

Rutin för dokumentation och säker hantering av hälso- och sjukvårdsjournaler

Diarienummer:	20/SN 0209
Paragraf:	Delegation
Beslutsinstans:	MAR/MAS och VC KHSV
Beslutsdatum:	2023-06-08 Reviderad 2025-12-30
Informationsklassning:	
Dokumentansvarig:	/MARMAS socialförvaltningen
Giltighetstid:	
Föregående diarienummer:	
Föregående beslutsdatum:	2024-12-01
Föregående beslutsinstans:	
Föregående paragraf:	

Bakgrund	4
Syftet med patientjournal	4
Vad är en journalhandling?	4
När ska patientjournal föras?	4
Vem ska dokumentera?	5
Sekretess och behörighet till patientjournalen.....	5
Samtycke	5
Dokumentation av samtycke.....	5
Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation	6
Nödöppning av journal.....	6
Spärra uppgifter i patientjournalen	6
Samtycke och mognadsbedömning för barn	6
Innehåll i patientjournal och förhållningssätt till journalföring	7
Vad ska en patientjournal innehålla?.....	7
Förhållningssätt vid journalföring	7
Signering av journalanteckning	8
Korrigerig i journalanteckning.....	8
Intyg och bedömningsunderlag.....	8
Remiss och vårdbegäran	9
Reservrutiner vid driftsstörningar	9
Journalgranskning	9
Loggning och loggkontroller	9
Utlämning av patientjournal	9
Menprovning.....	9
Utlämning av patientjournal till patient.....	10
Utlämning av patientjournal till anhöriga	10
Utlämning av journal där patienten är avliden	10
Utlämning av journal till myndigheter och försäkringsbolag.....	10
Förvaring och arkivering av patientuppgifter.....	10
Aktuella handlingar i hälso- och sjukvårdspärm	10
Hantering av hälso- och sjukvårdspärm och personakt vid flytt inom egen regi.....	11
Hantering av hälso- och sjukvårdspärm och personakt vid flytt eller tillfällig vistelse hos annan vårdgivare.....	11
Närarkivering av inaktuella handlingar	11
Slutarkivering av patientjournal	11
Kommunikation och informationsöverföring.....	12
Kommunikationskanaler	12

Beskrivning av kommunikationskanaler.....	12
Cosmic meddelande	12
Digital rörpost.....	12
Cosmic Link.....	12
Telefon.....	13
Brev	13
Sefos	13
Referenser	14
Bilagor.....	14
Register Hälso- och Sjukvårdspärm.....	15
Bilaga 1. Upprättande av hälso- och sjukvårdspärm.....	16
Bilaga 2. Upprättande av HSV-pärm när patienten har SOL/LSS-insatser men endast har HSL-insatser från rehab	17
Bilaga 3. Lathund för inhämtning och dokumentation av samtycke	18
Bilaga 4. Checklista för Närarkivering av journalhandlingar	19
Bilaga 5. Checklista för gallring och slutarkivering av journalhandlingar.....	20
Bilaga 6: Lathund för inhämtning och dokumentation av samtycke	21
Bilaga 7. Lathund för säker scanning.....	22
Bilaga 8. Skanning av pappershandlingar.....	23
Bilaga 9. Lokalt arbetssätt för användandet av Cosmic Meddelande i Kommunal hälso- och sjukvård Motala (KHSV)	24
Bilaga 10. Lathund för användning av digital rörpost	28

Bakgrund

Vid all hälso- och sjukvård ska det enligt Patientdatalagen upprättas en patientjournal. Alla verksamheter inom kommunen som utför hälso- och sjukvård är därmed skyldiga att dokumentera samtliga uppgifter som har betydelse för patientens vård.

I Motala kommun ska all journalföring baseras på:

- Socialstyrelsens rekommenderade sökord för Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)
- Klassifikation av vårdåtgärd (KVÅ).

Rutinen bygger på [Socialstyrelsens Handbok vid tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd \(HSLF-FS 2016:40\) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården](#)

Syftet med patientjournal

Patientjournalen är ett arbetsredskap som ska finnas tillgänglig för dem som ansvarar för vården samt för patienten själv. Det huvudsakliga syftet med att föra en patientjournal är att skapa förutsättningar för en god och patientsäker hälso- och sjukvård. Journalföring utgör också ett viktigt verktyg för informationsutbyte inom och mellan olika yrkeskategorier och vårdgivare för säkra vårdövergångar.

En patientjournal utgör en informationskälla för:

- Patienten
- Andra vårdgivare
- Verksamheten genom egenkontroll och kvalitetsarbete
- Tillsyn från myndigheter
- Uppgiftsskyldighet enligt lag

Vad är en journalhandling?

Med journalhandling avses alla uppgifter om patientens hälsotillstånd, andra personliga förhållanden samt de åtgärder som genomförs eller planeras. Patientjournalen kan vara både elektronisk och pappersbaserad. Exempel på pappersbaserade journalhandlingar kan vara remisser, läkemedelslistor och signeringslistor.

När ska patientjournal föras?

Patientjournal ska föras för varje enskild patient som erhåller kommunal hälso- och sjukvård. Samtliga kontakter, bedömningar, åtgärder och utvärderingar ska dokumenteras. Även beslut om att inte utföra en åtgärd eller avvakta med bedömning ska dokumenteras.

En patientjournal skall innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Uppgifterna skall föras in i journalen snarast möjligt. Bedömningen av vad som är rimlig tid behöver göras utifrån fall, det är extra viktigt med snabb dokumentation i de fall där hälsotillståndet hos patienten kan komma att förändras under närmsta dygnet. Detta för att underlätta för kollegor som kan komma att behöva fatta nya beslut baserat på tidigare anteckningar.

Vem ska dokumentera?

Enligt patientdatalagen är den som har legitimation för att utöva ett visst yrke inom hälso- och sjukvården skyldig att föra patientjournal. De yrkesgrupper som är aktuella i kommunen är sjuksköterska, arbetsterapeut samt fysioterapeut. Även rehabassistenter, undersköterskor och omsorgspersonal som utför delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser är skyldiga att dokumentera i patientjournalen. Därutöver ska även övriga väsentliga iakttagelser som görs av omsorgspersonal i anslutning till vård och omsorg samt iakttagelser gällande förändringar av patienters hälsotillstånd dokumenteras i patientjournalen.

Sekretess och behörighet till patientjournalen

Patientuppgifter i patientjournalen är sekretessbelagda och ska skyddas mot obehörig åtkomst. Sekretess innebär att inga uppgifter får röjas utan ett tydligt ställningstagande av om patienten eller närstående lider men av att informationen röjs. Enbart den som aktivt deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården ska ha behörighet. Sekretess omfattar all personal samt studenter i offentlig verksamhet. För privata vårdgivare råder samma krav som vid sekretess men benämns istället tystnadsplikt. Behörigheter ska snarast avslutas för personal som slutat sin tjänstgöring i verksamheten.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att:

- Personliga lösenord och annan autentisering exempelvis SITHS-kort inte kan bli tillgängliga för obehöriga.
- Datorer eller andra enheter som används för att hantera uppgifter om patienter inte lämnas utan att uppgifterna är skyddade mot obehörig åtkomst.
- Sekretessuppgifter på papper i form av arbetsmaterial hanteras på ett säkert sätt och skyddas mot obehörig åtkomst. När arbetsmaterialet ej längre används ska det makuleras i sekretesstunna.
- Uppgifter som omfattas av sekretess inte lämnas åtkomligt till medarbetare som inte deltar i vården kring patienten.

Samtycke

För att kunna dela sekretessbelagd information och samverka kring vård- och omsorgen om en enskild person behöver samtycke inhämtas. Detta innebär att det måste inhämtas samtycke för att ta del av sammanhållen journalföring (NPÖ) samt för att kunna samverka kring patienter på exempelvis teamträff.

Dokumentation av samtycke

Inom hälso- och sjukvård ska information om lämnade och återkallade samtycken finnas dokumenterade i patientjournalen, både muntliga och skriftliga samtycken ska dokumenteras. Se bilaga 6.

Ett samtycke som inhämtats gäller bara för de verksamheter som vårdgivaren ansvarar för. Detta sker antingen vid första besöket hos respektive vårdgivare eller i samband med remiss eller vårdbegäran. I samband med att en vårdgivare remitterar eller skickar en vårdbegäran för en patient till en annan vårdgivare kan ett samtycke från patienten inhämtas för den mottagande vårdgivarens räkning, detta inhämtade samtycke ska då vara synligt i remissen.

Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation regleras i lagstiftning och är ett sätt för olika vårdgivare att under vissa förutsättningar ta del av varandras hälso- och sjukvårdsdokumentation. Detta sker via direktåtkomst till varandras elektroniska journalhandlingar som rör vård- och omsorgsdokumentation. Nationell patientöversikt (NPÖ) är ett exempel på ett sådant system. Hälso- och sjukvårdspersonal får ta del av uppgifter i sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation förutsatt att:

- Det finns en aktuell patientrelation.
- Patienten samtycker till det.
- Uppgifterna kan antas ha betydelse för att inom hälso- och sjukvården förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten

Vårdgivaren är skyldig att informera patienten om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Informationen kan finnas i kallelsebrev, broschyr eller ges muntligt. Vårdpersonal ska kunna svara på frågor från patienter om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och möjligheten till loggutdrag och spärrar. Att patienten har fått information om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation ska dokumenteras i patientjournalen.

Nödöppning av journal

I en nödsituation då patienten är medvetlös eller av andra skäl inte kan ge sitt samtycke och uppgifter i en patientjournal kan antas ha betydelse för den vård som patienten behöver i form av fara för liv och hälsa är det tillåtet att bryta spärren till patientens journaluppgifter via sammanhållen journalföring utan patientens samtycke, så kallad nödöppning.

Spärra uppgifter i patientjournalen

Patienten kan när som helst begära att uppgifter spärras och således inte blir åtkomliga för andra vårdgivare. En sådan begäran ska hanteras skyndsamt och ombesörjs av respektive vårdgivare. För att häva en spärr gäller samma förfarande. För att vårdgivare ska få bryta spärren måste patienten ge sitt uttryckliga samtycke. Observera att spärren alltså gäller enbart för andra vårdgivare. En patient kan inte spärra sin journal internt i kommunen då hälso- och sjukvården i kommunen är en och samma verksamhet.

[Spärr av uppgifter i patientjournal Motala kommun](#)

[Hävning av spärr av uppgifter i patientjournal Motala kommun](#)

Samtycke och mognadsbedömning för barn

För barn krävs inte vårdnadshavarens samtycke för att spärra uppgifter i patientjournal. Vårdpersonal ska dock alltid göra en bedömning om de anser att barnet kan göra ett informerat ställningstagande med hänsyn till barnets ålder och mognad. Vårdnadshavare kan inte spärra uppgifter i sina barns patientjournaler.

[Mognadsbedömning för barns delaktighet - Kunskapsguiden](#)

[Bedöma barns mognad för delaktighet](#)

Innehåll i patientjournal och förhållningssätt till journalföring

Vad ska en patientjournal innehålla?

- Patientens identitet och kontaktuppgifter.
- Väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården ex aktuellt hälsotillstånd, diagnoser och medicinska bedömningar.
- Planerade, utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa.
- Ordinationer och ordinationsorsak.
- Resultat och uppföljning av vidtagna åtgärder.
- Överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen.
- Vårdrelaterade infektioner.
- Komplikationer av vård och behandling samt vårdskada.
- Vårdplaner, ex: omvårdnadsplan, rehabplan, skyddsåtgärdsplan, medicinsk vårdplan beslutad av ansvarig läkare.
- Förskrivna medicintekniska produkter, inklusive individnummer.
- Intyg, remisser och annan för vården relevant inkommande/utgående information.
- Patientens önskemål om vård och behandling.
- Uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling.
- Slutanteckningar och andra sammanfattningar av genomförd vård.
- Samtycken och återkallade samtycken.

Förhållningssätt vid journalföring

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att:

- Varje uppgift i patientjournalen utformas så att patientens integritet respekteras. Det vill säga använder ett neutralt språk med professionella termer och begrepp.
- Dokumentation i patientjournal ska vara på svenska. Vedertagna hälso- och sjukvårdsbegrepp på latin får dock förekomma.
- Språket ska vara lättförståeligt och används förkortningar så ska de vara vedertagna. Journalanteckningar ska så långt som möjligt följa de nationellt fastställda termer och begrepp som finns.
- Det ska i patientjournalen tydligt gå att följa vårdprocessens olika steg med bedömning, planering, genomförande, resultat och utvärdering. I detta ingår också att kunna utläsa hur initial kontakt om vårdbehov tagits, hur patienten gjorts delaktig samt eventuella insatser som erbjudits men avböjts från patienten.
- Det ska i patientjournal tydligt framkomma vem som gjort en bedömning om det skett av annan person än den som upprättat journalanteckning. Ex bedömning vid kontakt med läkare, konsultation med kollegor osv.
- Viktig information som lämnats till patient och/eller närstående dokumenteras.
- Telefonsamtal eller digital kontakt som gäller vård och behandling ska alltid dokumenteras. Detsamma gäller uppgifter som kan få betydelse för vården framöver.
- Råd eller bedömningar att avvakta med åtgärd alternativt inte utföra åtgärd ska dokumenteras. Om särskilda observandum ska göras i samband med avvaktan av

åtgärd så ska dessa specificeras gällande vem, hur och när dessa ska observeras samt dokumenteras i direkt anslutning till bedömning/rådgivning.

- Vid kontaktorsaker som berör något annat än vård och behandling görs en bedömning av legitimerade personalen om det behöver dokumenteras eller inte.
- Vid gemensamma patientbesök med kollega (som inte kommer att dokumentera besöket i patientjournalen) dokumenteras kollegans titel, för- och efternamn.
- Vid deltagande på teamträff räcker att en legitimerad profession dokumenterar vilka som deltagit på teamträff från KHSV med kollegans titel, för- och efternamn. Om de planeras för aktiva åtgärder så ska dock berörd profession dokumentera detta som egen journalanteckning.
- Inför upprättande av patientjournal kontrollera patientens identitet. Om patienten inte har en godkänd identitetshandling bör närstående eller annan person som känner patienten verifiera identiteten.

Signering av journalanteckning

Patientjournalen ska innehålla uppgifter om vem som har gjort viss anteckning och när den gjordes. Dokumentation och signering ska ske snarast möjlig med hänsyn till upprätthållande av patientsäkerhet. Uppgifter som har betydelse för patientens vård inom det närmsta dygnet ska dokumenteras och signeras innan den legitimerade personalen avslutar sitt arbetspass, uppgifter som har betydelse för patientens vård här och nu ska dokumenteras och signeras direkt. Signering bekräftar att den som ansvarar för anteckningen säkerställer att den är korrekt. Signering bör i möjligaste mån ske i omedelbar anslutning till att anteckningen skrivs i patientjournalen.

Korrigerig i journalanteckning

Uppgifter i en patientjournal får inte raderas eller göras oläslig utan en korrigerig ska alltid göras så att den ursprungliga texten klart framgår också efter korrigerig. När korrigerig sker ska det anges när, varför och av vem korrigerigen gjorts. Om en patient anser att en uppgift är oriktig eller missvisande ska detta dokumenteras i patientjournalen. Se lathund ”Korrigeriga anteckning” under beskrivningar i Viva.

Intyg och bedömningsunderlag

Den som för patientjournal är i vissa fall skyldig att skriva intyg om patientens vård till patienten själv, myndigheter eller som underlag för läkarutlåtande.

Förfrågan om intyg eller bedömningsunderlag ska generellt inkomma direkt från myndighet, försäkringsbolag eller läkare. Intyg och underlag skickas sedan tillbaka till den som efterfrågat det. Intyg och bedömningsunderlag ska dokumenteras i patientjournalen och eventuella kopior av intyg/underlag ska finnas i patientjournalen.

[Socialstyrelsen- vem får göra vad intyg](#)

Remiss och vårdbegäran

En remiss är en handling som utgör beställning av en tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar för en patient. I vissa fall benämns remiss även vårdbegäran. Remissen ska redogöra för symtom och tidigare sjukdom och ska vara av sådan kvalitet att mottagande vårdgivare kan bedöma det medicinska behovet. Remisser kan utfärdas av all legitimerad vårdpersonal och i vissa fall även av patienten själv.

För att kommunens legitimerade personal ska få ta del av information via sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, måste inkommande remiss innehålla skriftlig information om att patienten samtyckt till detta. Inkommande remiss ska registreras i journalsystemet och remissbekräftelse ska skickas till remitterande enhet med tidsangivelse när den kommer att åtgärdas. Remissbekräftelse ska skickas till patienten, alternativt tas telefonkontakt med patienten för direkt bokning av besök. Om vårdbegäran inte accepteras ska orsak/motivering dokumenteras i patientjournalen. Remissvar ska registreras i journalsystemet och sändas till remitterande enhet.

Reservrutiner vid driftsstörningar

Vid driftsstörning sker dokumentationen på papper. Efter att driftstörningen upphört ska uppgifterna föras in i journalsystemet så snart möjligt och det ska tydligt anges att dokumentationen förts in i efterhand. Pappersjournal som förts vid avbrott ska makuleras i sekretesstunna efter att de förts in i journalsystemet.

Detta finns även förtydligt i verksamhetens kontinuitetsplan.

Journalgranskning

Journalgranskning ska utföras regelbundet och systematiskt för att säkerställa att hälso- och sjukvårdspersonal dokumenterar i patientjournalen enligt gällande författningar. Journalgranskning genomförs årligen i form av kollegial journalgranskning. Journalgranskning genomförs även av MAR/MAS, enhetschef och representanter från avvikelsegrupp i samband med händelseanalys och andra behov av kvalitetsgranskning.

Loggning och loggkontroller

Varje gång någon tar del av information i patientjournalen eller nationell patientöversikt så registreras det och loggas. Loggkontroller ska göras för att säkerställa att användare inte använder sina behörigheter på fel sätt genom att läsa, ändra eller ta bort information som de inte ska behandla. Exempel på en felaktig åtkomst kan vara att någon tittar i en patientjournal trots att den personen inte deltar i vården av patienten. Loggkontroller ska göras regelbundet och systematiskt samt dokumenteras. Denna logg har patienten rätt att ta del av i ett så kallat loggutdrag. Detta ska hanteras skyndsamt och ombesörjas av respektive vårdgivare.

[Rutin för loggkontroller i verksamhetssystem och NPÖ](#)

Utlämning av patientjournal

Menprövning

Menprövning innebär att det görs prövning om personuppgifter kan röjas utan att det är till men för den som uppgifterna rör eller dennes närstående. Begreppet ”men” är svårdefinierat men kan exempelvis beröra kränkningar av den personliga integriteten som kan uppstå om uppgifterna lämnas ut. I vissa fall kan enbart det faktum att någon känner till en känslig

uppgift om en person vara tillräckligt skäl för att ”men” ska föreligga. Utgångspunkten för bedömningen ska vara den enskilde personens egen upplevelse.

Menprövning bör göras av någon som har god kännedom om patienten, vanligtvis legitimerad personal i patientens närhet. I särskilt komplexa ärenden görs en gemensam menprövning tillsammans med MAS eller MAR. Om journalhandlingen ska lämnas ut gäller skyndsamhetskrav, det vill säga utlämning ska ske snarast efter begäran. Det ska dokumenteras vem som begärt ut patientjournalen, att menprövning genomförts och när patientjournalen lämnats ut. Patientjournalen kan överlämnas personligen eller skickas per post.

Utlämning av patientjournal till patient

Patienten äger sin egen patientjournal och har alltid rätt att begära ut den. Utlämning ska ske snarast möjligt efter menprövning av legitimerad personal och dokumenteras i patientens journal.

Utlämning av patientjournal till anhöriga

Om närstående vill ta del av patientjournalen ska menprövning alltid göras samt att det behövs ett samtycke från patienten. Utlämning dokumenteras i patientens journal.

Utlämning av journal där patienten är avliden

Vid utlämnande av journalhandlingar till ex anhöriga efter att patienten avlidit görs en menprövning av legitimerad personal och vid behov i samråd med MAS/MAR. Vid utlämnande av journal efter att patienten avlidit krävs att en tjänsteanteckning upprättas och diarieföras eftersom patientjournalen är låst, ta kontakt med närmsta chef för hjälp med detta.

Utlämning av journal till myndigheter och försäkringsbolag

Det förekommer att försäkringsbolag vill ta del av patientjournalen, i dessa fall ska en ifylld samtyckesblankett bifogas för att patientjournalen ska kunna utlämnas. Läs mer om avgifter för utskrift av journaler här: [Avgift för kopiering av allmänna handlingar - Motala kommun](#)

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har inom ramen för sin tillsyn rätt att begära in till exempel journalhandlingar utan att samtycke krävs. När det gäller Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten, Skatteverket och allmän förvaltningsdomstol finns en bestämmelse i Socialförsäkringsbalken vilken anger att myndigheter på begäran ska lämna uppgifter som avser en namngiven person, det vill säga att inget samtycke krävs. I vissa fall (vid brott som har lägst ett års fängelse i straffskalan) är vårdgivare skyldiga att lämna ut patientjournalen till polis och åklagare. Journaler ska alltid skickas med rekommenderat brev. Läs mer om utlämning av allmänna handling och extern postgång här: [Allmänna handlingar - Motala extranät](#) samt [Skicka post - Motala extranät](#). Utlämning dokumenteras i patientens journal.

Förvaring och arkivering av patientuppgifter

Patientuppgifter kan utöver informationen i journalsystemet även finnas i personakt och i hälso- och sjukvårdspärmen.

Aktuella handlingar i hälso- och sjukvårdspärm

Hälso- och sjukvårdspärmen innehåller handlingar som är nödvändiga för det dagliga omvårdnadsarbetet. Pärmen förvaras inne i patientens bostad i anslutning till eventuellt medicinskåp, dock ej inlåst i skåpet. Arket för [Forbrukade narkotikaklassade plåster](#) förvaras i plastficka inlåst i patientens läkemedelsskåp.

Hälso- och sjukvårdspärmen struktureras enligt:

Bilaga 1. Upprättande av hälso- och sjukvårdspärm

Bilaga 2. Upprättande av HSV-pärm när patienten har SOL/LSS-insatser men endast har HSL-insatser från rehab.

Hantering av hälso- och sjukvårdspärm och personakt vid flytt inom egen regi

Hälso- och sjukvårdspärmen och personakt i arkivskåpet ska följa patienten under den tid kommunen har ett hälso- och sjukvårdansvar. Detta innebär att om en patient har haft kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende och flyttar till särskilt boende så ska hälso- och sjukvårdspärm och personakt följa med till det särskilda boendet. Hälso- och sjukvårdspärmen ska även följa med patienten vid flytt fram och tillbaka mellan egna hemmet och växelvård samt vid flytt från korttidsavdelning.

Hantering av hälso- och sjukvårdspärm och personakt vid flytt eller tillfällig vistelse hos annan vårdgivare

Hälso- och sjukvårdspärmen ska inte följa med till annan vårdgivare såsom Region Östergötland eller externa utförare för SÄBO. Om en patient flyttar till särskilt boende som drivs av annan vårdgivare än Motala kommun ska hälso- och sjukvårdspärmen avslutas och personakten skickas till Socialnämndens arkiv.

Närarkivering av inaktuella handlingar

Arkivering och gallring av olika dokument görs utifrån Informationshanteringsplan för kommunal hälso- och sjukvård. [Dokumenthanteringsplan kommunal hälso- och sjukvård](#)

Närarkivering av inaktuella handlingar sker i ett hängmappssystem med olikfärgade plastfickor i arkivskåp på sjuksköterskeexpeditionen för patienter som bor på särskilt boende och i arkivskåp centralt i kommunala hälso- och sjukvårdens lokaler för patienter som bor i ordinärt boende eller inom . Inaktuella handlingar struktureras enligt Bilaga 4. Checklista för Närarkivering av inaktuella handlingar

Slutarkivering av patientjournal

När en patient avlider, flyttar från kommunen eller när ett kommunalt hälso- och sjukvårdansvar upphör, ska patientjournalen skickas till Socialnämndens arkiv senast tre månader efter avslut. Det utförs enligt Bilaga 5. Checklista för gallring och slutarkivering av journalhandlingar.

Kommunikation och informationsöverföring

Kommunikation och informationsöverföring omfattar all information som överförs i samtal och textform mellan vårdpersonal. Nedan beskrivs de kommunikationsvägar som används mellan kommunal hälso- och sjukvård, regional hälso- och sjukvård samt privata aktörer.

Kommunikationskanaler

I Motala kommun finns flera olika kommunikationskanaler som används mellan kommunal hälso- och sjukvård, regional hälso- och sjukvård samt privata aktörer.

- Funktionsbrevlådor
 - Cosmic meddelande
 - Digital rörpost
- Cosmic Link
- Telefon
- Brev

Dessa kommunikationskanaler beskrivs kort nedan och den praktiska användningen finns sedan som lathundar längst bak i rutinen.

All information som ges eller mottages och har relevans för patientens vård ska dokumenteras i patientens journal i Viva, detta gäller oavsett kommunikationsväg.

Beskrivning av kommunikationskanaler

Cosmic meddelande

Cosmic Meddelande är ett meddelandesystem avsett för hantering av korta patientanknutna meddelanden av icke-akut karaktär mellan vårdpersonal inom kommunal verksamhet samt Region Östergötland (inklusive privata vårdgivare med avtal). Kommunikation sker mellan funktionsbrevlådor.

[Cosmic Meddelande kommun](#) | [Vårdgivare Östergötland](#)

Digital rörpost

Digital rörpost är en krypterad e-post som kan skicka och ta emot meddelande mellan förutbestämda sändare och mottagare. Funktionsbrevlådan kan endast skicka e-post till andra funktionsbrevlådor med namnstandard t ex rorpost.hemsjukvarden@motala.se eller rorpost.vcbrinken@regionostergotland.se.

Digital rörpost har till stora delar ersatts av Cosmic meddelande och används endast för att kunna skicka bifogade bilder och dokument.

Cosmic Link

Cosmic Link är ett kommunikationsverktyg mellan Region Östergötland (inklusive privata vårdgivare med avtal) och kommunerna och är uppdelad i slutenvårdsprocess och öppenvårdsprocess. Cosmic Link är en del av Patientjournalen Cosmic och startas via Journalportal. Läs mer på vårdgivarwebben:

[Cosmic Link](#) | [Vårdgivare Östergötland](#)

[Samordnad vård- och omsorgsplenering \(SVOP\)](#) | [Vårdgivare Östergötland](#)

Slutenvårdsprocess (SVOP)

Beskriver planeringsbehov, ansvar och roller för samordnad vård och omsorgsplanering vid utskrivning från slutenvård. Slutenvårdsprocessen utgår från lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård och riktlinjen Samordnad vård- och omsorgsplanering i öppen vård och sluten vård.

[Slutenvårdsprocess \(SVOP\) | Vårdgivare Östergötland](#)

Öppenvårdsprocess

I öppenvårdsprocessen ansvarar den som uppmärksammar ett behov av samordning att starta ett samordningsärende i Cosmic Link, detta kan ske utan ett föregående slutenvårdstillfälle.

[Öppenvårdsprocess \(SVOP\) | Vårdgivare Östergötland](#)

Telefon

I första hand sker kommunikation mellan vårdgivare enligt ovan angivna kommunikationssystem. Detta eftersom de har större spårbarhet och mindre risk för missad kommunikation. I vissa akuta eller särskilda fall är rapportering via telefon dock nödvändig.

[Kontakt mellan vårdgivare | Vårdgivare Östergötland](#)

Brev

Om kommunikation skickas via post så sker hantering enligt Motala kommuns rutiner

[Skicka post – Motala](#)

Sefos

Sefos användas för digitala möten om mötet innehåller känslig information och personuppgifter. I övriga fall används Teams. Sefos kan också användas för att skicka säkra meddelanden med personuppgifter.

[Digitala möten – Motala](#)

Referenser

- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Patientdatalagen (2008:355)
- Lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (2022:913)
- [Ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation – Meddelandeblad \(socialstyrelsen.se\)](#)
- Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)
- Föreskrift och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40)
- Föreskrift och allmänna råd om samordning av insatser för rehabilitering (SOSFS 2008:20)
- Offentlighets- och sekretesslagen (OSL 2009:400)
- [Dokumentation - Vårdhandboken \(vardhandboken.se\)](#)

Bilagor

På följande sidor följer ett antal bilagor som berör dokumentation och hantering av patientuppgifter.

Register Hälso- och Sjukvårdspärm

- 1. Säkerhetsblad**
- 2. Läkemedelslista, Läkemedelslista vid behov och AVK-brev**
- 3. Signeringslistor**
- 4. Förbrukningsjournal narkotika**
- 5. Rehabilitering**
- 6. Planer**
- 7. Kvalitetsregister och observationsschema**
- 8. Tandvård/Munvård**
- 9. Manualer för medicinsk utrustning**
- 10. Protokoll samordnad individuell planering (SIP)**
- 11. Övrigt**
- 12. Överrapportering ambulans**

Bilaga 1. Upprättande av hälso- och sjukvårdspärm

Följande ordning ska råda i hälso- och sjukvårdspärmen:

Först i pärmen, före fliksystemet, sitter en plastficka för kort:

- Högkostnadskort
- Tandvårdskort
- Färdtjänstkort
- Välkomstblad till kommunal hälso- och sjukvård

Flik 1 Säkerhetsblad

- Personens namn och personnummer
- Personens anhöriga och deras telefonnummer
- Medicinska diagnoser
- Överkänslighet, varningar och observandum
- Eventuell brytpunktsbedömning
- Ansvarig läkare

Flik 2 Läkemedelslista, Läkemedelslista vid behov och AVK-brev

Flik 3 Signeringslistor

Signeringslistor för utförda rehabiliteringsåtgärder

Signeringslistor för läkemedelsöverlämnande

Nödlista digitalsignering 2 stycken

Flik 4 Förbrukningsjournal narkotika

Arket för [Forbrukade narkotikaklassade plåster](#) förvaras i plastficka inlåst i patientens läkemedelsskåp.

Flik 5 Rehabilitering

Exempelvis träningsprogram, instruktioner och hjälpmedelsinformation. (Ex sele/lyft-instruktion)

Flik 6 Planer

Exempelvis sårvårdsplan, plan för kateter (KAD-plan).

Flik 7 Kvalitetsregister och observationsschema

Exempelvis handlingsplan från Senior Alert, registreringar av BPSD symptom vid demens

Flik 8 Tandvård/Munvård

Flik 9 Manualer för medicinsk utrustning

Exempelvis manualer för track, sond och pump.

Flik 10 Protokoll samordnad individuell planering (SIP)

Protokoll från samordnad individuell planering (SIP).

Flik 11 Övrigt

Flik 12 Överrapportering ambulans

Här läggs också identitetsband (ID-band) i plastficka

Bilaga 2. Upprättande av HSV-pärm när patienten har SOL/LSS-insatser men endast har HSL-insatser från rehab

Används då signeringslistor ska sättas in.

Följande ordning ska råda i hälso- och sjukvårdspärmen:

Först i pärmen, före fliksystemet, sitter en plastficka med:

- Välkomstblad till kommunrehab där kontaktuppgifter till kommunrehab finns samt tydliggörande om att patienten inte är ansluten till sjuksköterska i hemsjukvården.

Flik 1 Säkerhetsblad

- Personens namn och personnummer
- Personens anhöriga och deras telefonnummer
- Eventuella restriktioner

Flik 3 Signeringslistor

Signeringslistor för utförda rehabiliteringsåtgärder

Flik 5 Rehabilitering

Exempelvis träningsprogram som utförs med hjälp av annan person, instruktioner och hjälpmedelsinformation. (Ex sele/lyft-instruktion)

Flik 7 Kvalitetsregister och observationsschema

Exempelvis handlingsplan från Senior Alert, registreringar av beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD-registreringar).

Flik 10 Protokoll samordnad individuell planering (SIP)

Protokoll från samordnad individuell planering (SIP).

Flik 11 Övrigt

Bilaga 3. Lathund för inhämtning och dokumentation av samtycke

När en ny patient blir aktuell för hälso- och sjukvård inom KHSV så skall samtycke inhämtas i samband med första vårdkontakten. Samtycke ska finnas dokumenterat i journal, om detta saknas så ska detta göras även på ”icke-nya patienter”.

1. Informera om att sammanhållen journalföring och samverkan med andra verksamheter såsom teamträff och SIP. Lämna ut: [Infoblad samtycke för samverkan vård och omsorg samt sammanhållen journalföring](#)
2. Informera om möjligheten att spärra uppgifter i journal samt häva spärr.
3. Informera den enskilde om att om hen väljer att spärra sin information ansvarar hen själv för att informera vårdpersonalen om vad de behöver veta för att ge en god och säker vård.
4. Inhämta samtycke genom att fråga den enskilde om vi får ta del av journaluppgifter från andra vårdgivare via sammanhållen journalföring (NPÖ) samt dela patientuppgifter i samverkan med andra verksamheter inom socialförvaltningen.
5. Dokumentera patientens ställningstagande avseende samtycke i HSL-journal i åtagandet under kompletterande information. Markera ja/nej/presumerat samtycke och vad samtycket avser.
6. Dokumentera under ”Samtycke innehåll” om den enskilde accepterar eller motsätter sig inhämtande av journaluppgifter via sammanhållen journalföring (NPÖ). Använd texten ”Patienten är informerad och samtycker/samtycker inte till sammanhållen journalföring, datum ÅÅMMDD”.

Bilaga 4. Checklista för Närarkivering av journalhandlingar

Inaktuella handlingar förvaras i hängmappsystem, i arkivskåp på sjuksköterskeexpeditionen för patienter som bor på särskilt boende och i arkivskåp centralt i kommunala hälso- och sjukvårdens lokaler för patienter som bor i ordinärt boende. Den som identifierar handling som ska närarkiveras ansvarar för att upprätta eller sortera in handlingen i patientens hängmapp. Ex. Den som sätter in ny signeringslista i pärmen ansvarar för att närarkivera den gamla.

Hängmappen ska märkas med patientens personnummer och mapparna sorteras sedan i kronologisk ordning från äldst till yngst. I hängmapparna ska olika typer av handlingar åtskiljas. Detta genom att olikfärgade plastfickor används på följande sätt:

- **Ofärgad plastficka:**
 - Förbrukningsjournaler, *gäller ej patientbundna läkemedel som helt hanteras med digital signering*
 - Överenskommelse om hjälp vid läkemedelshantering
 - Fullmakt för att hämta ut läkemedel
- **Blå plastficka:**
 - Signeringslistor läkemedel, *gäller ej patienter med digital signering*
 - Signeringslistor rehabilitering, *gäller ej patienter med digital signering*
 - Signeringslistor vid driftstörning digital signering
- **Gul plastficka:**
 - Demensutredning
 - Skattningsinstrument
 - Observationsscheman
- **Röd plastficka:**

Gäller endast pappershandlingar inkomna innan 250101. Handlingar inkomna efter detta datum skall skannas in i den digitala journalen vid inkomst och sedan gallras direkt. Se bilaga 8.

- Journalkopior från andra vårdgivare (ej Region Östergötland)
- Remisser från andra vårdgivare (inkl Region Östergötland)
- Journalkopior från tandvårdsutförare.
- Dokumentation från SIP-möten

Bilaga 5. Checklista för gallring och slutarkivering av journalhandlingar

När en patient avlider, flyttar från kommunen eller när ett kommunalt hälso- och sjukvårdsansvar upphör, ska patientjournalen i hälso- och sjukvårdspärmen och från hängmappssystemet i arkivskåpet, skickas till Socialnämndens arkiv senast tre månader efter avslut. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska rensar patientjournalen från ovidkommande handlingar, sorterar och ordnar förekommande journalhandlingar samt skickar samtliga journalhandlingar kring patienten samtidigt. Journalhandlingar i Viva ska inte skrivas ut vid avslut.

Rensa vid behov bort följande inför slutarkivering:

- Gem, minneslappar, häftor, plastfickor, tejp.
- Arbetsmaterial, det vill säga anteckningar och meddelanden av tillfällig betydelse som enbart är till för att underlätta det praktiska arbetet.
- Avskrifter, kopior som finns i flera exemplar.
- Trycksaker, till exempel instruktioner för hjälpmedel.

Ordna i journalhandlingarna i följande ordning:

1. Dokument om antivitamin K-behandling (AVK-brev) *
2. Signeringslistor*
3. Demensutredningar*
4. Journalkopior från annan vårdgivare än Region Östergötland*
5. Övriga handlingar som ska bevaras*

**Gäller endast pappershandlingar inkomna alt. daterade innan 250101. Handlingar inkomna efter detta datum skall skannas in i den digitala journalen vid ankomst och sedan gallras direkt. Se bilaga 8*

Journalhandlingarna läggs sedan i ett aktomslag i A3 för slutarkivering. Alla uppgifter på aktomslaget ska fyllas i. De rensade och iordningsställda journalerna ska sedan överlämnas till Socialnämndens arkiv.

Överlämning av arkivhandlingar

Arkivhandlingar kan överlämnas till Socialnämndens arkiv på två sätt:

- Personlig överlämning. Meddela då Socialförvaltningens arkivarie i förväg så att någon finns på plats för att ta emot leveransen. Telefonnummer: 0141-22 52 66
- Skicka med internpost. Använd journalkuvert märkta med *Sekretess och internpost Motala kommun*. Journalkuvertet läggs sedan, om möjligt, i ett internpostkuvert som adresseras enligt följande: Arkiv, Socialförvaltningen stab.

Beställning av arkivmaterial

Journalkuvert beställs från Socialförvaltningens arkivarie Caroline Andersson:

- Telefonnummer: 0141-22 52 66 Mail: caroline.andersson@motala.se

Aktomslag för arkivering beställs från Mediakontoret: mediakontoret@motala.se

Eller skrivs ut från extranätet i A3-format: [Aktomslag socialförvaltningen](#)

Bilaga 6: Lathund för inhämtning och dokumentation av samtycke

När en ny patient blir aktuell för hälso- och sjukvård inom KHSV så skall samtycke inhämtas i samband med första vårdkontakten. Samtycke ska finnas dokumenterat i journal, om detta saknas så ska detta göras även på ”icke-nya patienter”.

1. Informera om att sammanhållen journalföring och samverkan med andra verksamheter såsom teamträff och SIP. Lämna ut: [Infoblad samtycke för samverkan vård och omsorg samt sammanhållen journalföring](#)
2. Informera om möjligheten att spärra uppgifter i journal samt häva spärr.
3. Informera den enskilde om att om hen väljer att spärra sin information ansvarar hen själv för att informera vårdpersonalen om vad de behöver veta för att ge en god och säker vård.
4. Inhämta samtycke genom att fråga den enskilde om vi får ta del av journaluppgifter från andra vårdgivare via sammanhållen journalföring (NPÖ) samt dela patientuppgifter i samverkan med andra verksamheter inom socialförvaltningen.
5. Dokumentera patientens ställningstagande avseende samtycke i HSL-journal i åtagandet under kompletterande information. Markera ja/nej/presumerat samtycke och vad samtycket avser.
6. Dokumentera under ”Samtycke innehåll” om den enskilde accepterar eller motsätter sig inhämtande av journaluppgifter via sammanhållen journalföring (NPÖ). Använd texten ”Patienten är informerad och samtycker/samtycker inte till sammanhållen journalföring, datum ÅÅMMDD”.

Bilaga 7. Lathund för säker scanning

- Dokument ska skannas i PDF, om möjligt i filformatet PDF/A
- Fotografier ska skannas i PNG, JPEG eller TIFF
- Upplösningen ska normalt vara 300 dpi. Handlingar som är otydliga eller där behov finns av att kunna förstora bilden ska skannas med en högre upplösning.
- Skannern ska vara inställd så att texten blir rak och läsbar
- Efter utförd skanning ska det kontrolleras att all information förts över och att resultatet är av god kvalitet.
 - all information ska ha skannats – ingen information får gå förlorad. Finns det till exempel information på baksidan av dokumentet ska även baksidan skannas.
 - resultatet ska stämma överens med originalet. All text ska vara minst lika läsbar som på originalet.
 - färg ska vara överensstämmande med pappersoriginalet

När skanningen är genomförd och kontrollerad ska pappershandlingen gallras eller läggas i patientjournalen enligt tabellen i bilaga 8.

Bilaga 8. Skanning av pappershandlingar

Handlingar som inte upprättats i VIVA ska skannas och bifogas till systemet som en bilaga enligt nedan:

Typ av handling som ska skannas	När ska handlingen skannas	Vem ska skanna handlingen och kontrollera	När ska handlingen gallras	Vem ska gallra handlingen	Till (fysiska) personakten
Handlingar från andra vårdgivare. Ex remisser, vårdbegäran.	När den inkommit	Ansvarig HSL-personal	Gallras direkt efter skanning	Ansvarig HSL-personal	Nej
Handlingar från kvalitetsregister som haft betydelse för genomförandet av insatsen. Exempelvis från BPSD-registret.	När den upprättats	Ansvarig HSL-personal	Gallras direkt efter skanning	Ansvarig HSL-personal	Nej
Planer som upprättats i andra system eller på papper, t ex egenvård, SIP, handlingsplaner, bemötandeplaner	När den upprättats eller inkommit	Ansvarig HSL-personal	Gallras direkt efter skanning	Ansvarig HSL-personal	Nej
Överenskommelser, avtal, fullmakter och samtycken. T ex fullmakt för apoteksärenden.	När den upprättats	Ansvarig HSL-personal	Gallras vid slutarkivering	Ansvarig HSL-personal	Läggs till akten. Lämnas till arkivet vid avslut.

Bilaga 9. Lokalt arbetssätt för användandet av Cosmic Meddelande i Kommunal hälso- och sjukvård Motala (KHSV)

Detta lokala arbetssätt utgår från den överenskommelse som gjorts mellan kommun och Region för användandet av Cosmic Meddelande.

Behörighet

Samtlig leg.personal på KHSV ska ha behörighet kopplat till sin primära arbetsenhet. Ytterligare behörighet läggs på för de som behöver ha tillgång till annan arbetsenhet för att kunna sköta hantering vid frånvaro. Behörighetsansvarig i verksamheten är ansvarig för behörighetstilldelning.

Meddelande via Funktionsbrevlåda

Kommunikation via Cosmic meddelande ska enbart skickas via Funktionsbrevlåda. En Funktionsbrevlåda är ett meddelandekonto i Cosmic som flera användare kan dela på. Det är ett meddelandekonto för en ”funktion” i stället för en person.

Inkommande meddelande

Utsedd koordinator bevakar Funktionsbrevlådan enligt överenskommelse vardagar kl 08 och kl 14. Koordinator fördelar ärendet till funktionsbrevlåda för den enhet som patienten tillhör. Berörd personal loggar in i Funktionsbrevlådan och svarar på meddelandet inom bestämd tidsram. Om berörd personal ej finns på plats så läggs ärendet till LINK-SSK om det behöver hanteras i närtid.

Utgående meddelande

Meddelande ska alltid skickas från och till en gemensam Funktionsbrevlåda. Personligt Messenger-konto ska inte användas. Om inkommande meddelande från Regionen kommer från personligt konto måste mottagaradressen ändras till Funktionsbrevlåda.

Radera meddelande

Meddelande i inkorgen raderas när konversationen anses vara färdighanterad.

Reservrutin

Vid driftstopp ska den kommunikation som görs via Cosmic Meddelande ersättas av telefonsamtal via Vård till vård.

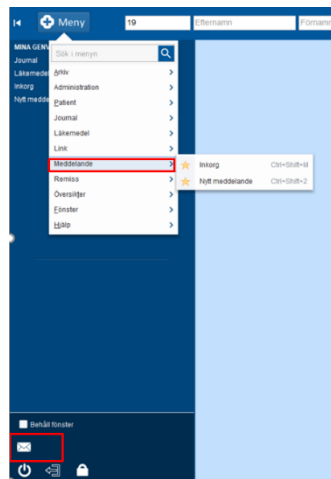
I händelse av frånvaro

Vid frånvaro av ordinarie personal på enhet så sker hantering av Funktionsbrevlåda enligt följande:

Frånvarande enhet	Första ersättare
Ordinärt	Övrig leg på enhet, i andra hand LINK SSK
Korttidsboende Samuelsberg Motala	Övrig leg på enhet, i andra hand LINK SSK
Särskilt boende Husbygården Motala	LINK SSK
Särskilt boende Solbacken Motala	Övrig leg på enhet, i andra hand LINK SSK
Särskilt boende Strandvägen Motala	Övrig leg på enhet, i andra hand LINK SSK
Särskilt boende Strömsborg Motala	Övrig leg på enhet, i andra hand LINK SSK
Särskilt boende Vileborg Motala	LINK SSK
Särskilt boende Åkervallen Motala	Övrig leg på enhet, i andra hand LINK SSK
Ordinärt boende Väster Motala	Övrig leg på enhet, i andra hand LINK SSK
Ordinärt boende Centrum/Gamla Stan Motala	Övrig leg på enhet, i andra hand LINK SSK
Ordinärt boende Ekön/Nykyrka Motala	Övrig leg på enhet, i andra hand LINK SSK
Ordinärt boende Brinken/Privata Motala	Övrig leg på enhet, i andra hand LINK SSK
Ordinärt boende Borensberg	Övrig leg på enhet, i andra hand LINK SSK
LSS/Socialpsykiatri Motala	Övrig leg på enhet, i andra hand LINK SSK
Rehab	LINK Rehab

Lathund Cosmic Meddelande

Cosmic Meddelande når man via menyval Meddelande eller via kuvertet



Motala kommun använder funktionsbrevlådor:

KFBL 028 Kommun Ordinärt boende Motala, Samarbete (Kommun/RÖ)

KFBL 029 Kommun Särskilt boende Motala, Samarbete (Kommun/RÖ)

KFBL 030 Kommun Korttidsboende Motala, Samarbete (Kommun/RÖ)

KFBL 031 Kommun LSS/Psykiatri Motala, Samarbete (Kommun/RÖ)

KFBL 032 Kommun Kommunrehab Motala Samarbete (Kommun/RÖ)

Meddelanden skickas alltid från funktionsbrevlådor och regionens enheter ska alltid skicka till kommunens funktionsbrevlådor (personliga brevlådor används inte).

I **Skickat** ser man alla meddelanden som skickats från funktionsbrevlådan

Öppnat kuvert och fet stil visar att meddelandet inte är öppnat av mottagaren

Höger klicka och välj Läsa bekräftelse

Använd **Mina vanligaste adresser**

Välj Nytt meddelande och klicka på **Till** då öppnas Adressboken

Mina vanligaste adresser fylls på automatiskt med de mottagare som man skickat meddelande till tidigare. Detta utnyttjas i fältet **Till** där man kan söka på del av namn.

Första gången man skickar till en funktionsbrevlåda eller person söker man fram adressen via Globala adresslistan. OBS! att man alltid behöver ha en överenskommelse med den man vill skicka meddelande till.

Lådor vi kan skicka till är:

- Rehab Väst NSV, Samarbete (RÖ/Kommun)
 - Brinken VC PVC, Samarbete (RÖ/Kommun)
 - Lyckorna VC PVC, Samarbete (RÖ/Kommun)
 - Borensberg VC PVC, Samarbete (RÖ/Kommun)
 - Marieberg VC PVC, Samarbete
 - Fyrklövern korttidsb Motala NVK NSV, Samarbete (RÖ/Kommun)
- Inga andra funktionsbrevlådor eller person-lådor får skickas till.**

Bilaga 10. Lathund för användning av digital rörpost

Bilder skickas fortsatt via rörpost tills SDK (säker digital kommunikation) är upprättat. När en bild skickas i rörposten ska även ett meddelande i Cosmic Meddelande skickas, detta eftersom rörposten ej bevakas. I meddelandet ska det framgå att en bild skickats i rörposten. Märk bilagan med initialer.

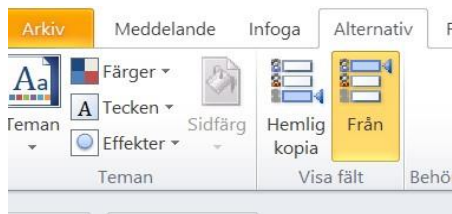
Öppna ett ”Nytt e-postmeddelande” i din mail.



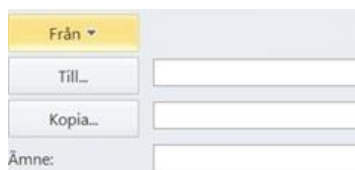
Gå in under fliken ”Alternativ”.



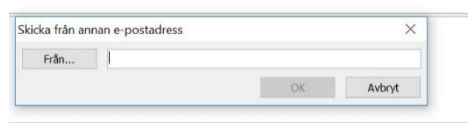
Gå in under ”Från”



Öppna ”Från” i ditt mail.



I ”Från rutan” kommer din nuvarande mailadress upp och valet ”annan e-postadress”. Välj ”annan e-postadress” och en ny ruta kommer upp enligt bild nedan:



Här skriver du in aktuell funktionsbrevlåda och därmed går meddelandet iväg ifrån funktionsbrevlådan istället för din personliga mail.