

Bestämmelser om journalföring (Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14)

## Vad är en patientjournal?

Patientjournalen består av en eller flera journalhandlingar som rör samma patient. En journalhandling definieras i 1 kap. 3 § patientdatalagen på följande sätt:

*"Framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder."*

Patientjournalen består alltså av de uppgifter om patienten som behövs för vården av honom eller henne.

En journal ska vara respektfullt hållen och kunna läsas och förstås av patienten. Journalen ska vara skriven på svenska, tydligt utformad och så lätt som möjligt att förstå av patienten. Journalföringen ska så långt som möjligt följa nationella fastställda termer och begrepp, klassifikationer och övriga kodverk. Av denna anledning bör man alltid sträva efter att använda terminologin från vedertagna diagnosmanualer i diagnostiserandet istället för att beskriva patientens problem i friare ordalag.

En patientjournal ska enligt 3 kap. 1 § patientdatalagen föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter. Det kan dock finnas flera journaler per patient hos en vårdgivare eftersom olika vårdenheter hos vårdgivaren kan föra en egen patientjournal trots att det gäller samma patient.

Vid all hälso- och sjukvård är det ett absolut krav att den enskilde är medveten om att journal förs över hen. Samtycke till journalföring krävs inte och någon rätt till anonymitet i vården finns i princip inte.

## Varför ska vårdgivaren föra patientjournaler?

Patientjournalen är av grundläggande betydelse för vård- och behandlingsarbetet inom hälso- och sjukvården. För patientsäkerheten kan det vara helt avgörande att olika åtgärder dokumenteras.

Syftet med att föra patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Patientjournalen är främst ett arbetsinstrument för den som ansvarar för patientens vård, men även någon som inte har träffat patienten tidigare ska kunna använda den för att bedöma vilka åtgärder som har vidtagits och kan behöva vidtas. En väl förd patientjournal har stor betydelse för patientsäkerheten och ökar tryggheten för personalen inom hälso- och sjukvården. I en patientjournal ska det vara lätt att följa vilka bedömningar och överväganden som gjorts. En bra journalföring minskar risken för onödiga missförstånd om vården ifrågasätts eller om någon annan tar över ansvaret för en behandling.

Patientjournalen ska också kunna användas som underlag vid verksamhetsuppföljningar, kontroller och tillsyn eller i rättsliga sammanhang samt som källmaterial för forskning och kvalitetssäkring. Patientjournalen används också för att dokumentera sjukdomar eller skador i skadestånds- och försäkringssammanhang och de används inte sällan i flera år efter att skadan eller sjukdomen inträffade. Uppgifterna i patientjournalen kan alltså få både rättsliga och ekonomiska betydelser för patienten. Därför är det synnerligen viktigt att dokumentationen är noggrann och korrekt.

Om en avvikelse inträffar ska patientjournalen kunna fungera som ett underlag för den händelseanalysen. I en sådan analys ska det gå att följa vårdprocessen och analysera varför händelsen inträffade. Det är nödvändigt för att kunna se till att händelsen inte inträffar igen.

## När ska en patientjournal upprättas?

Enligt 3 kap. 1 § patientdatalagen ska det föras en patientjournal vid vård, det vill säga vid undersökning, utredning och behandling, av patienter inom hälso- och sjukvården. Dokumentationsskyldigheten är densamma inom offentlig och enskild vård.

Om ett telefonsamtal gäller vård och behandling av en patient ska uppgifterna journalföras.

## Hur snabbt ska uppgifter som ska dokumenteras föras in i patientjournalen?

### 3 kap. 1 § SOSFS 2008:14

Uppgifter som ska antecknas i en patientjournal ska föras in i journalen så snart som möjligt. Vårdgivarens informationssäkerhetspolicy ska också säkerställa att patientuppgifterna är åtkomliga och användbara för den som är behörig. Patientdatalagens krav på att uppgiften ska föras in i journalen så snart som möjligt tolkas dock av Socialstyrelsen som att man inte kan acceptera någon längre fördröjning.

5 § Rutinerna för hantering av patientuppgifter ska även säkerställa att uppgifter i patientjournalen inte kan ändras eller utplånas (låsas) annat än med stöd av bestämmelserna i patientdatalagen (2008:355). Rutinerna ska vidare säkerställa att uppgifterna låses en viss tid efter det att de har förts in i patientjournalen, dock senast efter fjorton dagar.

## Vad gäller för minnesanteckningar?

### 3 kap. 1 § SOSFS 2008:14

Tillfälliga minnesanteckningar som används som underlag för uppgifter som ska föras in i patientjournalen kan enligt Socialstyrelsens bedömning räknas som arbetsmaterial, som kan förstöras när uppgifterna förts in i journalen. Uppgifterna ska föras in i journalen så snart det är möjligt. Om minnesanteckningarna förs i ordnad form och sparas längre tid att de är att likställa med journalhandlingar.

Det är inte tillåtet att föra "dubbla journaler", dvs vid sidan av journalen föra privata minnesanteckningar. Sparas minnesanteckningar betraktas de som en journalanteckning även om anteckningen inte tillförts journalen.

## **Vad får dokumenteras i en patientjournal?**

3 kap. 1 § SOSFS 2008:14

I patientdatalagen finns bestämmelser om vad en patientjournal minst måste innehålla men det framgår också vad en journal får innehålla. Utöver det som sägs i patientdatalagen får patientjournalen innehålla de uppgifter som ska antecknas enligt lagen eller någon annan författning. Därutöver får patientjournalen endast innehålla uppgifter som behövs för de ändamål som anges i 2 kap. 4 § första stycket 1 och 2 patientdatalagen. Det innebär att journalen får innehålla de uppgifter som behövs för vården av en patient eller för administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars föranleds av vård i enskilda fall.

Källa: Socialstyrelsen