

Egenkontroll - Journalgranskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation

Inledning

För att uppfylla kraven i Patientdatalagen SF 2008:355 och Socialstyrelsens föreskrifter journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSFL-FS 2016:40) är verksamheten skyldig att granska hälso- och sjukvårdsdokumentationen årligen.

Syfte och mål

Syftet är att höja kvaliteten i dokumentationen av hälso- och sjukvården genom att:

- identifiera förbättringsområden och genomföra åtgärder i verksamheten.
- Få en lärande process genom den kollegiala granskningen
- identifiera goda exempel och sprida dem i verksamheten.

Metod

- Tid som behöver avsättas för journalgranskningen är ca 3 timmar/grupp.
- Rekommendationen är att alla arbetsterapeuter och sjuksköterskor deltar på egenkontrollen eftersom det är ett tillfälle för reflektion och lärande.
- Dela in medarbetarna i grupper med minst 3 och upp till 6 personer per grupp, gärna tvärprofessionellt.
- Granskningen kräver tillgång till dator och journalsystem, gärna i en lokal med projektor.
- **5 journaler** där både arbetsterapeut och sjuksköterska är involverade i vården väljs ut slumpvis.

Anvisningar

- Läs igenom rutiner och metodstöd om journalföring som finns på hemsidan Hälso- och sjukvård – utförare, [Journalföring och hantering av personuppgifter](#) (Metodstöd Vårdplaner, Vårdplaner och fasta planer, sammanställning, Frastexter, mm).
- Fyll i enhet, månad, år, enhetschef och medverkande i mallen.
- Granska en journal i taget. Använd instruktionerna till journalgranskning som beskriver hur ni ska bedöma. Utifrån frågan och vad som framkommer av granskningen, skriv in 1= ja eller 0=nej i patientens kolumn.
- Under journalgranskningen, Aidentifiera och använd som goda exempel för att kunna användas i ett lärandesyfte.
- Rekommenderat är att egenkontrollen genomför **ca 2-3 ggr per år** för att kunna jämföra resultat och se om förbättringsarbeten gett effekt.
- Handlings/ åtgärdsplan för förbättringsåtgärder ska göras för identifierade brister och ska dokumenteras.

Sammanställning av resultat

- Enhetschef/ Handledare HSL dokumentation ansvarar för att tillsammans med legitimerad personal sammanställa resultatet av journalgranskningen och upprätta en handlingsplan för eventuella förbättringsområdena. För att kunna göra en analys av förbättringsarbetet krävs att en ny egenkontroll genomförs.
- Enhetschef sammanställer och gör en analys kring HSL dokumentation till verksamhetschef.

Mall för journalgranskning HSL-dokumentation

ENHET:
ANSVARIG CHEF:
MEDVERKANDE:

DEL 1. ALLMÄNT

Gå igenom 5 utvalda journaler för patienter med både arbetsterapeut- och sjuksköterskeinsatser med planerade åtgärder fördelade till bas/omvårdnadspersonal

skriv in 1= ja eller 0=nej i patientens kolumn.

Frågeställning:	Pat 1	Pat 2	Pat 3	Pat 4	Pat 5	Antal nej-svar
1. Är samtycken till informationsöverföring HSL mellan vårdgivare dokumenterat i <i>Sekretess/samtyckesmodulen</i> ?						
2.a. Är vårdbegäran dokumenterad?						
2.b. Kan man följa att vårdbegäran har värderats, avslagits eller accepterats?						
3. Är läkarverifierade medicinska diagnoser angivna?						
4. Är personens aktuella aktivitetsförmåga beskrivet under <i>aktivitet/delaktighet</i> ?						
5. Är personens kommunikativa förmåga beskrivet under <i>kommunikation</i> ?						
6. Är personens aktuella funktionstillstånd beskrivet under <i> Kroppsfunktion</i> ?						
7. Är relevanta mätvärden dokumenterade?						
8. Utifrån fråga 4,5 och 6 (status) och de problem och risker som identifierats där, finns vårdplaner upprättade?						
Titta på tre vårdplaner per patient. För att svara ja ska alla tre vårdplaner uppfylla kraven utifrån frågeställningarna nedan.						
9.a. Finns <i>utredning av behov/problem/bedömning</i> beskriven i alla vårdplaner?						
9.b. Finns det en utredande vårdplan som underlag till en behandlande vårdplan?						
10. Finns det ett <i>mål</i> i vårdplanerna?						

11.a. Är den planerade åtgärden tydligt beskriven med <i>vad, när, hur och vem och planerad uppföljning av legitimerad?</i>							
11.b. Vid behandlande vårdplan, finns en riskbedömning dokumenterad?							
12. Under <i>utförd åtgärd/ uppföljning</i> , är åtgärderna uppföljda?							
13. Är inaktuella vårdplaner avslutade?							
14. Under <i>resultat</i> , Finns det beskrivet om man uppnått målet?							
Välj ut tre vårdplaner per patient med åtgärder som ska utföras av omsorgspersonal. För att svara ja ska alla tre							
15. Är den planerade åtgärden tydligt beskriven med <i>vad, när, hur vem och förväntad återkoppling av omvårdnadspersonal?</i>							
16. Är det beskrivet hur uppföljning av den planerade åtgärden ska göras av legitimerad i vårdplanen?							
17. Är åtgärder som ska utföras av omvårdnads/baspersonal fördelade i Treserva?							
18. Finns uppföljning av hälso- och sjukvårdsåtgärden dokumenterat av bas/omvårdnadspersonal?							
19. Är åtgärder som fördelats i Treserva och inte längre är aktuella återkallade?							
Övriga frågor							
20. Är språket lättförståeligt, utan förkortningar och andra svåra begrepp som kan vara svåra för patienten att förstå?							
21. Framkommer det att/hur den enskilde varit delaktig i planering och uppföljning av de åtgärder som gjorts?							
SUMMA							

DEL 2. Informationsöverföring vid fördelad vårdplan/ hälso och sjukvårdsåtgärd till omvårdnadspersonal

Kraven på en god och säker vård måste uppfyllas vid fördelning/ delegering av åtgärder

Hälso- och sjukvårdspersonal får bara fördela/delegera en arbetsuppgift till någon personal om kraven för en god och säker vård uppfylls. Den som fördelar en åtgärd någon annan personal ansvarar för att hen får den kompetens som krävs för att göra uppgiften samt säkerställa att de tagit del av åtgärden.

Diskutera och skriv ner era kommentarer på frågorna nedan:

- Hur säkerställs att personalen har rätt kunskap för att utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärden i fördelad vårdplan på din enhet?
- Hur säkerställer du att baspersonal vet om att du har fördelat en åtgärd?
- Diskutera och skriv gärna ner goda exempel

Om ni inte kan svara på hur det går till och att det är säkerställt behöver detta ingå i handlingsplanen för förbättringsåtgärder.

Bilaga 1. Instruktioner för bedömning i egenkontrollen Journalgranskning

Frågeställning:	Vägledande instruktion och exempel för bedömning
<p>1. Är samtycken till informationsöverföring HSL till annan person eller mellan vårdgivare dokumenterat i <i>Sekretess/samtyckesmodulen</i>?</p>	<p>Följande samtycken är obligatoriska för legitimerad personal att efterfråga och dokumentera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samtycke till informationsöverföring till annan person, att närstående får informeras om patientens hälsotillstånd och aktuella behandlingar. Vilka individer som samtycket gäller för ska framgå. Muntligt och skriftligt • Samtycke till informationsöverföring mellan vårdgivare som ansvarar för patientens hälso- och sjukvård. • Samtycke till NPÖ (nationell patientöversikt) • Samtycke till att närstående får ta del av patientens journal. Vilka individer som samtycket gäller för ska framgå. <p>Dokumenterade samtycken gäller tills annat framkommer. Återkallade samtycken ska också dokumenteras.</p>
<p>2.a. Är vårdbegäran dokumenterad?</p>	<p>Hälso- och sjukvårdsprocessen inleds med steget ”ta emot vårdbegäran”. En vårdbegäran är en förfrågan om att få ett behov av hälso- och sjukvård tillgodosett. Kan komma via remiss, telefonsamtal eller Lifecare.</p>

Bilaga 1. Instruktioner för bedömning i egenkontrollen Journalgranskning

<p>2.b. Kan man följa att vårdbegäran har värderats, avslagits eller accepterats dvs lett till ett vårdåtagande?</p>	<p>Det ska framgå i journalen är hanterad enligt följande delar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Värderas • Bedömas • Accepteras (dvs lett till ett vårdåtagande) eller avslås,
<p>3. Är läkarverifierade medicinska diagnoser angivna?</p>	<p>Det ska finnas aktuella och tidigare diagnoser verifierad av läkare. Källan (ex. NPÖ eller epikris) till uppgifterna ska vara angiven.</p>
<p>4. Är personens aktuella aktivitetsförmåga beskrivet under <i>aktivitet/delaktighet</i>?</p>	<p>Får man en tydlig bild av patientens aktivitets- och funktionsförmåga när man läser under aktivitet/delaktighet? Både vad personen klarar och inte klarar. Gör även en bedömning om det stämmer med er bild av hur personen fungerar idag?</p>
<p>5. Är personens kommunikativa förmåga beskrivet under <i>kommunikation</i>?</p>	<p>Finns det beskrivet hur personen kommunicerar genom ex, språk, tecken, symboler, läsa, skriva och om kommunikationshjälpmedel används?</p>
<p>6. Är personens aktuella funktionstillstånd beskrivet under <i>kroppsfunktion</i>?</p>	<p>Får man en tydlig bild av patientens kroppsstrukturer och funktioner när man läser under kroppsfunktion? Både vad som fungerar och inte fungerar. Stämmer den med er bild av hur personen fungerar idag?</p>
<p>7. Är relevanta mätvärden dokumenterade?</p>	<p>Läs i journalen och skapa dig en bild av patientens problem och risker som finns dokumenterade. Finns relevanta mätvärden dokumenterade, se ikonerna mätvärden?</p>
<p>8. Utifrån fråga 4,5 och 6 (status) och de problem och risker som identifierats där, finns vårdplaner upprättade?</p>	<p>För återkommande problem där åtgärder sätts in ska vårdplan upprättas. Ex om personen har svamp i ljumsken som behandlas med salva ska det dokumenteras i vårdplan och inte direkt under status. Finns det vårdplaner för alla återkommande problem och risker som framkommer i status?</p>
<p>Titta på tre vårdplaner. För att svara ja ska alla tre vårdplaner uppfylla kraven utifrån frågeställningarna nedan.</p>	

Bilaga 1. Instruktioner för bedömning i egenkontrollen Journalgranskning

9.a. Finns <i>utredning av behov/problem/bedömning</i> beskriven i alla vårdplaner?	Finns en sammanfattande beskrivning av den utredning och bedömning som gjorts (Ex resultat från ADL-bedömning, smärtskattning, sårskattning, nutritionsutredning) som ger ett underlag för den eller de planerade åtgärderna?
9.b. Finns det en utredande vårdplan som underlag till behandlande vårdplan?	
10. Finns det ett <i>mål</i> i vårdplanerna?	Utifrån problem/ bedömning finns det ett mål, dvs ett förväntat resultat beskrivet? Ex att kunna gå självständigt gå till toaletten, att självständig kunna inta sin medicin.
11.a. Är den planerade åtgärden tydligt beskriven med vad, när, hur vem och hur återkoppling av omvårdnadspersonal (när det är aktuellt) ska ske och planerad uppföljning av legitimerad?	Under planerad åtgärd, framgår det vad som ska göras, när det ska göras, hur det ska göras och vem/ kompetens som ska utföra åtgärden?
11.b. Vid behandlande vårdplan, finns riskbedömning dokumenterad?	
12. Under <i>utförd åtgärd/ uppföljning</i> , är åtgärderna uppföljda?	Framgår det att planerade åtgärder har utförts och hur de har fungerat?
13. Är inaktuella vårdplaner avslutade?	Är vårdplaner som man inte dokumenterat i under det senaste halvåret avslutade? Har man skapat ny vårdplan vid ny riskbedömning av senior alert eller vid nytt problem?
14. Under <i>resultat</i> , Finns det beskrivet om man uppnått målet?	Titta på 3 avslutade vårdplaner. Kan man se om det finns en beskrivning av måluppfyllelse kopplad till målet. Läs i journalen om status är uppdaterat utifrån måluppfyllelsen = resultatet.
Välj ut tre vårdplaner med åtgärder som ska utföras av baspersonal. För att svara ja ska alla tre vårdplaner uppfylla kraven utifrån frågeställningarna nedan.	

Bilaga 1. Instruktioner för bedömning i egenkontrollen Journalgranskning

<p>15. Är den planerade åtgärden tydligt beskriven med <i>vad, hur, vem, när och förväntad återkoppling av omvårdnadspersonal??</i></p>	<p>Följande ska framgå: Vad: Vilken uppgift som ska utföras Hur: Hur uppgiften ska genomföras och ev. om den ska signeras Vem: Om all baspersonal får utföra uppgiften eller om det kräver delegering eller särskild utbildning/handledning När: Hur ofta och eventuellt dag och tid uppgiften ska utföras. Uppföljning: Finns det uppgifter om när och vad baspersonal förväntas dokumentera skriftligt i vårdplanen angående uppföljning.</p> <p>När direktkontakt ska tas av omvårdnadspersonal. Finns viktiga iakttagelser och förändringar i vårdplan, samt om åtgärden inte har genomförts enligt instruktion</p>
<p>16. Är det beskrivet hur uppföljning av den planerade åtgärden ska göras av legitimerad i vårdplanen?</p>	<p>Är det angivet när planerad uppföljning ska ske av legitimerad personal. Exempel om fyra veckor eller om tre månader.</p>
<p>17. Är åtgärder som ska utföras av omvårdnads/baspersonal fördelade i Treserva?</p>	
<p>18. Finns uppföljning av hälso- och sjukvårdsåtgärden dokumenterat av bas/omvårdnadspersonal?</p>	<p>I de fall legitimerad personal efterfrågat skriftlig uppföljning, finns det som efterfrågats?</p>
<p>19. Är åtgärder som fördelats i Treserva och inte längre är aktuella återkallade?</p>	<p>Legitimerad personal ska återkalla, ta bort fördelningen för icke aktuella åtgärder. Kontrollera att det är gjort.</p>
<p>Övrigt</p>	
<p>20. Är språket lättförståeligt, utan förkortningar och andra svåra begrepp som kan vara svåra för patienten att förstå?</p>	<p>Patienten har rätt att få ta del av sin journal och den ska därför vara lätt att förstå. Uppfyller journalen detta krav?</p>
<p>21. Framkommer det att/hur den enskilde varit delaktig i planering och uppföljning av de åtgärder som gjorts?</p>	<p>Det finns inget sökord för detta utan ska finnas med i dokumentationen. Läs journalen. Finns det dokumentation som beskriver vad den enskilde tycker, upplever och tänker.</p>