



## Journalgranskning 2016

### Sammanfattning

Kvalitets- och utvärderingskontoret har initierat och sammanställt en granskning av patientjournaler i verksamheter inom omsorgsnämndens ansvarsområde. Granskningen har utförts i form av egenkontroller utefter ett frågeformulär.

Resultatet av de granskade patientjournalerna visar att flera av de efterfrågade uppgifterna förekom i stor utsträckning. Samtidigt vittnar resultatet om att det finns delar i dokumentationsarbetet som kan förbättras, såsom uppgifterna *inskrivningsorsak angiven, samtycke registrerat 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 omsorgsnämnden 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 omsorgsnämndens kvalitetsuppföljningsplan för 2016 var en av de övergripande uppföljningarna att genomföra en granskning av patientjournaler.

## 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 upprättar en patientjournal och omsorgspersonal som har en vårdrelation med den enskilde upprättar 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. Samtliga kommuner i länet har infört ICF och KVÅ. Linköpings kommun införde ICF och KVÅ under hösten 2015.

---

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

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 omsorgsnämndens 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 tio 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 e-hälsa. Frågorna formulerades på ett sådant sätt att de kan gälla alla åtgärder inom legitimerad personals ansvarsområden (sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut samt logoped).

Samtliga vårdgivare som är anslutna till journalsystemet Treserva 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 patientjournalns 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.*

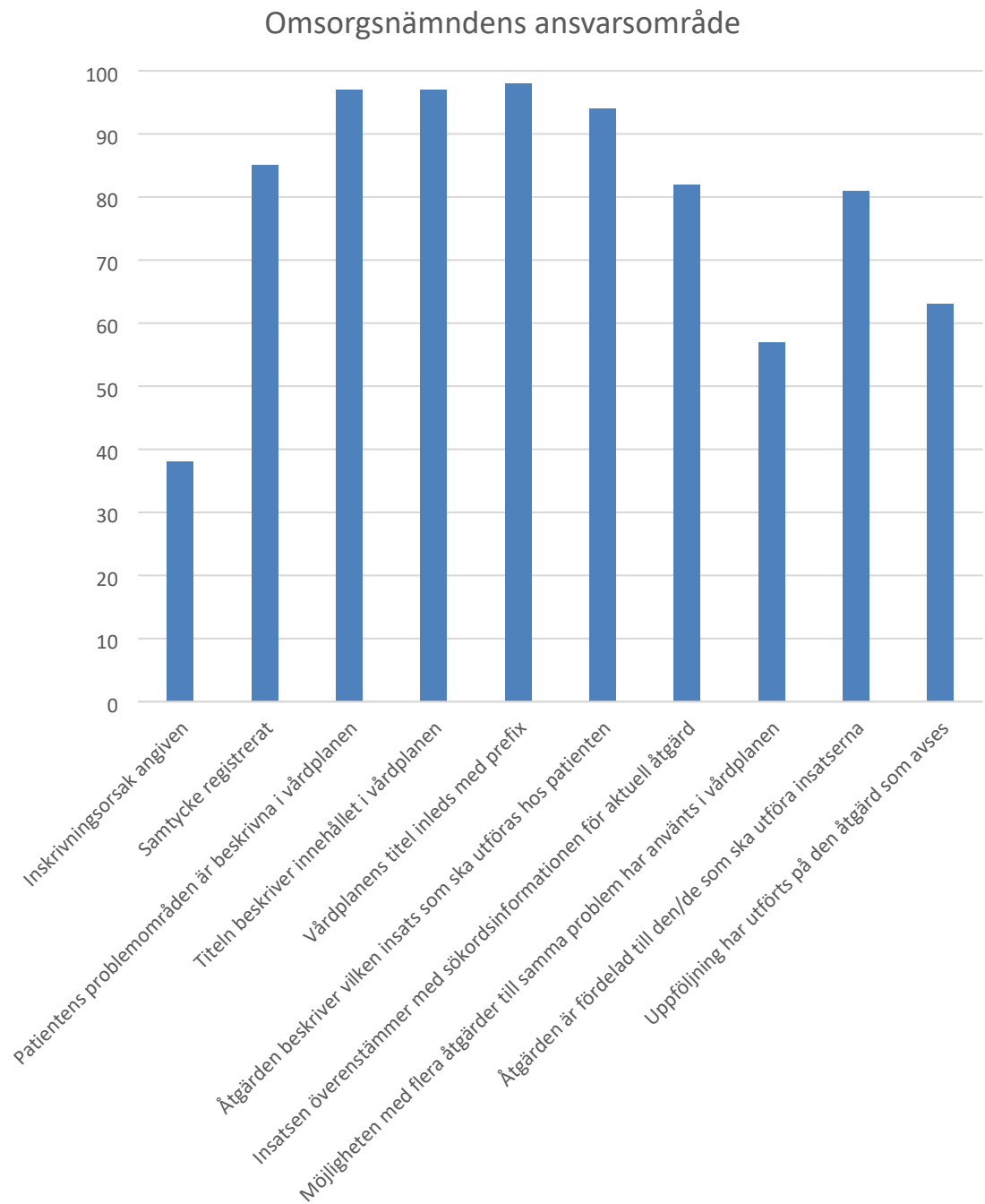
### **Resultat och analys**

Samtliga vårdgivare som fick i uppgift att granska patientjournaler har genomfört en egenkontroll inom deras verksamhet/verksamheter. Totalt har 102 patientjournaler granskats i 56 olika bostäder med särskild service samt inom psykiatrisk hemsjukvård.

För personer med psykisk och/eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning har 36 patientjournaler i 16 olika bostäder med särskildservice samt inom psykiatrisk hemsjukvård granskats. För personer med utvecklingsstörning och fysisk funktionsnedsättning har 66 patientjournaler i 40 olika bostäder med särskild service granskats.

Resultatet av granskningen presenteras i diagrammet nedan.

Diagram 1. Andel granskade patientjournaler inom omsorgsnämndens ansvarsområde som innehöll respektive uppgift.



Diagrammet visar att en stor andel av de granskade patientjournalerna innehöll uppgifterna:

- *patientens problemområden är beskrivna i vårdplanen (97 %)*
- *titeln beskriver innehållet i vårdplanen (97 %)*
- *vårdplanens titel inleds med prefix (98 %)*

- *åtgärden beskriver vilken insats som ska utföras hos patienten (94 %)*

För övriga uppgifter var resultatet mer varierande. Nedan följer en utförligare beskrivning av dessa.

#### *Inskrivningsorsak angiven (38 %)*

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 bostäder med särskild service. De reflekterar inte över inskrivningsorsak utan konstaterar bara att patienten i och med sin plats på ett boende har kontakt med hälso- och sjukvård.

#### *Samtycke registrerat (85 %)*

Registrerat samtycke 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. När kommunen blir producenter till NPÖ måste dock samtycke vara registrerat i samtliga patientjournaler för att dokumentationen ska kunna lämnas till NPÖ så att regionen kan ta del av den.

#### *Insatsen överensstämmer med sökordsinformationen för aktuell åtgärd (82 %)*

Sökordinformationen visar vad som ska dokumenteras under respektive åtgärd. Resultatet vittnar om att legitimerad personal har uppgett den information som de förväntas uppges på respektive åtgärd.

#### *Möjligheten med flera åtgärder till samma problem har använts i vårdplanen (57 %)*

Möjligheten med flera åtgärder till samma problem var en viktig del i införandet av ICF och KVÅ och innebär bland annat att flera yrkesroller av legitimerad personal kan vara involverad i samma vårdplan. En förklaring till resultatet kan vara att legitimerad personal fortfarande är ovana vid att använda sig av denna möjlighet.

#### *Åtgärden är fördelad till den/de som ska utföra insatserna (81 %)*

Med det menas att legitimerad personal måste fördela åtgärden till sig själv och 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 fördelade till den/de som ska utföra insatserna kan vara bristande förståelse, det vill säga att 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.

#### *Uppföljning har utförts på den åtgärd som avses (62 %)*

Att relativt få av de granskade patientjournalerna innehöll denna uppgift behöver inte betyda att uppföljningar av åtgärder inte har utförts. Under utbildningen i dokumentation i kommunens verksamhetssystem Treserva får legitimerad personal lära sig att denna uppgift ska fyllas i om tillståndet hos patienten förändras. Om

uppföljning visar att tillståndet inte har förändrats kan det vara så att legitimerad personal ännu inte dokumenterat några uppföljningar.

### **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 KVA. I Linköpings kommun pågick införandet av ICF och KVA under hösten 2015 vilket innebär att det är relativt nyligen som legitimerad personal började att dokumentera på det här sättet. Resultatet av de granskade patientjournalerna visar att flera av de efterfrågade uppgifterna förekom i stor utsträckning. Samtidigt vittnar resultatet om att det finns delar i dokumentationsarbetet som kan förbättras, såsom uppgifterna *inskrivningsorsak angiven, samtycke registrerat* 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. 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.

Att genomföra en granskning av patientjournaler finns med i omsorgsnämndens kvalitetsuppföljningsplan även för 2017 vilket ger möjlighet att följa upp om resultatet förbättrats sedan denna granskning genomfördes.

Anette Kanon  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Karin Josefsson  
Utredare

Malin Visell  
Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)