

Journaldokumentation i Melior – SÄS-standard för journalföring

Sammanfattning

Riktlinjen beskriver dokumentation enligt standarden som togs fram i projektet Optimal textjournal inom den somatiska och psykiatriska vården vid SÄS.

Förändringar sedan föregående version

Hantering av avsaknad av journaldokumentation tillagt samt uppdatering med nya aktiviteter.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Förändringar sedan föregående version.....	1
Bakgrund.....	2
Förutsättningar	2
Genomförande	Error! Bookmark not defined.
Utebliven dokumentation	2
Styrråd Vårdadministration	3
Aktiviteter per personalkategori	3
Aktivitetstabell.....	6
Dokumentinformation.....	Error! Bookmark not defined.
Länkförteckning.....	21

Bakgrund och syfte

Projektet Optimal textjournal initierades av sjukhusledningen 2015, på grund av brister och okunskap kring dokumentation och läsbarheten samt att säkerställa spårbarhet så att patientsäkerheten stärks. Syftet med projektet har varit att underlätta dokumentationen och minska dubbeldokumentation i SÄS Meliorjournal. Målet med projektet var att SÄS ska ha en textjournal i Melior som är lättöverskådlig för den som söker information om patientens tillstånd. Projekt Optimal textjournal har sedan 2022 fortsatt som en del av Styrråd Vårdadministration.

Förutsättningar

Arbetet har omfattat textdelen i Meliorjournalen. Det inbegriper samtliga berörda yrkeskategorier och verksamhetsområden inom den somatiska och psykiatriska vården vid SÄS. Det har skapats en tydlig standard för journaldokumentationen på SÄS, både inom slutenvården och öppenvården.

Utförande

Utebliven dokumentation

Enligt Patientdatalagen är vårdpersonal skyldig att föra journalanteckningar för varje patient och vid varje vårdkontakt.

Journalen ska innehålla uppgifter som är nödvändiga för att ge en god och säker vård, inklusive patientens identitet, diagnos, behandlingar och information som lämnats till patienten.

Dokumentationen i journalen bör så snart som möjligt ske efter en vårdkontakt. Enligt riktlinjerna för patientsäkerhet bör journalanteckningar göras senast när det kan antas att en annan vårdgivare behöver tillgång till informationen för att kunna ge en god och säker vård.

Om administrativ personal vid controlling uppmärksammar att dokumentation saknas för att kunna färdigställa diagnosregistrering eller registrering av det befintliga bokningsunderlaget i systemet Elvis genomförs följande steg.

1. Skicka en påminnelse till berörd vårdpersonal.
2. Eskalera ärendet till respektive chef om ingen åtgärd vidtas.
3. Om dokumentation fortfarande saknas, skrivs en avvikelse. Enligt [Lathund - Avvikelse saknad](#)

[journaldokumentation.pdf](#)

Styrråd Vårdadministration

Uppdraget för Styrråd Vårdadministration – Journalhantering är att arbeta för en standardiserad och strukturerad dokumentation på SÅS vad gäller begrepp, termer och vårddokumentation.

Alla förändringar i Meliors textdel och Korr/Intyg lyfts till Styrråd Vårdadministration - Journalhantering och beslutas av chefläkare.

Aktiviteter per personalkategori

Läkare:

Administrativ anteckning	Intratekal/Epidural kateter
Ambulansmätvärden	Kateterjournal
Anteckning (läkare)	MIG
Avliden patient	Närståendeinformation
Begränsning av vårdinsats	Op/åtgärd
Besök	Op/åtgärd ögon
Besök – Fortsättning/tillägg	Patientbakgrund
Besök team	Planering
Brytpunktssamtal	Planering öppenvård
Central infart	Rehabiliteringsplan
Dödsbevis - Intygsmodule	Subakut bedömning
Dödsorsaksintyg - Intygsmodule	Team/Konferensanteckning
Enteral nutritionssond	Telefon (läk)
Epikris/Vårdtidssammanfattning	Telefonbesök
Foto ögon – Fotobedömning	Uppföljning FaR
Foto ögon diabetesscreening	Undantag från direktåtkomst
Försegling av direktåtkomst	Utskrivningsmeddelande
Gemensam inskrivning rehab – Läk inskrivning rehab	Vård- och behandlingsplan
Hemskrivningsinformation	Vårdskada
Inskrivning	Vävnadsdonation
Inskrivning – Fortsättning/tillägg	

Sjuksköterska/undersköterska:

Administrativ anteckning	Central infart – Skötsel central infart
--	---

Ambulansmätvärden	Central infart – Tillägg central infart
Ankomst	Enteral nutritionssond
Anteckning	Epikris/Vårdtidssammanfattning
Anteckning usk Rehabbadet	Foto ögon
Avliden patient	Foto ögon diabetesscreening
BB-vård	Försegling av direktåtkomst
Besök	Gemensam inskrivning rehab – Ankomstsamtal rehab
Besök team	Gipsjournal
Brytpunktssamtal	Hemskrivningsinformation
Central infart	Hotellanteckning
Kateterjournal	Intratekal/epidural kateter – Skötsel intratekal/epidural kateter
Lekterapi	Stomijournal, Stomiskötsel, Stomiterapeutbesök, Stomiterapeut slutenvård
Läkemedelsanteckning apotekare	Sårjournal
Munstatus	Team/Konferensanteckning
NEWS 2	Telefon
Nutritionsjournal	Telefonbesök
Omvårdnadsplaner/IVA	Trakealkanyl – Skötsel trakealkanyl
Omvårdnadsstatus	Undantag från direktåtkomst
Patientbakgrund	Uppföljning FaR
Perifer infart	Utskrivningsplanering
Planering	Vård- och behandlingsplan
Planering öppenvård	Vårdskada
Rehabiliteringsplan	Vårdtidssammanfattning ssk
	Vävnadsdonation

Andra yrkeskategorier:

Administrativ anteckning	Sjukskrivningsanteckning
Anteckning	Sjukskrivningsplan
Anteckning arb/fys	Slutenvårdskontakt
Behandling/slutenvårdsbehandling log	Subakut bedömning
Besök	Suicidriskbedömning

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

<u>Besök team</u>	<u>Stomijournal, Stomiskötsel,</u> <u>Stomiterapeutbesök, Stomiterapeut</u> <u>slutenvård</u>
<u>Brytpunktssamtal</u>	<u>Team/Konferensanteckning</u>
<u>Epikris/Vårdtidssammanfattning</u>	<u>Telefon</u>
<u>Försegling av</u> <u>direktåtkomst</u>	<u>Uppföljning FaR</u>
<u>Patientbakgrund</u>	<u>Undantag från direktåtkomst</u>
<u>Planering</u>	<u>Vård- och behandlingsplan</u>
<u>Rehabiliteringsplan</u>	<u>Vårdskada</u>

Aktivitetstabell

Aktivitet:	Används av:	Länkar:
<p>Administrativ anteckning</p> <p>En administrativ anteckning används för att dokumentera administrativa händelser eller åtgärder: såsom erhållna journalkopior, externa kontakter, ärendenummer på avvikelserapport, registeranmälan, uteblivet besök, köpt specialistvård samt att dödsbevis och dödsorsaksintyg har skickats.</p>	Alla personalkategorier	
<p>Ambulansmätvärden - går endast att använda från VO akutsjukvård</p> <p>Används för att manuellt lägga in aktuella mätvärden från Ambulink. Mätvärdena visas under fliken läkemedel på samma sätt som övriga mätvärden.</p>	Läkare Sjuksköterska	
<p>Ankomst – en per besök/vårdtillfälle</p> <p>Ankomst upprättas av sjuksköterska eller undersköterska i samråd med patienten vid ankomst till akutmottagning/vårdavdelning. Ankomst ska beskriva patientens aktuella tillstånd.</p>	Sjuksköterska Undersköterska	Lathund
<p>Anestesianteckning - går enbart att användas från VO AnOpIVA</p> <p>Dokumentation inför operation.</p>	Anestesiläkare	
<p>Anteckning (Läk)</p> <p>Anteckning i samband med direkt patientkontakt eller i direkt relation till sådan. Finns som Anteckning, Daganteckning eller Konsultanteckning.</p>	Läkare	

Aktivitet:	Används av:	Länkar:
<p>Anteckning</p> <p>Används vid dokumentation av information som berör patienten och dess vård, men som inte är kopplat till ett Besök eller Telefonsamtal.</p>	<p>Logoped Psykolog Sjuksköterska</p>	
<p>Anteckning arb/fys</p> <p>Används vid dokumentation av information som berör patienten och dess vård, men som inte är kopplat till ett Besök eller Telefonsamtal.</p>	<p>Arbetsterapeut Fysioterapeut</p>	<p>Lathund</p>
<p>Anteckning usk Rehabbadet</p> <p>Används vid dokumentation om patienten som ordineras bassängräning på rehab.</p>	<p>Undersköterska</p>	
<p>Avliden patient – Fri aktivitet</p> <p>Sammanfatta kortfattat omständigheterna kring dödsfallet, notera tiden för dödsfallet samt fyll i om uppföljning med närstående ska göras.</p>	<p>Läkare Sjuksköterska Undersköterska</p>	<p>Riktlinje</p>
<p>BB-vård</p> <p>Används vid registrering av vårdkrävande barn på BB</p>	<p>Sjuksköterska</p>	<p>Rutin</p>
<p>Begränsning av vårdinsats</p> <p>Dokumentation av de begränsningar kring livsuppehållande åtgärder som beslutats. Genererar en blå ring på journalmappen.</p> <p>Läkare är ansvarig för beslut och dokumentation.</p>	<p>Läkare</p>	<p>Riktlinje Rutin</p>

Aktivitet:	Används av:	Länkar:
<p>Central infart – fri aktivitet så länge infarten är aktuell</p> <p>Dokumentation av inläggning av central infart såsom CVK och PICC-line.</p> <p>En anteckning per infart. Den som lägger in den centrala infarten är ansvarig för dokumentationen. Om patienten har en central infart som inte är dokumenterad i Melior ska Central infart öppnas.</p> <p>Tilllägg central infart – underaktivitet till Central infart</p> <p>Tilläggsanteckning till Central infart</p>	<p>Läkare Sjuksköterska</p> <p>Läkare Sjuksköterska</p>	<p>Rutin</p>
<p>Dödsbevis - Intygsmodulen</p> <p>Den läkare som konstaterar dödsfallet ansvarar för att dödsbevis utfärdas. Dödsbeviset ska skickas snarast, dock senast första vardagen efter att dödsfallet konstaterats. Dokumentation ska göras i administrativ anteckning att dödsbevis har skickats.</p> <p><i>Dödsbevis skrivs i Meliors intygsmodul.</i></p>	<p>Läkare</p>	<p>Riktlinje</p>
<p>Dödsorsaksintyg - Intygsmodulen</p> <p>Dödsorsaksintyg ska utfärdas av den läkare som utfärdat dödsbeviset alternativt den läkare som vårdat den avlidne. Dokumentation ska göras i administrativ anteckning att dödsorsaksintyg har skickats.</p> <p><i>Dödsbevis skrivs i Meliors intygsmodul.</i></p>	<p>Läkare</p>	<p>Riktlinje</p>
<p>Enteral nutritionssond – fri aktivitet så länge sonden är aktuell</p> <p>Dokumentation av typ av sond, indikation, inläggning och avslutning. En aktivitet per sond. Vid byte avslutas sondjournalen och ny sondjournal öppnas.</p>	<p>Läkare Sjuksköterska Undersköterska</p>	<p>Lathund</p>

Aktivitet:	Används av:	Länkar:
<p>Gemensam inskrivning rehab</p> <p>Huvudaktivitet för inskrivning i slutenvården inom VO neuro och rehabilitering.</p> <p><i>Läk inskrivning rehab – underaktivitet till Gemensam inskrivning rehab</i></p> <p><i>Ankomstsamtal rehab – underaktivitet till Gemensam inskrivning rehab</i></p>	<p>Läkare Sjuksköterska</p> <p>Läkare Sjuksköterska Undersköterska</p>	
<p>Gipsjournal</p> <p>Dokumentation av behandling med gips</p>	<p>Sjuksköterska Undersköterska</p>	
<p>Hemskrivningsinformation - går enbart att användas från VO akutsjukvård</p>	<p>Läkare Sjuksköterska</p>	<p>Lathund</p>
<p>Hotellanteckning – går enbart att användas från patienthotellet</p> <p>Används av omvårdnadspersonal för att dokumentera under vistelsen på Patienthotellet.</p>	<p>Sjuksköterska Undersköterska</p>	<p>Rutin</p>
<p>Inskrivning</p> <p>Dokumentation där personligt möte mellan patient och läkare ägt rum och där det leder till inskrivning inom slutenvården. Alla vårdkontakter ska dokumenteras i patientens journal.</p> <p>Fortsättning/Tillägg – underaktivitet till Inskrivning</p> <p>Används vid kompletterande läkaranteckning i samband med en inskrivning.</p>	<p>Läkare</p> <p>Läkare</p>	

Aktivitet:	Används av:	Länkar:
<p>Läkemedelsanteckning apotekare</p> <p>Dokumentation av apotekare om en åtgärd är gjord på en patient.</p>	Apotekare	Rutin
<p>MIG</p> <p>Narkosläkare som går på MIG-uppdrag (mobil intensivvårdsgrupp) dokumenterar i denna aktivitet.</p>	Läkare	Riktlinje
<p>Munstatus</p> <p>Beskriver munstatus för palliativa patienter.</p>	Sjuksköterska Undersköterska	
<p>NEWS2 (National Early Warning Score 2)</p> <p>Tidig upptäckt och behandling av avvikande mätvärden för vuxna. Höga poäng föranleder kontakt med jourläkare och MIG-grupp i enlighet med åtgärdstrapp för NEWS2.</p>	Sjuksköterska Undersköterska	Fickbrochyr Lathund
<p>Nutritionsjournal</p> <p>Ska användas i kombination med Omvårdnadsstatus och Planering för patienter med malnutrition eller där risk föreligger att patienten utvecklar malnutrition under vårdtillfället. Nutritionsjournalen ska underlätta informationsflödet mellan de behandlande personalkategorierna.</p>	Dietist Sjuksköterska Undersköterska Läkare	
<p>Närståendeinformation</p> <p>Här dokumenteras given information till och önskemål från närstående.</p>	Alla personalkategorier	

Aktivitet:	Används av:	Länkar:
<p>Omvårdnadsplaner/IVA</p> <p>Används enbart på IVA.</p> <p>Beskriver de problem som uppmärksammas i samband med inskrivning eller under vårdtillfället. Här dokumenteras mål, omvårdnadsåtgärder och utvärdering utifrån problemområdet.</p> <p>Övriga vårdavdelningar dokumenterar motsvarande under Omvårdnadsstatus.</p>	<p>Sjuksköterska</p> <p>Undersköterska</p>	
<p>Omvårdnadsstatus</p> <p>Dokumentation av hur patienten mår, resultat och utvärdering av utförda/insatta omvårdnadsåtgärder.</p> <p>För att skapa en lättläst och strukturerad anteckning bör nytt uppdaterat status skapas när det begränsade utrymmet/sökordet är fullt.</p>	<p>Sjuksköterska</p> <p>Undersköterska</p>	<p>Lathund</p>
<p>Op/åtgärd</p> <p>Operationsberättelse gjord av opererande läkare innehållande preoperativ bedömning, åtgärder samt redogörelse av ingreppet och postoperativa ordinationer.</p>	<p>Läkare</p>	
<p>Op/åtgärd ögon – går enbart att användas inom ögonverksamheten</p> <p>Operationsberättelse gjord av opererande läkare innehållande preoperativ bedömning, åtgärder samt redogörelse av ingreppet och postoperativa ordinationer.</p>	<p>Läkare</p>	

Aktivitet:	Används av:	Länkar:
<p>Patientbakgrund – fri aktivitet</p> <p>Informationskälla för att ge en bild av patientens medicinska och sociala bakgrund. Patientbakgrunden ska innehålla övergripande, kortfattade fakta som gäller varaktigt eller för lång tid. Aktuella detaljer, resonemang och slutsatser kopplade till dessa fakta ska stå i aktuell, löpande journaltext.</p> <p>Det är alla yrkeskategoriers ansvar att dokumentera och uppdatera Patientbakgrunden.</p>	<p>Alla personalkategorier</p>	<p>Rutin Lathund somatiken Lathund BUP/VUP</p>
<p>Perifer infart</p> <p>För dokumentation av subkutan infart och perifer venkateter (PVK).</p>	<p>Sjuksköterska Undersköterska</p>	<p>Lathund</p>
<p>Planering – en per vårdtillfälle</p> <p>Planering ska vara en naturlig del av och underlätta rondarbetet genom att ge en översikt över vad som ska genomföras och vad som är gjort. Planering öppnas på Akutmottagning eller på vårdavdelning vid direktinläggning.</p>	<p>Alla personal-kategorier</p>	<p>Riktlinje Lathund</p>
<p>Planering öppenvård – en per specialitet eller verksamhetsområde</p> <p>Planering öppenvård ska vara en naturlig del av och underlätta mottagningsarbetet för de patienter som regelbundet kontrolleras via en mottagning. Planering öppenvård ger en översikt över vad som ska genomföras och vad som är gjort. Planering öppenvård ska alltid följa patientens behandling och inte följa årsvårdtillfället.</p>	<p>Läkare Sjuksköterska</p>	<p>Lathund</p>

Aktivitet:	Används av:	Länkar:
<p>Rehabiliteringsplan – <i>går enbart att användas från VO neurologi och rehab</i></p> <p>Dokumentation för vårdgivare och patient för att tydliggöra hur planeringen av vården ser ut. Syftar till ett ”kontrakt med patienten”.</p>	Alla personal-kategorier	Lathund
<p>Sjukskrivningsanteckning</p> <p>Sjukskrivningsanteckningen används för dokumentation av kontakter och åtgärder som sker utifrån planering i aktuell sjukskrivningsplan.</p>	Rehabkoordinator	Lathund
<p>Sjukskrivningsplan</p> <p>Sjukskrivningsplanen ska tydliggöra rehabilitering och planeringen för sjukskrivningsperioden samt även innehålla information som kan användas för stöd i medicinska underlag.</p> <p>En sjukskrivningsplan ska upprättas i samråd med patienten.</p>	Rehabkoordinator	Lathund
<p>Slutenvårdskontakt</p> <p>Dokumentation av kontakt med patient inneliggande i slutenvården.</p>	Arbetsterapeut Dietist Fysioterapeut Sjuksköterska	Lathund arb Lathund dietist Lathund fys Lathund ssk

Aktivitet:	Används av:	Länkar:
<p>Suicidriskbedömning</p> <p>Dokumenteras av läkare i Besök (öppenvård) samt Anteckning (slutenvård, eller annat tillfälle då Besök ej används).</p> <p>Val ”Ingen/Låg, Tveksam/svårbedömd samt Högrisk” leder till sökord ”Åtgärd”.</p>	Läkare	Checklista
<p>Suicidpreventiv åtgärd</p> <p>Dokumenteras av övriga personalkategorier i Besök (öppenvård) samt Omvårdnadsstatus (slutenvård).</p>	Alla personal-kategorier	
<p>Stomijournal, Stomiskötsel, Stomiterapeutbesök och Stomiterapeut slutenvård</p> <p>Stomijournalen anger vilken stomityp patienten har.</p> <p>Stomiskötsel används för patienter med en stomi som vårdas inneliggande på en vårdavdelning.</p> <p>Stomiterapeuterna använder Stomiterapeutbesök i öppenvården och Stomiterapeut slutenvård inom slutenvården.</p>	Sjuksköterska Stomiterapeut Undersköterska	Lathund
<p>Sårjournal</p> <p>Dokumentation kring specifikt sår avseende sårlokalisering och skötsel.</p> <p>Slutenvården - en sårjournal per sår och vårdtillfälle.</p> <p>Öppenvården - en sårjournal per sår, fortsatt dokumentera i aktiviteten från föregående öppenvårdstillfälle.</p>	Sjuksköterska Undersköterska	

Aktivitet:	Används av:	Länkar:
<p>Team/Konferensanteckning Används av multiprofessionella team i patientarbete.</p>	Alla personal-kategorier	Lathund
<p>Telefon (läk) Används vid dokumentation av telefonsamtal med patient, anhörig eller annan vårdgivare gällande patientens vård.</p>	Läkare	
<p>Telefon Används vid dokumentation av telefonsamtal med patient, anhörig eller annan vårdgivare gällande patientens vård.</p>	Övriga personalkategorier	
<p>Telefonbesök Används vid dokumentation av planerat telefonsamtal som ersätter ett besök.</p>	Alla personalkategorier	
<p>Trakealkanyl – fri aktivitet så länge trakealkanylen är aktuell Dokumentation vid trakeostomi. Opererande Läk är ansvarig för dokumentationen. Skötsel trakealkanyl – underaktivitet till Trakealkanyl Dokumentation av skötseln av trakeostomin, använd en och samma aktivitet så länge patienten använder samma trakeostomi.</p>	Läkare Sjuksköterska	Rutin

Aktivitet:	Används av:	Länkar:
<p>Undantag från direktåtkomst</p> <p>Journalanteckning som inte tillgänglig för patientens direktåtkomst genom Journal via nätet.</p> <p>Undantag från direktåtkomst ska användas sparsamt och först efter noga avvägande av den som ansvarar för journalanteckningen.</p>	<p>Alla personal-kategorier</p>	<p>Regionalt beslut</p> <p>Riktlinje Orosanmälan</p>
<p>Uppföljning FaR</p> <p>Anteckning för uppföljning av fysisk aktivitet på recept.</p>	<p>Alla personal-kategorier</p>	<p>Riktlinje</p>
<p>Utskrivningsmeddelande – en per vårdtillfälle</p> <p>Patient som skrivs ut från slutenvård ska få ett utskrivningsmeddelande med sig hem där Läkaren gör en sammanfattning av vårdtiden, läkemedelsberättelse samt redogör för planerade åtgärder.</p>	<p>Läkare</p>	<p>Lathund</p>
<p>Utskrivningsplanering</p> <p>I utskrivningsplanering dokumenteras det som har med patientens vårdplanering och hemgång att göra.</p>	<p>Sjuksköterska</p>	<p>Lathund</p>
<p>Vård- och behandlingsplan</p> <p>Vård- och behandlingsplan kan upprättas och dokumenteras i av samtliga personalkategorier i databasen säs_drift.</p>	<p>Alla personal-kategorier</p>	<p>Lathund</p>
<p>Vårdskada</p> <p>Dokumentation vid vårdskada. Beskriv händelseförlopp och notera ärendenumret på eventuella avvikelserapporter som involverar patienten.</p>	<p>Alla personal-kategorier</p>	

Aktivitet:	Används av:	Länkar:
<p>Vårdtidssammanfattning ssk</p> <p>Dokumentation för summering av avslutad vårdtid ur ett omvårdnadsperspektiv.</p> <p>Vårdtidssammanfattning skrivs när patienten tas över av annan vårdgivare, (t.ex. kommun eller annat sjukhus), vid långvarig eller komplex vårdsituation eller när patienten har vårdats på IVA eller NEO</p> <p>Vårdtidssammanfattning ska ej skrivas rutinmässigt vid kortare eller okomplicerade vårdtillfällen eller vid flytt till annan avdelning.</p>	Sjuksköterska	Lathund
<p>Vävnadsdonation – <i>går enbart att användas från VO AnOpIVA</i></p> <p>Används för dokumentation i de fall vävnadsdonation kan vara aktuellt. Gemensam aktivitet för den läkare eller sjuksköterska som utför donationsutredningen.</p>	Anestesiläkare Anestesi- sjuksköterska	

Arbetsgrupp

Remissinstanser

Verksamhetschefer, SÄS

Länkförteckning

- Lathundar i arbetet med optimal textjournal SÄS. SÄS interna webb <https://insidan.vgregion.se/forvaltningar/sodra-alvsborgs-sjukhus/vard/vard-och-patientadministration/journalhantering>
- Sjukhusövergripande riktlinjer och rutiner, SÄS <https://insidan.vgregion.se/forvaltningar/sodra-alvsborgs-sjukhus/styrdokument>
- Undantag från patientens direktåtkomst till journalinformation via 1177 Vårdguidens e-tjänster. Regiongemensam rutin, e-hälsoenheten, Västra Götalandsregionen (RS 121-2015). www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/it/e-tjanster/jvn
- Journalhantering - vårdhandboken <https://www.vardhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/ansvar-och-regelverk/dokumentation/journalhantering/>
- Socialstyrelsen, Patientjournal <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/juridiskt-stod-for-dokumentation/patientjournal-innehall-i-en-patientjournal/>

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Jenny Kuhanen, (jenku2), Strateg

Granskad av: Frida Borg, (frib05), Systemförvaltare, Jenny Kuhanen, (jenku2), Strateg

Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

Dokument-ID: SAS9642-738863596-102

Version: 12.0

Giltig från: 2025-11-05

Giltig till: 2027-11-04