

Gäller för: Skaraborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Helén Blom, (helan10), Systemförvaltare

Granskad av: Sahra Lindman, (sahla1), Chefsjuksköterska

Godkänd av: Magnus Olsson, (magol1), Chefläkare

Giltig från: 2026-05-04

Giltig till: 2028-05-04

# Ärenden som inkommit via 1177.se – dokumentation i Melior

## Förändringar sedan föregående version

Ny rutin.

### Bakgrund och syfte

Dokumentet beskriver journalföring av innehåll i ärenden som kommuniceras via e-tjänsterna på 1177.se. Dokumentet riktar sig till alla som kommunicerar med invånare via e-tjänsterna på 1177.se. Rutinen gäller för Melior.

### Utförande

Konversation mellan patienter och vårdpersonal via e-tjänsterna på 1177.se överförs inte automatiskt till patientens journal.

I patientdatalagen finns grundläggande bestämmelser för vilka uppgifter som en patientjournal ska innehålla, förutsatt att uppgifterna finns tillgängliga. I andra författningar finns kompletterande regler om patientjournalens innehåll, till exempel i Socialstyrelsens föreskrifter.

### Journalföring

När ett ärende som berör patientens vård har hanterats i e-tjänsterna på 1177.se ska journalföring alltid ske. Hela konversationen i ärendet ska inte dokumenteras, utan endast delar som är av betydelse för patientens vård och behandling. Patientens kontaktorsak ska sammanfattas i journalen. Vårdpersonalens bedömning, åtgärd och

resultat dokumenteras på samma sätt som om patienten kontaktat vården på annat sätt.

Vid behov av receptförnyelse eller ombokning av besök är det tillräckligt att dokumentera receptförnyelse i läkemedelslistan respektive inbokad tid i ELVIS.

Vårdpersonal ansvarar för att bedöma hur brådskande dokumentationen är baserad på ärendets karaktär samt om annan vårdpersonal kan ha behov av informationen i journalen.

Dokumentationen ska ske så snart som möjligt efter att ärendet hanterats.

Egen vårdbegäran är en remiss och ska hanteras på samma sätt som övriga remisser.

### **Stöd och behandling på 1177.se**

Om patienten genomgår en behandling i Stöd och behandlingsplattformen på 1177.se ska detta dokumenteras i journalen. Dokumentationen ska alltid ske gällande:

- Bakgrund till planerade och genomförda behandlingar
- Planerade och genomförda behandlande åtgärder
- Resultat av behandlande åtgärder

Dessutom kan annan information som är av relevans för patienten ska få en god och säker vård inkomna via Stöd och behandlingsplattformen. Denna information är också journalpliktig och ska dokumenteras i patientens journal.

### **Bifogade filer**

Invånare har möjlighet att bifoga filer i e-tjänster. Se styrdokument [Skicka in filer via 1177 e-tjänster.pdf](#) för handläggning av dessa. Information som är av betydelse för vården ska sammanfattas i journalen.

Om patienten skulle bifoga annan typ av material, exempelvis förbättringsförslag eller synpunkter, kan den informationen vara allmän handling och behöver diarieföras enligt rutin.

## Relaterad information

[Senaste version av HSLF-FS 2016:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården - Socialstyrelsen](#)

[Journalföring och behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården - Socialstyrelsen](#)

[Patientdatalag \(2008:355\) | Sveriges riksdag](#)

[Skicka in filer via 1177 e-tjänster.pdf](#)

## Arbetsgrupp

Anna Johansson

Helén Blom

SkaS Vårdokumentationsgrupp

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Skaraborgs Sjukhus

**Innehållsansvar:** Helén Blom, (helan10), Systemförvaltare

**Granskad av:** Sahra Lindman, (sahla1), Chefsjuksköterska

**Godkänd av:** Magnus Olsson, (magol1), Chefsläkare

**Dokument-ID:** SKAS9735-1906344767-74

**Version:** 1.0

**Giltig från:** 2026-05-04

**Giltig till:** 2028-05-04