



## Journalgranskning 2017

### Sammanfattning

Kvalitets- och utvärderingskontoret, medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har genomfört och sammanställt en granskning av patientjournaler i verksamheter inom äldrenämndens ansvarsområde. Granskningen har utförts i form av egenkontroller utefter ett frågeformulär.

Resultatet av de granskade patientjournalerna visar att en stor andel av de granskade journalerna innehöll de efterfrågade uppgifterna. 2017 års granskning visar på bättre resultat än föregående år. Större andel granskade journaler innehåller uppgift om registrerat samtycke jämfört med föregående vilket är positivt då det är ett krav för NPÖ och sammanhållen journalföring. Samtidigt visar resultatet att det finns delar i dokumentationsarbetet som kan förbättras, såsom uppgifterna *inskrivningsorsak* *angiven* och *åtgärden är fördelad till den/de som ska utföra insatserna*.

I syfte att förbättra dokumentationen kommer uppföljningsrapporten att skickas till samtliga vårdgivare som deltog i granskningen. Dessutom kommer utbildningsansvariga för dokumentation i kommunens verksamhetssystem Treserva för legitimerad personal att delges resultatet i syfte att använda det som underlag i kommande utbildningar.

## Bakgrund

Varje år beslutar äldrenämnden om en årlig uppföljningsplan. Planen innefattar fokusområden inom uppföljningsarbetet under året samt fastställer hur många verksamheter som kommer att följas upp. Två typer av uppföljningar anammats; övergripande uppföljningar som berör flera verksamheter och enskilda avtalsuppföljningar som endast berör en enhet eller ett avtal åt gången. I äldrenämndens kvalitetsuppföljningsplan för 2017 var en av de övergripande uppföljningarna att genomföra en granskning av patientjournaler. Granskning av patientjournaler fanns även med i 2016 års kvalitetsuppföljningsplan och genomfördes under 2016.

## Dokumentation inom vård och omsorg

Patientdatalagen utgör en sammanhängande reglering av personuppgiftsbehandlingen inom hälso- och sjukvården. Enligt SOSFS 2008:14 skall en journal innehålla de uppgifter som behövs för att kunna säkerställa en god och säker vård. Syftet med patientjournalen är att vara en informationskälla för patienten och en grund för god och säker vård. Patientjournalen är till för att vara ett stöd för den eller de som ansvarar för patientens vård, men även för patienten som erhåller vård.

Inom kommunal hälso- och sjukvård upprättas två journaler för den enskilde. Legitimerad personal dokumenterar i en patientjournal och omsorgspersonal som har en vårdrelation med den enskilde dokumenterar i en social journal. Patientjournalen ska innefatta vårdens planering, genomförande och resultat för patienten. Den ska utformas så att patientens trygghet säkras och för att fortlöpande kunna utvärdera och revidera hälso- och sjukvårdsinsatserna. Patientjournalen har även betydelse ur rättslig synpunkt för att påvisa vilken vård som är given.

Inom ramen för den Nationella eHälsostategin har dokumentationen inom vård- och omsorg utvecklats under det senaste decenniet. Detta i syfte att skapa en mer strukturerad och ändamålsenlig dokumentation. En viktig del i denna utveckling har varit införandet av nationellt fackspråk, det vill säga användandet av gemensamma termer, begrepp och klassifikationer i dokumentationen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Nationellt fackspråk innefattar olika delar varav en del utgörs av nationellt fastställda statistiska klassifikationer och kodverk, där internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) och klassifikation för vårdåtgärd (KVÅ) är centrala.<sup>1</sup>

## Dokumentation inom vård och omsorg i Östergötland

I Östergötland påbörjades arbetet med att skapa en strukturerad och ändamålsenlig dokumentation i april 2010 när socialcheferna i Östergötlands kommuner, på inrådan av MAS nätverk, tog beslut om att inleda ett projekt kring termer, begrepp och informationsstruktur. Nätverket för eHälsa Östergötland, vilket samordnar Östergötlands eHälsöarbete, fastställde senare i sin handlingsplan för perioden 2012-2013 att insatserna gällande området termer och begrepp skulle få högsta prioritet. Mot bakgrund av det påbörjades införandet av ICF och KVÅ i länet under 2013.

---

<sup>1</sup> <http://www.socialstyrelsen.se/nationellehalsa/nationellinformationsstruktur>

Samtliga kommuner i länet har infört ICF och KVÅ. Linköpings kommun införde ICF och KVÅ under hösten 2015.

Användandet av gemensamma termer, begrepp och klassifikationer är en viktig förutsättning för nationell patientöversikt (NPÖ). NPÖ gör det möjligt för behörig legitimerad personal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats/dokumenterats hos andra landsting/regioner, kommuner eller privata vårdgivare. Idag har behörig legitimerad personal i Linköpings kommun möjlighet att ta del av journalinformation som registrerats hos landsting/regioner genom NPÖ. På sikt ska även behörig legitimerad personal inom landsting/regioner kunna ta del av journalinformation som registrerats hos vårdgivare i Linköpings kommun via kommunens verksamhetssystem Treserva. En viktig förutsättning för att legitimerad personal inom landstingen/regionerna ska kunna ta del av informationen som dokumenteras inom kommunen är ICF och KVÅ.

## **Syfte**

Syftet med granskningen av patientjournaler var att säkerställa att dokumentationen i patientjournaler inom äldreändens ansvarsområde följer gällande lagstiftningar, kommunens riktlinjer och instruktioner för kommunens verksamhetssystem Treserva, samt att erhålla ett underlag för kvalitetssäkring med målet att tillförsäkra patienten en god och säker vård.

## **Metod**

Granskningen av patientjournaler genomfördes genom egenkontroll där vårdgivarna fick besvara åtta frågor om uppgifter i patientjournalerna. Frågorna rörde sådant som påverkade innehållet i patientjournalerna efter införandet av ICF och KVÅ. Frågorna utformades utifrån kommunens riktlinjer för dokumentation och togs fram av MAS och MAR tillsammans med objektspecialister på enheten för IT och eHälsa. Frågorna formulerades på ett sådant sätt att de kan gälla alla åtgärder inom legitimerad personals ansvarsområden (sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut samt logoped).

Samtliga vårdgivare inom särskilt boende och hemsjukvård fick i uppgift att slumpvis välja ut 10-20 patientjournaler inom deras olika verksamheter, med undantag för de vårdgivare som endast innehar en verksamhet som slumpvis fick välja ut 5 patientjournaler. Utifrån de valda patientjournalerna besvarade vårdgivarna frågorna framtagna av MAS, MAR och objektspecialister. I instruktionerna till egenkontrollen uppmanades verksamhetschef och legitimerad personal att genomföra granskningen tillsammans.

## **Lagstiftning**

*Patientdatalag (2008:355)*

### *3 kap. Skyldigheten att föra patientjournal*

#### *Inledande bestämmelse*

*1 § Vid vård av patienter ska det föras patientjournal. En patientjournal ska föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter.*

*I 6 kap. finns bestämmelser om direktåtkomst till andra vårdgivares uppgifter om patienter genom sammanhållen journalföring.*

### **Syftet med en patientjournal**

*2 § Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten.*

*En patientjournal är även en informationskälla för*

- patienten,*
- uppföljning och utveckling av verksamheten,*
- tillsyn och rättsliga krav,*
- uppgiftsskyldighet enligt lag, samt*
- forskning.*

### **En patientjournal innehåll**

*5 § En patientjournal får innehålla endast de uppgifter som behövs för de ändamål som anges i 2 kap. 4 § första stycket 1 och 2.*

*6 § En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten.*

*Om uppgifterna finns tillgängliga, ska en patientjournal alltid innehålla*

- 1. uppgift om patientens identitet,*
- 2. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,*
- 3. uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,*
- 4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder,*
- 5. uppgift om den information som lämnats till patienten, dennes vårdnadshavare och övriga närstående och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en ny medicinsk bedömning, samt*
- 6. uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling.*

*Patientjournalen ska vidare innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjordes. Lag (2014:827).*

*7 § Utöver vad som föreskrivs i 5 och 6 §§ får en patientjournal innehålla de uppgifter som enligt lag eller annan författning ska antecknas i en patientjournal.*

## **Resultat och analys**

Samtliga vårdgivare inom särskilt boende och hemsjukvård har genomfört en egenkontroll inom deras verksamhet/verksamheter. Totalt har 107 patientjournaler granskats i 46 olika särskilda boenden och inom hemsjukvården. Detta är en ökning av granskade journaler jämfört med uppföljningen 2016, för vilken det granskades 81 patientjournaler i 39 olika särskilda boenden och inom hemsjukvård. Resultatet av granskningen presenteras i diagrammet nedan.

Diagram 1. Andel granskade patientjournaler som innehöll de efterfrågade uppgifterna. Jämförelse mellan 2016 och 2017.

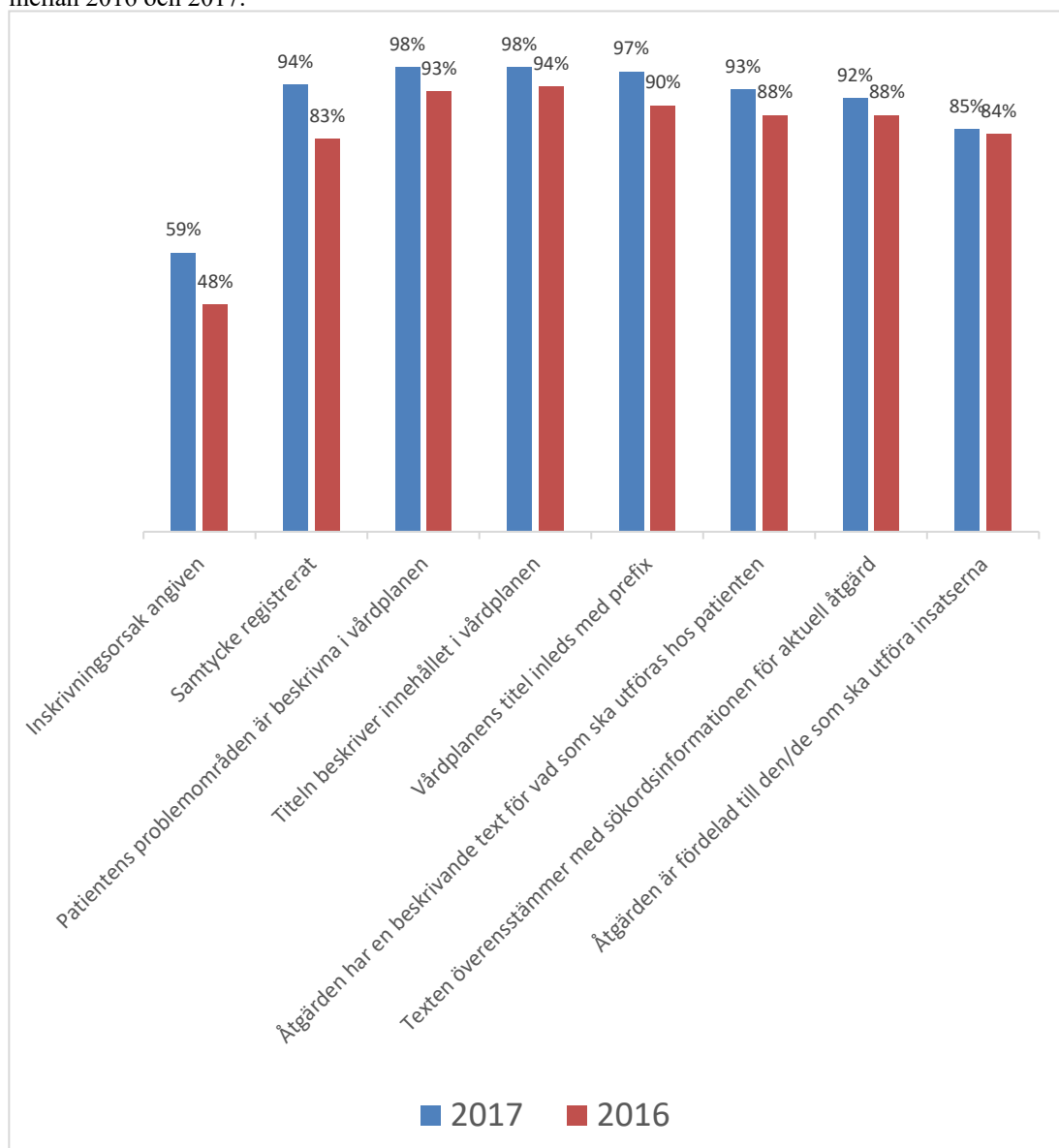


Diagram 1 visar att för samtliga områden var det större andel journaler som innehöll de efterfrågade uppgifterna 2017 jämfört med 2016. För följande sex områden innehöll en stor andel av de granskade journalerna de efterfrågade uppgifterna:

- *patientens problemområden är beskrivna i vårdplanen (98 %)*
- *titeln beskriver innehållet i vårdplanen (98 %)*
- *vårdplanens titel inleds med prefix (97 %)*
- *samtycke registrerat (94 %)*
- *åtgärden har en beskrivande text för vad som ska utföras hos patienten (93 %)*
- *texten överensstämmer med sökordsinformation för aktuell åtgärd (92 %)*

För två områden var resultatet lägre; *inskrivningsorsak angiven* och *åtgärden är fördelad till den/de som ska utföra insatserna*. Nedan följer en utförligare beskrivning av dessa.

### *Inskrivningsorsak angiven (59 %)*

Med inskrivningsorsak angiven menas att legitimerad personal kortfattat har angett orsaken till kontakt med hälso- och sjukvård. En förklaring till den låga andelen kan vara att legitimerad personal inom kommunen inte är vana vid att dokumentera den informationen för patienter som bor i särskilt boende. De reflekterar inte över inskrivningsorsak utan konstaterar bara att patienten i och med sin plats på ett särskilt boende har kontakt med hälso- och sjukvård.

### *Åtgärden är fördelad till den/de som ska utföra insatserna (85 %)*

Med detta menas att legitimerad personal måste fördela åtgärden till sig själv och/eller till den omsorgspersonal som ska utföra insatserna. Om åtgärderna inte är fördelade till omsorgspersonalen kan de inte ta del av vilka åtgärder som ska utföras. Det går därmed inte att förvänta sig att åtgärderna blir utförda. En anledning till att åtgärderna inte alltid är fördelad till den/de som ska utföra insatserna kan vara bristande förståelse, det vill säga att man som legitimerad personal inte har förstått att åtgärderna måste fördelas till den/de som ska utföra insatserna. Det kan också bero på att legitimerad personal ibland missar att fördela åtgärderna eftersom systemet inte påminner om att detta måste göras för att vårdplanen ska bli fullständig.

## **Diskussion och fortsatt planering**

De uppgifter som efterfrågades i samband med granskningen av patientjournaler rör sådant som påverkade innehållet i patientjournalerna efter införandet av ICF och KVÅ. I Linköpings kommun pågick införandet av ICF och KVÅ under hösten 2015. Resultatet av de granskade patientjournalerna visar att stor andel av de efterfrågade uppgifterna förekom i stor utsträckning och har förbättrats sedan 2016 års granskning.

Att registrerat samtycke ökat från föregående är positivt då det är ett krav för NPÖ och sammanhållen journalföring. Syftet med sammanhållen journalföring är att få samlad information av patientens vårdbehov för att kunna ge god och säker vård. Idag är registrerat samtycke endast aktuellt när en vårdgivare behöver ta del av information hos en annan vårdgivare i Treserva och/eller i NPÖ.

I syfte att förbättra dokumentationen kommer uppföljningsrapporten att skickas till samtliga vårdgivare som deltog i granskningen. En del av förbättringsarbetet påbörjades dock redan i samband med genomförandet av denna granskning eftersom flera vårdgivare uttryckte att de, genom egenkontrollen, hade utvecklat sitt dokumentationsarbete. Flera av vårdgivarna hade dessutom följt uppmaningen att verksamhetschef och legitimerad personal bör utföra granskningen tillsammans, vilket innebär att verksamhetschefen har erhållit en inblick i den dokumentation som upprättats och vad som kan förbättras.

Förutom vårdgivarna kommer utbildningsansvariga för dokumentation i kommunens verksamhetssystem Treserva för legitimerad personal att delges resultatet i syfte att använda det som underlag i kommande utbildningar.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Medicinskt ansvarig för rehabilitering