

RÅD
Signering, bekräftelse, låsning

Innehåll

1	Inledning	4
2	Signering.....	4
	2.1 Undantag från signering.....	5
3	Bekräftelse	5
4	Låsning.....	5

Utgåvehistorik för dokumentet

Utgåva	Datum	Kommentar
1.0		Första utgåva
1.1	2010-10-07	Text överflyttad till ny mall

1 Inledning

Informationen i patientjournalen är en dokumentation av händelseförlopp och utgör underlag för patientens vård och behandling. Patientens identitet ska alltid vara säkerställd och för att bekräfta autenticiteten och riktigheten i journalen ska informationen signeras. Signeringskravet gäller oavsett medium. I vissa fall är det tillräckligt att bekräfta erhållen information.

Vårdgivaren kan besluta om undantag från kravet på signering (med undantag för de uppgifter som nämns i första stycket i 4 kap 4§ SOSFS 2008:14). Dessa undantag ska framgå av vårdgivarens rutiner för hantering av patientjournaluppgifter.

2 Signering

Den som ansvarar för en journalanteckning ska signera den för att styrka att uppgifterna är riktiga och därmed säkerställa patientsäkerheten. Genom sin signering bekräftar den ansvarige att han eller hon har kontrollerat innehållet i anteckningen och kan gå i god för att uppgifterna stämmer. Detta gäller speciellt information om patienten som kan påverka hälso- och sjukvårdspersonal hos andra vårdenheter eller vårdgivare i sina ställningstaganden till vård och behandling samt även väsentlig information om patienten som kan inkomma från andra vårdenheter eller vårdgivare.

Som stöd för vårdgivaren att besluta om undantag från signering anser Arkitektledningen att det måste konkretiseras vad som ska signeras och bedömer att följande dokumentation ska inrymmas i signeringsplikten:

- Varningar och övriga uppmärksamhetssignaler
- Ställningstaganden till utredning och behandling som
 - diagnoser och ändringar av diagnoser
 - planerade och vidtagna åtgärder
 - vårdplanering enligt nedan samt vårdplanering som ej är samordnad med annan huvudman
 - remiss för utredning och undersökning
- § Epikriser/motsvarande och andra sammanfattningar av genomförd vård
- § Intyg och utlåtanden
- § Lämnade samtycken och patientens önskemål gällande vård och behandling
- § Lämnad information till patienten vid begäran om spärr
- § Förhållningsregler enligt smittskyddslagen
- Samordnad vårdplan (ej justerad)
- Kallelse (ej justerad) vid förenklad samordnad vårdplanering, som ej följs av formell vårdplan
- Samordnad rehabiliteringsplan (ej justerad)
- § Läkemedelsordinationer
- § Utsättande av läkemedel
- § Ordinationslista läkemedel
- § Iordningställande läkemedel
- § Administrering läkemedel
- § Ställningstagande till egenvård

2.1 Undantag från signering

Exempel på sådant som inte behöver signeras kan vara:

- § anteckningar som endast innehåller administrativa uppgifter som att kopior av journaluppgifter skickats till försäkringskassan, försäkringsbolag eller dylikt
- § att patienten avbokat eller inte infunnit sig till ett planerat besök
- § rutinmässiga provtagningar
- § daganteckningar som inte innefattar några väsentliga ställningstaganden rörande vård och behandling.

3 Bekräftelse

Vårdgivaren ska ha rutiner för att bekräfta övrig dokumentation som rör patientens vård och behandling. Med bekräftelse avses att någon med sin signatur eller namnunderskrift visar att han eller hon tagit på sig ansvaret för att åtgärda en remiss eller ett provsvar som har kommit in. Dessa typer av namnunderskrifter är viktiga led i säkra rutiner för att hantera olika utlåtanden, svar och beställningar. Detta bör i de flesta fall kunna lösas med hjälp av den spårbarhet (loggar) som finns i systemet för journalföring. För dokument som hanteras i pappersformat krävs signatur.

Exempel på patientinformation som kan bekräftas är:

- § bokningar
- § rutinmässiga administrativa åtgärder
- § mottagen information (lab -svar, rtg -svar, remissvar etc.)
- § patientidentitet

4 Läsning

Läsning av osignerad och/eller ej bekräftad information i elektronisk journal ska ske senast fjorton dagar efter det att informationen förts in.