

# Vårdokumentation - riktlinjer för Region Jönköpings län

## Syfte med riktlinjerna

Grundläggande bestämmelser om journalföring (vårdokumentation) finns i patientdatalagen (2008:355), nedan förkortad PDL, och Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14).

Syftet med följande riktlinjer är att

- Stödja strukturerad, ändamålsenlig och enhetlig dokumentation
- Skapa stöd så att vårdokumentation lätt kan dokumenteras och återfinnas
- Förbättra verksamhetsuppföljning i syfte att bidra till en likvärdig vård samt kvalitetssäkring av dokumentationen

Riktlinjerna baseras på den gemensamma dokumentationspolicyn för Sydöstra sjukvårdsregionen.

## Målgrupp

- De som upprättar vårdokumentation
- Vårdutvecklare och administrativa utvecklare
- Systemförvaltare av patientadministrativa system
- Verksamhetschefer
- Regionledning

## Syfte med patientjournalen

Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Patientjournalen ska vara ett väl strukturerat arbetsredskap för vårdens personal.

Patientjournalen är även en informationskälla för patienten, och ska också ge möjlighet till uppföljning och utveckling av verksamheten, bidra till tillsyn och uppfyllande av rättsliga krav och uppgiftsskyldigheter enligt lag, samt dessutom stödja forskning. Detta innebär också att information som ej är nödvändig för dessa syften inte bör finnas i patientjournalen om inte särskild lag, författning eller annan reglering kräver detta.

## Styrande principer

- Den som har legitimation eller särskilt förordnande att utöva ett visst yrke inom hälso- och sjukvården eller tandvården ska föra journal. Alla vårdkontakter ska dokumenteras i patientens journal i omedelbar anslutning till kontakttillfället samt signeras.
- Journalhandlingar som upprättas ska vara skrivna på svenska och vara så lätta som möjligt att förstå. Fackuttryck kan användas om så krävs för att säkerställa God vård. Texten ska utformas så att den inte kan feltolkas eller uppfattas som värderande av patienten eller dennes närstående. Förkortningar ska undvikas. Om förkortningar behövs ska de vara allmänt vedertagna.
- Dokumentationen ska knytas till nationella och internationella definitioner, klassifikationer och kodverk. Hänsyn ska tas till Socialstyrelsens olika regelverk för gemensam informationsstruktur. Dokumentationen bör vara baserad på strukturerad inmatning med enhetliga sökord och med minskad mängd fritext.
- All nödvändig dokumentation ska samlas i en patientjournal som är gemensam för all hälso- och sjukvårdspersonal. Målet är att minska dubbel-dokumentationen som tynger journalen och gör den svårtillgänglig, överskådlig och patientosäker.

## Mallar och dokumentation

### Dokumentationsmallar

Ska så långt möjligt vara gemensamma för alla verksamheter. Endast kvalitetssäkrade sökord ska användas.

## Gemensamma dokument

Gemensamma dokument i Cosmic är bl.a. en sammanfattning av patientens medicinska och sociala bakgrund. Arbetssättet vid dokumentation ska alltid vara att läsa här först och uppdatera gemensamma dokument vid behov.

## Kronologisk journal

Den aktuella vårdkontakten och det aktuella hälsotillståndet börjar under kronologiska journalen = journalvyn Enhetens anteckningar.

## Läkemedelsdokumentation

Läkemedelsmodulen ska användas på ett enhetligt sätt av samtliga enheter. Motiv till att man inlett, förändrat eller avslutat läkemedelsbehandling ska dokumenteras i journalanteckningar under avsett sökord.

## Remiss- och svarsfunktionerna

Prov och undersökningar utgör normalt dokumentation för prov- och undersökningssvar. Avvikelse som föranleder beslut och åtgärder ska dokumenteras i journalen.

## Remisser

Professionella remisser ska alltid besvaras skriftligt. Slutanteckning eller journalanteckning gäller inte som remiss eller remissvar.

Vid egenremiss från patienten kan man istället för skriftligt svar hänvisa till journalen via nätet eller journalkopior.

## Diagnossättning

Ska alltid göras i samband med en vårdkontakt. För detaljerad information om diagnossättning hänvisas till Regionens riktlinjer kring detta på intranätet.

## Vårdplaner

Vårdplaner beskriver vårdbehov, mål och behandlingsåtgärder. Vårdplanerna är tvärprofessionella och utgår från patientens vårdprocess. Vårdplaner startas utifrån patientens hälsoproblem. Det finns mallar för olika typer av vårdplaner, individuella vårdplaner (IVP), generella vårdplaner (GVP) och standardiserade vårdplaner (SVP).

## Rapportblad

Rapportbladet används för dokumentation av enstaka händelser, som inte finns med i patientens vårdplan. I rapportbladet kan man även dokumentera åtgärds-koder, för att ange att åtgärder utförts enligt vårdplan.

## Journaltabeller

Journaltabeller används som ett komplement till den kronologiska journalen och vårdplanerna. Patienten ska ha en journaltabell från samma mall, till exempel mätvärden. Den används gemensamt av alla verksamheter och enheter. I journaltabellerna är det tänkt att vårdgivaren själv skriver in värdet och signerar.

Vissa parametrar från journaltabellerna visas i en läsvy i gemensamma dokument.

## Journaldokumentation i praktiken

### Vem ska föra journal?

Den som har legitimation eller särskilt förordnande att utöva ett visst yrke inom hälso- och sjukvården eller tandvården är skyldig att föra journal. I vissa fall måste även icke-legitimerad personal föra patientjournal, exempelvis personal inom hälso- och sjukvården som biträder en legitimerad yrkesutövare. Dessutom kan även en verksamhet vara skyldig att föra journal utan att ha anställda som är skyldiga att föra journal. Detta måste då fastställas i verksamhetens rutiner. Den som är verksam som kurator i den allmänna hälso- och sjukvården är också skyldig att föra journal. (3 kap. 3 § PDL).

Inom Regionen gäller vidare att

- den hälso- och sjukvårdspersonal som har en vårdkontakt och som därmed ansvarar för kontakten, journalför insatsen. I situationer med teambesök, vårdkonferenser mm, samt i slutenvårdens rondsituationer ska i normalfallet endast dokumentation ske av den som är huvudansvarig eller som denne utser. Namn på de som deltar i vårdkontakten ska finnas i journalen.
- vid telefonkonsultation ansvar den konsulterande hälso- och sjukvårdspersonalen att dokumentation sker.

- den som deltar i omvårdnaden av en patient ska dokumentera uppgifter som har betydelse för patientens fortsatta vård och behandling, även om den anställde inte är journalföringspliktig enligt lag. Efter lokal utbildning/introduktion i omvårdnadsdokumentation kan därmed exempelvis undersköterska/skötare dokumentera i samråd med ansvarig sjuksköterska i valda områden.

## Hur snabbt ska man dokumentera?

Alla åtgärder som berör en patient ska dokumenteras eller dikteras i omedelbar anslutning till kontakttillfället samt signeras. I journalen skall korrekt händelsedatum och tid anges liksom när informationen infördes i systemet (Dokumentationstidpunkt). Dokumentationstidpunkt ska också finnas i journalen, det anges automatiskt i de flesta system.

## Språket i journalen

De journalhandlingar som upprättas inom hälso- och sjukvården ska vara skrivna på svenska, tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå. Fackuttryck ska användas om så krävs för att uppfylla huvudsyftet med patientjournalen, att vara ett arbetsinstrument för att säkerställa God vård. Texten måste utformas med omsorg så att den inte kan feltolkas eller uppfattas som förolämpande av patienten eller dennes närstående. Förkortningar ska i allmänhet undvikas, men i de fall de behöver användas ska de vara allmänt vedertagna och helst förklarade vid första användning i en anteckning.

## Signering, vidimering, kontrasignering

Samtliga journalanteckningar ska signeras och detta ska ske snarast möjligt. Osignerade anteckningar i Cosmic autolåses efter 14 dagar om de inte signerats i enlighet med Socialstyrelsens krav i SOSFS 2008:14. Den som ansvarar för anteckningen kan signera autolåst anteckning. Om en ändring måste göras kan man omsignera aktuellt sökord i efterhand. Historiken finns då kvar.

### Signering

Innebär att man bekräftar att en journalanteckning eller remiss som man själv har skrivit är korrekt och samtidigt låser den för redigering. Journalanteckningar, epikriser och remisser ska alltid signeras eftersom man då får tillfälle att kontrollera att diktat är korrekt transkriberade.

### Vidimering

Innebär att man bekräftar att man tagit del av ett provsvar, ett remissvar eller en journalanteckning som någon annan har skrivit. Både signering och vidimering har tidsstämpel. Vidimering ska alltid ske av inkomna svar.

### Kontrasignering

Innebär att viss dokumentation ska kontrasigneras av ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal, t.ex. ska epikriser alltid signeras av ansvarig läkare.

Då en student dokumenterar ska dessa anteckningar alltid kontrasigneras. Särskilda kontrasigneringsmallar ska användas.

## Innehåll i journalen

En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för att patienten ska få en god och säker vård. Om uppgifterna finns tillgängliga ska patientjournalen innehålla följande uppgifter (se 3 kap. 6 § PDL och 3 kap. 6 och 7 §§ SOSFS):

- uppgift om patientens identitet
- väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
- uppgifter om aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
- tolkningar av röntgenologiska fynd och laborietester (undersökningsfynd och analysvar)
- uppgifter om ordinationer av läkemedel och olika behandlingar
- uppgifter om förskrivningsorsak vid ordination av läkemedel
- undersökningsresultat; det är viktigt att det framgår vilka undersökningar som är utförda även om resultatet är utan anmärkning
- varningsmarkeringar; uppgifter om överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen
- uppgifter om vårdhygienisk smitta
- uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder
- väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder
- epikris och andra sammanfattningar av genomförd vård
- uppgifter om lämnade samtycken
- uppgifter om patientens egna upplevelse av hälsotillståndet

- uppgifter om patientens egna önskemål vad avser vård och behandling
- uppgifter som behövs för att tillgodose spårbarhet avseende de medicintekniska produkter som har förskrivits till, utlämnats till eller tillförts en patient
- utfärdade intyg och remisser och andra inkommande och utgående uppgifter
- uppgifter om vårdplanering
- uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning
- dokumentation om ställningstagandet att inte vidta någon åtgärd
- de uppgifter som enligt lag eller annan författning ska antecknas i en patientjournal
- om en patient anser att en uppgift i patientjournalen är oriktig eller missvisande, ska det antecknas i journalen
- uppgifter om patienten avböjt en insats

Samtliga punkter behöver inte alltid skrivas löpande i journaltext utan endast de uppgifter som är relevanta i den aktuella vårdkontakten.

## Kommentarer

- Dokumentation vid upprepade återbesök ska i normalfallet vara kortfattad, men bör då innehålla hänvisning till ursprunglig vårdkontakt. Schablonbetonade texter ska undvikas.
- Repetitiva åtgärder, exempelvis fysioterapeutiska åtgärder, som följer en uppgjord plan kan dokumenteras med bara koder om de följt förväntat förlopp (Om koden tydligt anger vad som gjorts).
- Bedömningar av anamnes, undersökningar och status ska alltid kommenteras under särskilt sökord eller vårdplan, om det inte kan anses som uppenbart obehövligt. Särskilt viktigt är det att bedömningar kommenterar nyupptäckta resultat/fynd.
- Behandlingsförlopp ska kunna följas och orsaker till terapiförändringar ska dokumenteras. Pågående läkemedelsbehandling ska dokumenteras, och utvärderas minst en gång om året.
- Teamkonferenser, avstämningsmöten och runderbetonade bedömningar ska journalföras.
- Diagnoser måste vara grundade på journalförda fakta. Differentialdiagnostiska överväganden och osäkerheter vid diagnossättning bör kommenteras.
- Riskbedömningar ska dokumenteras och hanteras enligt beslutade rutiner. Det finns däremot ingen anledning att för alla sorters patientmöten rutinemässigt ange negerande uppgifter; ("det föreligger ingen risk för ...")

## Strukturerade journaldata

Dokumentationen i patientjournalen ska om möjligt vara baserad på strukturerad inmatning med enhetliga sökord med så långt möjligt styrda alternativ under varje sökord som kopplats till typ av data och valbara värden/alternativ.

Allt arbete ska knytas till Nationell informationsstruktur NI, som ger förutsättningar för en ändamålsenlig vård- och omsorgsdokumentation och som möjliggör en mer entydig, uppföljningsbar och tillgänglig patientinformation. NI innebär att man använder redan definierade termer och begrepp samt nationella och internationella klassifikationer och kodverk (exempelvis ICD10-SE, KVÅ, ICF och Snomed CT).

Mängden fritext i journaldokumentationen ska hållas nere, men fritext kan ibland användas för att fånga viktig information som inte kan förutses och inrymmas i strukturerad information, t.ex. i bedömningar och sammanfattningar samt för beskrivning av aktuellt hälsotillstånd.

Dokumentationen ska utvecklas till att bli mer processororienterad och dokumentationen ska följa patientens väg genom vården.

## Minskad dubbeldokumentation

All dokumentation ska ske enligt principen "Läs först, skriv sedan!"

Genom att använda gemensamma dokument på avsett sätt kan dubbeldokumentationen minskas. Patientens övergripande anamnes kring social situation, boendepgifter, hjälpmedel, levnadsvanor, ärftliga faktorer och hälso- och sjukvårdshistorik ska samlas i gemensamma dokument, under rubrikerna Medicinsk bakgrund och Social bakgrund. Uppgifterna uppdateras vid behov i samband med patientens kontakter med vården.

Aktuellt hälsotillstånd ska inte ingå i gemensamma dokument.

Beslut vid runder, teamkonferenser m.m. ska endast dokumenteras en gång i journalen för att undvika dubbeldokumentation.

## Undvik förkortningar

Förkortningar är svårtydda. I ett flertal fall finns dessutom samma förkortning med helt olika betydelse inom olika medicinska områden. Användande av förkortningar ska helst undvikas, alternativt förklaras vid första förekomst i en anteckning. Om förkortningar används ska dessa vara vedertagna enligt Svenska Akademiens ordlista.

## Läkemedel

Förteckning över patienters läkemedel ska inte upprepas i journaltext förutom vid in- och utskrivning av patienter i sluten vård. Detta enligt beslut av

Regionens läkemedelskommitté. Läkemedelslistan ska anses vara korrekt dokumentation. I läkemedelsarbetet ingår som en central del i allmän vårddokumentation att kunna notera att man gått igenom och kontrollerat läkemedelslistan. Motiv till att man inlett, förändrat eller avslutat läkemedelsbehandling ska dokumenteras enkelt och strukturerat. Sökord inom läkemedelsområdet ska tillämpas enhetligt inom Regionen.

## Prov- och undersökningssvar

Prov- och undersökningssvar finns i svarsfunktionerna i vårdinformationssystemen (t.ex. ROS) och ska bara dokumenteras i journaltext om det förekommer avvikelser som föranleder beslut och åtgärder.

## Remisshantering

Region Jönköpings län har rutiner för remisshantering. Regionen har också rutiner för egen vårdbegäran till Regionens samtliga verksamheter. Generellt gäller:

Varje remiss ska besvaras. Svaret ska konstruktivt besvara remissens frågeställningar och remissbekräftelse ska aldrig motsvara remissvar.

Slutanteckning (Epikris) eller journalanteckning får inte ersätta remiss eller remissvar. Hänvisning till journaltext kan göras i remiss eller remissvar om så krävs för förtydliganden.

## Lagar och regelverk kring vårddokumentation

Som angetts inledningsvis finns grundläggande bestämmelser om journalföring (vårddokumentation) i PDL och SOSFS 2008:14).

## Känsliga uppgifter

Patientjournalen innehåller till sin natur känsliga uppgifter. Känsliga uppgifter får enligt PDL endast förekomma i journalen i de fall där det är relevant för sjukdomstillståndet eller hur vården ska bedrivas.

Förutom uppgifter som rör hälsa eller sexualliv räknas till känsliga uppgifter även personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, eller medlemskap i fackförening.

Känsliga personuppgifter, uppgifter om lagöverträdelse, uppgifter om att någon fått bistånd eller varit föremål för andra insatser inom socialtjänsten eller enligt utlänningslagen får enligt lagen inte användas som sökbegrepp.

Det är dock tillåtet att använda uppgifter om hälsa som sökbegrepp, liksom uppgift om att någon varit föremål för tvångsinsatser enligt lagen ((1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Ovanstående skrivningar ger en god vägledning, men svåra gränsdragningar finns. Uppgift om trosuppfattning t.ex. kan vara relevant vid omhändertagande av avlidna och ras och etnisk härkomst kan vara betydelsefull för ärftlighet och förekomst av vissa sjukdomar. I varje sådan situation måste man bedöma hur relevant uppgiften är för God vård. Vid sådana överväganden ska alltid behovet för God vård prioriteras. Man bör dock särskilt beakta att uppgift om vistelseort kan vara kritisk vid skyddad identitet och den ska aldrig röjas i journaltexten. Vidare tillämpning sker enligt "Riktlinje för hantering av skyddade personuppgifter" och särskild rutin för detta i Cosmic.

## Känslig/extra känslig information

I de fall hälso- och sjukvårdspersonal anser att viss information är av sådan karaktär att den bör skyddas extra för åtkomst finns möjlighet att använda mallarna Känslig information eller Extra känslig information. Rutiner för dessa mallar finns bland Cosmic manualer.

## Sammanhållen journalföring

Sammanhållen journalföring innebär att vårdgivare delar elektronisk journalinformation med varandra. Sådan åtkomst, oberoende om den sker i Cosmic och/eller den nationella patientöversikten NPÖ, eller annat vårdinformationssystem räknas som sammanhållen journalföring.

För att få ta del av sammanhållen journalföring (vårdinformation från en annan vårdgivare) krävs alltid patientens samtycke och detta ska vara dokumenterat i vårdinformationssystemet.

## Spärr

I PDL ges patienter uttrycklig rätt att spärra vårdinformation i datajournal, så att den inte görs åtkomlig för andra vårdenheter inom Regionen (inre spärr). Med begreppet vårdenhet avses klinik och vårdcentral.

Efter att inre spärr har satts ska det synas att information finns, men patientinformationens innehåll ska vara dold för andra verksamhetsområden och endast kunna nås efter särskild motivering som loggas.

Patienter har också rätt att spärra vårdinformation så att den inte görs åtkomlig för andra vårdgivare, exempelvis andra landsting/regioner, kommuner och privata vårdgivare (yttre spärr).

Då yttre spärr är aktiverad är patientinformationen dold för andra vårdgivare, men det framgår att det finns information och var den finns. Yttre spärr kan bara hävas av den vårdgivare som satt spärren.

En vårdnadshavare har inte rätt att spärra sitt barns journal.

## Beslutsoförmögen

Beslutsoförmåga kan variera över tid och det är den hälso- och sjukvårdspersonal som träffar patienten som avgör om patienten är beslutsoförmögen eller inte. Om det föreligger en nödsituation eller inte bedöms också av den hälso- och sjukvårdspersonal som träffar patienten vid det aktuella tillfället. Föreligger en nödsituation får en inre spärr forceras med nödöppning, detta loggas. Observera att anhörig aldrig kan samtycka i patientens ställe.

## Patientsäkerhet – avvikelser, mm

Patientjournalen är ett viktigt instrument i vårdens arbete med kvalitet, säkerhet, uppföljningar och utvärderingar och den kan också fungera som ett underlagsmaterial om man vill granska och kontrollera den vård som patienten fått. (3 kap 2§ PDL). Om en patient drabbas eller riskerar att drabbas av en allvarlig skada eller sjukdom i samband med hälso- och sjukvård eller tandvård ska vårdgivaren anmäla detta till Inspektionen för vård och omsorg (nedan förkortad IVO). En sådan anmälan ska sedan följas av en intern utredning. För att kunna göra en sådan utredning krävs att händelseförloppet kan klarläggas. Journalen är då en viktig del i utredningen. Avvikelser ska alltid dokumenteras i patientens journal och i Regionens avvikelssystem (Synergi). Uppgifter om den information som har lämnats till patienten ska också antecknas i patientjournalen.

## Vad ska dokumenteras om en patient anser att en uppgift i journalen är oriktig eller missvisande?

Om patienten anser att en uppgift är oriktig eller missvisande ska det antecknas i journalen. Enligt 3 kap. 8 § PDL behöver man bara anteckna att patienten har en avvikande uppfattning, men patientens synpunkter kan ändå kortfattat noteras i journalen. Bestämmelsen innebär dock inte att patienten själv får skriva i sin journal eller har rätt att bestämma vad som ska stå i den.

## Förstörande av patientjournal

Om patient önskar få hela eller delar av sin journal förstörd görs ansökan hos IVO som beslutar om förstörande av patientjournaler. Rutin för detta finns i Regionens dokumentationshandbok.

## Intyg

Den som är skyldig att föra patientjournal, ska på begäran av patienten utfärda intyg om vården (3 kap. 16 § PDL). Ytterligare bestämmelser finns i Socialstyrelsens föreskrifter om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m. (SOSFS 2005:29). Av 10 kap. 5 § dessa föreskrifter framgår att ett intyg ska utformas på ett sådant sätt att den person intyget gäller och mottagaren av intyget kan förstå förhållandena och värdera innebörden av uttalandena. Intyget ska vara fullständigt, entydigt och skrivas med en läslig text och på ett begripligt språk.

Medicinska termer ska som regel inte användas. Ett intyg ska inte innehålla sådant som kan uppfattas som nedsättande eller kränkande för den som intyget gäller eller någon närstående. Utfärdade intyg ska ingå i journalen.

## Kvalitetsregister

Grunden för Regionens vårdverksamheter ska vara att delta i de nationella kvalitetsregister som är tillämpliga för respektive verksamhet. Arbetet ska inriktas på att utforma journaldokumentationen så att den så långt som möjligt kan användas för automatisk överföring till kvalitetsregister.

Patienter ska informeras om att rapportering till kvalitetsregister sker och har rätt att motsätta sig sådan registrering. Dokumentation om vilka register patienten ingår i görs i Cosmic. Det är inte nödvändigt att dokumentera samtycke, däremot ska det dokumenteras i journalen om patienten motsätter sig registrering i kvalitetsregister och i så fall vilket/vilka register detta gäller.

## **Journalutlämning**

### **Patientens rätt att få ta del av sin egen journal**

En patient har i normalfallet rätt att få ta del av sin egen journal. Uppgift som antecknats om tredje person och som inte lämnats av patienten kan dock vara sekretessbelagd. Detsamma gäller för uppgift som tredje person lämnat som anmälare. Uppgift om patientens hälsotillstånd kan också vara sekretessbelagd i förhållande till patienten om det med hänsyn till vården av patienten är av synnerlig vikt att uppgift inte lämnas till honom eller henne. Se bestämmelserna i 25 kap. 1, 6 och 7 §§ offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Det är den som ansvarar för vården av patientjournalen som gör menprövning och prövar om det föreligger hinder för att lämna ut uppgifter i journalen till patienten. Varje vårdcentral/klinik ska ha rutiner som anger vem som anses ansvara för vården av journalerna.

### **Direktåtkomst av journalen via internet**

Sedan februari 2015 kan patienter som fått vård i Jönköpings län läsa sin journal via internet, så kallad direktåtkomst.

Mer information om regelverk, informationsmängder etc. finns att läsa på intranätet.

### **Utlämnande av journalkopior till patienten**

Enligt 2 kap 12§ Tryckfrihetsförordningen ska en allmän handling som får lämnas ut på begäran "genast eller så snart det är möjligt" på stället och utan avgift tillhandahållas den som önskar ta del av den. Patienten har rätt att utan kostnad få en utskriven kopia av sin journal (i de delar eventuell sekretess inte föreligger). Lagen kräver att ett ärende angående utlämnande av allmän handling behandlas med skyndsamhet.

För detaljerad information kostnaderna för utlämnande av journalkopior till patienter och myndigheter hänvisas till intranätet.

### **Rätt att få ta del av närståendes patientjournal**

Närstående har inte någon absolut och villkorlig rätt att få ta del av annans patientjournal. En menprövning ska därför göras när närstående/anhörig begär ut en patients journal. En patient kan själv häva den sekretess som gäller till skydd för honom eller henne genom att lämna samtycke till att den närstående tar del av journalen. För detaljerad information om journalutlämning hänvisas till Regionens dokumentationshandbok.

## **Kvalitetskontroll**

Mallar, sökord och deras användning samt efterlevnad av denna riktlinje ska löpande kontrolleras för att säkerställa att behov av löpande utveckling och förbättring av den strukturerade journaldokumentationen kan ske. Denna uppgift ska ingå i den löpande verksamhetsförvaltningen av Regionens vård-informationssystem.