersonal ansvar för att:**

- Informera legitimerad personal om patientens hälsotillstånd förändras. I socialjournalen ska det framgå "Att kontakt är taget med legitimerad personal". Ingen hälso- och sjukvårdsinformation ska dokumenteras där
- instruktioner, delegeringar och vårdplaner från legitimerad personal utförs och att signeringslistor används enligt rutin

**Studerande ansvar för att:**

- delta i vården om patienten samtycker
- endast ta del av patientuppgifter när det finns en vårdrelation
- ha en egen personlig inloggning för att kunna ta del av de uppgifter som behövs för att utföra arbetsuppgifterna

## När är det aktuellt med patientjournal

När en patient flyttar in på ett vård- och omsorgsboende, har bostad med särskild service eller börjar en vistelse i daglig verksamhet/dagverksamhet ska patienten informeras om att patientjournal kommer att öppnas vid påbörjad hälso- och sjukvårdsinsats. Information om patientens hälsotillstånd och livssituation ska finnas dokumenterad vid öppnande av journal. Uppgifter till journal ska inhämtas från patienten själv, där så är möjligt. Behöver uppgifter inhämtas för eventuella tidigare hälso- och funktionstillstånd från andra vårdgivare ska patienten lämna sitt samtycke till det.

Legitimerad personal som upprättar en ny patientjournal ansvarar för att informera patienten om att en journal upprättas. Den som upprättar en patientjournal ska också informera patienten om hans/hennes rätt att spärra uppgifter i journalen.

Patientjournal blir aktuell först när hälso- och sjukvårdsinsats påbörjas och är under process. Patientjournalen ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Dokumentation av hälso- och sjukvårdsuppgifterna/information ska föras in i journalen snarast möjligt. Dokumentationen påbörjas med de uppgifter som finns till hands.

## Journalen ska minst innehålla:

- Uppgift om patientens identitet
- Kontakt och uppgifter om närstående och/legal företrädare
- Uppgift om ansvarig läkare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska
- Uppgift om lämnat samtycke till sammanhållen journalföring, registrering i kvalitetsregistret Senior Alert, BPSD (symtom vid demenssjukdom), Palliativa registret och att nödvändig information om vård, behandling och vårdkontakter får delas mellan utförare av hälso- och sjukvård (sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut) och aktuella vårdgivare
- Uppgift om samtycke till eventuella begränsningsåtgärder
- Uppgift om eventuellt återkallat samtycke
- Väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
- Uppgift om ställd diagnos; uppgifter som är verifierade av läkare
- Uppgift om aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
- Uppgifter om planerade och vidtagna åtgärder samt resultat av dessa
- Vårdplaner när patientens hälsotillstånd kräver det
- Uppgifter om vårdplanering
- Uppgifter om ordinationer som hälso- och sjukvårdspersonal gjort eller tagit emot per telefon och orsak till ordinationerna
- Uppgifter om överkänslighet för läkemedel eller andra ämnen; uppgifter som är verifierade av läkare
- Uppgifter om vårdhygienisk smitta; uppgifter som är verifierade av läkare
- Uppgift om förskrivna och utlämnade medicintekniska produkter

- Uppgifter om information som getts till patient, närstående och/legal företrädare
- Uppgifter om de ställningstaganden som gjorts av patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen i fråga om val av behandlingsalternativ
- Resultat från genomförda riskbedömningar
- Intyg, remisser och annan för vården relevant inkommande och utgående information
- Epikriser och andra sammanfattningar

### **Identitetskontroll**

Den som upprättar en journalhandling ska alltid kontrollera den enskildes identitet. Patienter ska kunna legitimera sig med godkända legitimationshandlingar vid undersökning, behandling, provtagning samt i övrigt då journalanteckning görs i samband med vårdkontakt. Även i de fall då det är aktuellt för legitimerad personal att sätta på ett identitetsband ska en identitetskontroll göras.

Om en patients identitet inte går att fastställa ska en patientjournal i pappersversion upprättas. När personen sedan kan identifiera sig upprättas en patientjournal i journalsystemet. I de fall det är aktuellt med ett identitetsband och patientens identitet inte går att fastställa ska ansvarig sjuksköterska skriva att identitet är okänd på identitetsbandet.

### **Inflyttningsdagen**

Kontroll av identitet, uppgifter om närstående och/eller legal företrädare, information från andra vårdgivare. Eventuella överkänsligheter, behandlingsbegränsningar, begränsningsåtgärder och vårdhygienisk smitta. Dokumentation ska göras om patienten har egenvård eller behöver stöd/hjälp med sin läkemedelshantering.

Status är lika med att ICF trädets under kroppsfunktioner, aktiviteter och delaktighet och omgivningsfaktorer vid hjälpmedel gås igenom. Det ska om möjligt göras under inflyttningsdagen.

### **Inom en vecka efter inflyttning**

#### **SÄBO, korttidsboende och dagverksamhet**

Riskbedömningar av fall, undernäring och trycksår, munhälsobedömning, bedömning av eventuell inkontinens och ADL bedömning ska göras inom en vecka. Även mätvärden, som vikt, längd, BMI, puls och blodtryck ska tas inom en vecka.

#### **Bostad med särskild service och daglig verksamhet**

Riskbedömningar av fall, undernäring och trycksår, munhälsobedömning, bedömning av eventuell inkontinens och ADL bedömning ska om behov föreligger göras inom en vecka. Även mätvärden, som vikt, längd, BMI, puls och blodtryck ska erbjudas inom en vecka. Dokumentera i journalen om den boende tackar nej.

### **Språket**

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



## **Signering**

Den som ansvarar för en journalanteckning ska signera den för att styrka att uppgifterna är riktiga. Signering ska ske i anslutning till att anteckningen görs eller snarast möjligt. Då det gäller anteckningar under Varning/Smitta/ Observera ska dessa signeras i direkt anslutning till anteckningen.

## **Signaturförtydligande**

I verksamheter där man för pappersjournal ska det finnas en lista över personalens signaturer kopplat till namn och befattning, ett så kallat signaturförtydligande. Finns inte en sådan lista ska signering ske med namn och befattning i klartext.

## **Rättelse**

Uppgifter i patientjournalen får inte tas bort eller göras oläsliga. Om man gör tillägg eller rättelser i dokumentationen måste man ändå kunna läsa tidigare skrivelser. När en felaktig anteckning rättas ska det anges när rättelsen gjordes och vem som gjort den. Både den felaktiga anteckningen och rättelsen ska synas i journalen. Detta gäller både i den datoriserade journalen och i en eventuell pappersjournal. Om patienten anser att en uppgift är oriktig eller missvisande ska detta dokumenteras i patientjournalen. Patienten får inte själv skriva i journalen eller bestämma vad personalen ska dokumentera.

All dokumentation som görs för hand och som ska sparas ska göras med blå eller svart kulspetspenna. Det är inte tillåtet att suddas ut eller stryka över med övermålningsfärg. Stryk istället över den felaktiga texten med ett streck utan att dölja underliggande text.

## **Förstöring av patientjournal**

Patienten själv eller någon som omnämns i journalen kan begära att patientjournalen ska förstöras. Det är endast Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som får besluta om en journalhandling får förstöras helt eller delvis. Det är patienten som lämnar en begäran till myndigheten. Om IVO fattar beslut om förstöring har vårdgivaren två veckor på sig att förstöra originaljournalen, alla kopior som lämnats till myndigheter, andra vårdenheter eller andra vårdgivare etc.

Kommer ett sådant beslut om förstöring av en patientjournal ska detta lämnas till verksamhetschef som slutför ärendet tillsammans med ansvarig legitimerad personal och systemförvaltare.

## **Tolkning och översättning**

Om en patient inte behärskar svenska språket eller om patienten på grund av någon funktionsnedsättning inte kan ta del av och förstå patientjournalen, kan hjälp behövas med att ta del av sin patientjournal på ett sådant sätt att han/hon kan förstå innehållet.

## **Driftstopp**

Eftersom det förekommer både planerade och oplanerade driftstopp i verksamhetssystemet ska det finnas en lokal rutin för vilka papperskopior av patientjournaler som ska finnas utskrivna om en sådan situation skulle inträffa.



Vid driftstopp ska legitimerad personal utgå från befintlig dokumentation på enheten och vid medicinska frågor vända sig till patientansvarig läkare.

Händelser dokumenteras i pappersjournal vid driftstopp för att sedan överförs till den elektroniska journalen så snart systemet är igång igen. Anteckningarna ska föras på separat dokument per patient.

Om hinder finns för överförande till verksamhetssystemet ska det sparas i pappersform. Detta ska framkomma i den elektroniska journalanteckningen med hänvisning till pappersjournalen.

### **Telefonförfrågan/rådgivning**

Samtal som gäller vård och behandling ska alltid dokumenteras. Det samma gäller uppgifter som kan få betydelse för vården/behandlingen framöver. Dokumentationen ska göras snarast i patientjournalen, om möjligt i direkt anslutning till samtalet.

Handlar kontaktorsaken om något annat än vård och behandling får den legitimerade personalen avgöra om samtalet ska dokumenteras.

### **Journalgranskning**

Granskning av journalföring inom hälso- och sjukvård ska göras av verksamheten kontinuerligt. Granskningen kan ske genom kollegiegranskning och i så fall enligt fastställd lokal rutin eller fastställd mall. Vid granskningen tittas det på patientuppgifternas kvalitet och ändamålsenlighet.

MAS kan vid tillsyn, verksamhetsuppföljningar, allvarliga avvikelser eller klagomål göra granskning av patientjournal.

### **Sekretess och tystnadsplikt**

Alla som arbetar inom hälso- och sjukvården har tystnadsplikt. Det innebär att alla uppgifter som rör patientens personliga förhållande, t.ex. sjukdom eller behandling, skyddas av sekretess. Legitimerad personal ska fråga patienten vad som får lämnas ut till närstående eller annan vårdgivare samt dokumentera detta i journalen. Ett samtycke kan när som helst återkallas av patienten och ska dokumenteras.

I datoriserade journaler loggas alla personaktiviteter. Verksamheten ska uppmärksamma arbetstagaren på detta. Det är förbjudet att göra efterforskningar som inte hör till tjänsten. Den som bryter mot tystnadsplikten kan straffas enligt lag och riskerar uppsägning.

### **Sekretessbrytande bestämmelser**

Finns att läsa bl.a. om i offentlighets- och sekretesslagen och patientdatalagen och patientsäkerhetslagen.

### **Rapportering av uppgifter**

När sekretessbelagda uppgifter meddelas vidare ska vederbörande försäkra sig om att det sker på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av informationen. Särskilt ska detta beaktas då information ges via telefon, fax, e-post och post.

## **Sammanhållen journalföring**

Enligt patientdatalagen kan vårdgivare få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare genom så kallad sammanhållen journalföring.

Nationell patientöversikt (NPÖ) är sammanhållen journal, se Riktlinje/regler för sammanhållen journalföring- Nationell patient översikt NPÖ.

## **Spärr av uppgifter i patientjournalen**

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

## **Samtycke**

Den legitimerade personalen ska informera patienten om sekretesskyddet och fråga om han/hon lämnar sitt samtycke till att lämna upplysningar till närstående och/eller legal företrädare, annan vårdgivare eller till andra verksamhetsgrenar.

Ett samtycke ska journalföras och kan när som helst återkallas av patienten.

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

## **Kvalitetsregister**

För att främja vårdens kvalitet och utveckling kan verksamheten använda sig av olika kvalitetsregister, nationella, regionala eller lokala. Enligt bestämmelser i patientdatalagen om personuppgifter i kvalitetsregister får dessa behandlas enbart om inte patienten motsätter sig detta. Verksamheten ska upprätta rutiner för hantering och information till patienten att de arbetar med kvalitetsregister. I patientdatalagen framgår det att personuppgifter i ett kvalitetsregister ska gallras när det inte längre behövs för ändamålet. Om patienten motsäger sig deltagande i olika register ska det journalföras.

## **Skyddade personuppgifter**

Respektive chef är skyldig att ta reda på vilken typ av skyddad identitet patienten har. När en medarbetare får kännedom om att en patient har skyddad identitet ska han/hon vända sig omgående till sin närmaste chef. Chefen kontakter därefter berörd verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) samt myndighetschef.

Verksamheten ska ha rutiner i samverkan med systemförvaltare hur skyddade uppgifter ska hanteras i patientjournal och i olika system.

## **Hantering och förvaring**

Patientjournal ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem. De ska skyddas mot förstörelse, skada och tillgrepp. När de inte används ska de förvaras i ett låsbart dokumentskåp på personalens expedition/kontor. När de används ska ingen obehörig kunna

komma åt att läsa dem under tiden de ligger framme eller finns synliga i datorn. Om samma person får insatser enligt HSL, LSS och SoL ska handlingarna hållas åtskilda.

Pappersjournaler ska förvaras så att de är läsbara fram till dess att de får gallras.

Verksamheten ska ha rutin för hur hälso- och sjukvårdsdokumentation förvaras i patientens bostad.

### **Förvaring av pappersjournal hos legitimerad personal**

Varje patient ska ha en egen mapp märkt med patientens namn och personnummer. Följande journalhandlingar ska sparas om pappersjournal används:

- Patientjournal (om sådan finns i pappersversion)
- Bedömningsinstrument (som inte finns i Bedömningsmodulen eller är dokumenterade på annat sätt i patientjournalen)
- Planer som inte finns i verksamhetssystemet
- Ordinationshandling på dosdispenserade läkemedel
- Signaturförtydligande (om sådan finns i pappersversion)
- Signeringslistor
- Epikris/remiss/remissvar
- Övrigt

### **Utlämnande av patientjournal**

#### **Utlämnande till patienten**

Patienten har rätt att få ta del av handlingar som berör honom/henne. Patienten kan begära ut handlingar genom ett personligt besök, via brev, e-post, telefon eller via ombud<sup>1</sup>.

Ansvarig för utlämnande av handlingar är legitimerad personal med patientkontakt som prövar om det finns hinder för utlämnandet enligt Offentlighets- och sekretesslagen. Finns inga hinder för utlämnande av patientjournalen gäller att patienten skyndsamt ska få ta del av handlingarna. Uppgifterna kan lämnas ut som en kopia, avskrift eller genom att patienten får läsa patientjournalen på plats. Patientens ska erbjudas hjälp vid läsningen. Den som lämnar ut patientjournalen ska förvissa sig om att det är rätt mottagare som tar emot handlingarna. Skickas kopior med post ska brevet rekommenderas.

I journalen ska den som lämnar ut journalkopier dokumentera att en prövning gjorts enligt ovanstående samt att en kopia är utlämnad till patienten, vem som lämnat ut kopian och om kopian är hämtad av patienten, skickad med rekommenderat brev eller överlämnad på annat sätt.

#### **Utlämnande till annan vårdgivare**

I dessa fall måste patienten lämna sitt samtycke. Detta noteras i journalen av ansvarig. När kopior skrivs ut från verksamhetssystemet till vårdgivare utanför den egna kommunen ska det framgå i journalen vem som fått kopian, när den lämnades ut och från vilken del av patientjournalen utskriften är gjord.

---

<sup>1</sup> Ett ombud är en bemyndigad person som genom fullmakt företräder annan.

## **Då uppgifter inte kan lämnas ut**

Det finns två situationer då patienten inte har rätt att få tillgång till sin hela journal:

- Om den som tar ställning anser att det kan leda till att patienten kan skadas eller att behandlingen blir lidande och det är av synnerlig vikt att patienten inte får ta del av journalen.
- Om någon annan person än patienten nämns i journalen ska det stå klart att denne inte lider men genom att journalen lämnas ut. Även här görs en bedömning i det enskilda fallet.

Om uppgifterna inte kan lämnas ut ska detta beslut fattas av berörd nämnd via delegation till Socialdirektör eller resultatenhetschef.

Ett avslagsbeslut ska vara skriftligt och innehålla information om hur patienten kan överklaga beslut hos förvaltningsdomstolen.

## **Utflytt eller byte av vårdgivare**

Om patienten flyttar från kommunen eller byter vårdgivare ska en epikriskopia gällande omvårdnad, rehabilitering, habilitering och hjälpmedel, efter patientens samtycke, skickas/lämnas till den nya vårdgivaren. Det ska antecknas i patientjournalen att en epikris upprättats och överlämnats samt om överrapportering av pågående vård och behandling har gjorts. Därefter ska alla journalhandlingar arkiveras enligt gällande rutin.

Om patienten har korttidsvård eller växelvård stannar journalhandlingar i pappersformat kvar hos den ursprungliga enheten och journalhandlingar som upprättas i pappersform på korttids/växelvårdsboendet förvaras där. När korttids/växelvårdsboendet avslutas och patienten flyttar ska en epikriskopia gällande omvårdnad, rehabilitering, habilitering och hjälpmedel, efter patientens samtycke, skickas/lämnas till den nya vårdgivaren eller till vård- och omsorgsboendet.

## **Scanning och digitala bilder**

Om det finns teknisk möjlighet att scanna information kan detta göras i syfte att samla informationen i patientjournalen. Finns det teknisk möjlighet att använda digital kamera kan exempelvis utveckling av sårläggning eller sittställning vid förskrivning av sittskal dokumenteras i bilder. Kan inte materialet läggas direkt i patientjournalen ska det skrivas ut och förvaras i pappersjournal. Materialet är journalhandling.

## **Fax och e-post**

En handling som skickas via fax utgör normalt en kopia. När en handling ska faxas kontaktas mottagaren först så att sändningen antingen kan bevakas eller få bekräftat att faxen finns i ett låst utrymme så obehöriga inte har tillträde. Personuppgifterna på de journalhandlingar som ska faxas avidentifieras och lämnas per telefon. Förprogrammerade kortnummer ska användas. Mottagaren ska bekräfta att faxet kommit fram.

Sekretessuppgifter kring en patient får inte skickas okrypterat via e-post. Till dessa uppgifter räknas även personnummer, initialer, namn, adress eller andra uppgifter där det går att spåra vem personen är.

### **Risker och avvikelser**

Risker och avvikelser ska alltid rapporteras. Se, *Riktlinje för risk och avvikelshantering för hälso- och sjukvård.*

### **Rensning och Arkivering**

Större delen av patientjournalen är elektronisk. Det finns dock fortfarande inslag av pappersjournaler som ska arkiveras. Verksamheten ska beskriva vilka pappersjournaler det gäller för arkivering.

Då en patient avlidit eller flyttat från boendet/dagverksamhet/daglig verksamhet arkiveras journaler. Journalen sparas på enheten i minst 6 månader eller efter verksamhetens rutin.

En journal ska bevaras minst i tio år efter att den sista uppgiften fördes in i handlingen.

Journal för personer på växelboende stannar på boendet som en aktiv journal så länge personen har beviljad plats.

Utskrifter från läkarorganisationens elektroniska patientjournal är att betrakta som sjuksköterskans arbetskopior och skall inte arkiveras. Kopior från andra vårdgivare och provsvar kastas.

Verksamheten ska ha skriftlig rutin för arkivering och gallring av journaler.

### **Referenser**

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

Patientdatalagen (2008:355)

Patientsäkerhetslagen (2010:659)

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

Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.

Senaste version av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete, HSLF-FS-2017:40

Socialstyrelsen, Sekretess - frågor och svar