

Marie Norlén
Rita Sjöström

Uppföljning sjukgymnaster och fysioterapeuter 2018

Dnr: RS/141/2019
Marie Norlén
Rita Sjöström

Marie Norlén
Rita Sjöström

1	Sammanfattning	5
2	Inledning	6
2.1	Bakgrund, omfattning och avgränsning	6
2.2	Ansvariga granskare	7
2.3	Genomförande	7
3	Vårdform	8
3.1	”Nationella taxan”	8
3.2	Hälsoval Region Jämtland Härjedalen	9
4	Lagstiftning patientdata	9
4.1	Uppgift om patientens identitet	10
4.2	Uppgifter om bakgrunden till vården	11
4.3	Ställd funktionsdiagnos, betydande åtgärder	11
4.4	Planerade åtgärder	11
4.5	Information som lämnats till patienten	12
4.6	Vem som gjort en viss anteckning	12
4.7	Patientjournals innehåll enligt HSLF-FS 2016:40	12
4.8	Språket i patientjournaler	13
4.9	Patientsäkerhetslag	13
5	Granskningar	14
5.1	Vårdgivare 1	14
5.1.1	Allmänt om mottagningen	14
5.1.2	Journaldokumentation – iakttagelser	14
5.1.3	Bedömning	14
5.1.4	Avstämning fakturaunderlag, tidbok och journal	15
5.2	Vårdgivare 2	15
5.2.1	Allmänt om mottagningen	15

Marie Norlén
Rita Sjöström

5.2.2	Journaldokumentation – iakttagelser	15
5.2.3	Bedömning	16
5.2.4	Avstämning fakturaunderlag, tidbok och journal	17
5.3	Vårdgivare 3	17
5.3.1	Allmänt om mottagningen	17
5.3.2	Journaldokumentation – iakttagelser	17
5.3.3	Bedömning	18
5.3.4	Avstämning fakturaunderlag, tidbok och journal	19
5.4	Vårdgivare 4	19
5.4.1	Allmänt om mottagningen	19
5.4.2	Journaldokumentation – iakttagelser	19
5.4.3	Bedömning	20
5.4.4	Avstämning fakturaunderlag, tidbok och journal	20
5.5	Vårdgivare 5	21
5.5.1	Allmänt om mottagningen	21
5.5.2	Journaldokumentation – iakttagelser	21
5.5.3	Bedömning	21
5.5.4	Avstämning fakturaunderlag, tidbok och journal	22
5.6	Vårdgivare 6	22
5.6.1	Allmänt om mottagningen	22
5.6.2	Journaldokumentation - iakttagelser	22
5.6.3	Bedömning	23
5.6.4	Avstämning besök och journal	23
5.7	Vårdgivare 7	24
5.7.1	Allmänt om mottagningen	24
5.7.2	Journaldokumentation – iakttagelser	24
5.7.3	Bedömning	25

Marie Norlén
Rita Sjöström

5.7.4	Avstämning besök och journal	25
5.8	Vårdgivare 8	26
5.8.1	Allmänt om mottagningen	26
5.8.2	Journaldokumentation – iakttagelser	26
5.8.3	Bedömning	27
5.8.4	Avstämning besök och journal	27
5.9	Vårdgivare 9	28
5.9.1	Allmänt om mottagningen	28
5.9.2	Journaldokumentation – iakttagelser	28
5.9.3	Bedömning	28
5.9.4	Avstämning besök och journal	28
5.10	Vårdgivare 10	29
5.10.1	Allmänt om mottagningen	29
5.10.2	Journaldokumentation – iakttagelser	29
5.10.3	Bedömning	30
5.10.4	Avstämning besök och journal	30
5.11	Allmänt för samtliga granskade	30

Marie Norlén
Rita Sjöström

1 Sammanfattning

Region Jämtland Härjedalens beställarenheten har gett i uppdrag att följa upp ett urval av fem sjukgymnaster/fysioterapeuter verksamma enligt nationella taxan samt fem sjukgymnaster/fysioterapeuter inom Hälsoval Region Jämtland Härjedalen (Primärvården).

Uppdraget har utförts av anställda inom Forsknings-, utbildnings- och utvecklingsavdelningen (FoUU). Uppföljningen är gjord genom journalgranskning och uppdraget har varit att säkerställa journaldokumentation, kontroller av tidbok samt verifiera att fakturaunderlag är korrekta sett till behandling och belopp.

Granskningen har tagit sin utgångspunkt i delar av de bestämmelser om journalföring som finns i patientdatalagen¹ och Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården² samt i delar av patientsäkerhetslagen³. Granskningen har omfattat vårdgivarnas journaldokumentation avseende patientens identitet, anamnes, status, funktionsdiagnos, behandlingsplan och mål, behandlingsåtgärder och omfattning samt krav i övrigt som gäller för god journalföring. Granskningen har också gjorts av överensstämmelsen mellan begärd ersättning och dess motsvarighet i journaldokumentation. Värdering av medicinsk nytta av vald behandlingsinsats har inte ingått i granskningen.

En patientjournal är en informationskälla för;

- patienten
- uppföljning och utveckling av verksamheten
- tillsyn och rättsliga krav
- uppgiftsskyldighet enligt lag
- forskning

Granskningen har utgått ifrån tre nivåer vilka är föredömlig, tillfredställande och bristande journalföring.

I denna granskning uppvisar tre av vårdgivarna en föredömlig journalföring. Fem vårdgivare uppvisar ett tillfredsställande resultat även om det finns förbättringsområden. För två av vårdgivarna finns tydliga brister i journalföringen i de granskade journalerna.

1 <http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientdatalag>

2 <https://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2016-40>

3 <http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag>

Marie Norlén
Rita Sjöström

Det som generellt saknas i journalerna är:

- Information som lämnats till patienten och om ev. ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ
- Målsättning och syfte med behandling
- Långsiktig behandlingsplan
- Diagnoskodsregistrering (finns hos en vårdgivare)
- Slutanteckning

Det saknades journaldokumentation för ett stort antal besök hos tre av vårdgivarna.

2 Inledning

2.1 Bakgrund, omfattning och avgränsning

Landstingets revisionskontor genomförde i slutet av år 2012 en granskning för att ta reda på om dåvarande landstingsstyrelsen hade en tillfredsställande intern kontroll vid utbetalning av ersättning till privata vårdgivare med ersättning enligt nationella taxan. Resultatet av revisionen visade bland annat att det saknades kontroller gentemot patientjournaler hos vårdgivaren.

På uppdrag av landstingsstyrelsen genomfördes så en granskning 2013 av 10 vårdgivare som fick ersättning enligt Lagen om sjukgymnastersättning (1993:1652).

Utifrån resultatet av den granskningen beslutade dåvarande landstingsstyrelse om; *Regler för granskning av vårdgivare verksamma inom den nationella taxan*, LS/494/2014. I dokumentet under kapitel 4.2 finns beskrivet vad som kan föranleda granskning och i februari 2015 har stickprovskontroller genomförts hos ytterligare tio fysioterapeuter (leg sjukgymnast).

År 2016/2017 och 2018 har återigen stickprovskontroller genomförts hos tio fysioterapeuter verksamma inom den nationella taxan och hos tio fysioterapeuter inom Hälsoval Region Jämtland Härjedalen (Primärvården). Urvalskriterier är i första hand patienter som erhållit mer än 15 behandlingar under perioden 2017-09-01 – 2018-08-31.

Syftet med granskningen är att:

- Utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv kontrollera att vårdgivarna följer patientdatalagen vid journalföring
- Verifiera att tidbok, journalanteckningar stämmer överens med fakturaunderlag och är korrekta
- Bidra till ett ökat lärande bland fysioterapeuter/sjukgymnaster.

Marie Norlén
Rita Sjöström

2.2 Ansvariga granskare

Marie Norlén, leg sjuksköterska med lång erfarenhet inom hälso- och sjukvård som sjuksköterska, chef, kvalitetssamordnare och verksamhetsutvecklare. Arbetat på Sveriges kommuner och landsting (SKL) i 5 år med nationella uppdrag inom Vårdgaranti och tillgänglighet inom hälso- och sjukvård inkl. Standardiserade vårdförlopp inom cancervården. Nuvarande anställning inom FoUU, Region JH.
Rita Sjöström, leg sjukgymnast, specialist i primär hälso- och sjukvård samt disputerad inom hälsovetenskap. Lång erfarenhet som leg sjukgymnast i primärhälsovård och rehabiliteringsmedicin. Nuvarande anställning som vetenskaplig handledare och universitetslektor inom FoUU, Region JH.

2.3 Genomförande

Beställarenheten skickade under hösten 2018 ut ett brev via e-post till samtliga privata sjukgymnaster/fysioterapeuter verksamma enligt den nationella taxan och enhetschefer verksamma inom Hälsoval Region Jämtland Härjedalen (Primärvården). Brevet innehöll bakgrund till granskningen och praktisk information inför granskningen.

Beställarenheten valde slumpmässigt ut fem vårdgivare inom den nationella taxan samt fem vårdgivare ur hälsovalet och tio patienter per vårdgivare. Granskarna kontaktade respektive sjukgymnast/fysioterapeut via telefon/mail för information och inbokning av besök för granskning. Brev med information om granskningen och bekräftelse på dag och tid skickades sedan ut.

Den metod som använts vid granskningen år 2018 är den metod som användes vid de tidigare granskningarna.

En mall med kontrollpunkter har använts vid granskningen, utgångspunkterna i den mallen är vald utifrån bestämmelser i Patientdatalagen, Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården samt delar av patientsäkerhetslagen.

Inga handlingar har av granskarna lämnat vårdgivarnas mottagningar och granskarna omfattas av sekretess.

Innan rapporten publicerats har en avstämning med vårdgivarna genomförts, så att inga uppgifter tillkommit efter besöket. Återkoppling till chefer har också utförts.

Marie Norlén
Rita Sjöström

3 Vårdform

3.1 "Nationella taxan"

År 1996 tog landstingen/regionerna över ansvaret för administration och utbetalningar av ersättning till privata vårdgivare från Försäkringskassan.

Sedan 2009 har landsting och regioner rätt att inhämta upplysningar samt ta del av patientjournal som behövs för kontroll av begärd ersättning från respektive sjukgymnast/fysioterapeut på nationella taxan. Vårdgivarnas verksamheter regleras i särskild lag och ersättningarna regleras i förordningen som uppdateras varje år;

Lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi

Vad gäller verksamhetsuppföljning anges i lagens 25 § att;

En fysioterapeut som begär ersättning enligt denna lag ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Fysioterapeuten ska årligen till landstinget lämna en redovisning med uppgifter om mottagningens personal och medicintekniska utrustningar samt om utförda behandlingsåtgärder och antalet patientbesök.

Fysioterapeuten ska på begäran av landstinget lämna upplysningar och visa upp patientjournal samt övrigt material som rör behandling av en patient och som behövs för kontroll av begärd ersättning. Lag (2009:80).

Lagen formulerar följande kring enkelt, normalt och särskilt arvode i 16 §:

Normalarvodet är ett enhetligt arvode för den huvudsakliga delen av behandlingarna i verksamheten. Normalarvodet baseras på beräknade mottagningskostnader och årlig besöksvolym i fysioterapeutisk verksamhet. Enkelt arvode är ett lägre arvode för enklare undersökningar och behandlingar. Åtgärder som är särskilt tids- eller kostnadskrävande ersätts med ett högre, särskilt arvode.

Förordning (1994:1120) om ersättning för fysioterapi

Denna förordning gäller vid fysioterapi enligt lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi. Av lagen följer att vissa fysioterapeuter har rätt till förhöjda arvoden.

I förordningens 3 § är de olika arvodeskategorierna beskrivna;

Arvodeskategori B avser ensampraktiserande eller samverkande fysioterapeuter med assisterande personal, flera behandlingsrum och kvalificerad utrustning. Arvodeskategori A avser övriga fysioterapeuter.

I förordningens 7 § framgår att;

För de särskilt tids- eller kostnadskrävande åtgärder som anges i andra stycket lämnas särskilt arvode med högst 977 kronor för arvodeskategori A och högst 859 kronor för arvodeskategori B. Särskilt arvode lämnas under förutsättning att den tid som går åt för denna åtgärd i direkt kontakt med patienten i genomsnitt

Marie Norlén
Rita Sjöström

överstiger 50 minuter per besök under en kalendermånad för arvodeskategori A och 40 minuter per besök under en kalendermånad för arvodeskategori B.

Särskilt arvode lämnas för specifika insatser till

1. patienter med psykisk ohälsa eller psykosomatiska problem,
2. patienter med sjukdomar eller skador i andningsorganen eller i cirkulationssystemet,
3. patienter med sjukdomar eller skador i nervsystemet,
4. patienter med smärttillstånd eller funktionshinder på grund av reumatisk sjukdom,
5. patienter med skador eller sjukdomar i rörelsesystemet,
6. barn och ungdomar med funktionshinder eller sjukdom, och
7. äldre med åldersrelaterade fysiska eller psykiska funktionshinder.

3.2 Hälsoval Region Jämtland Härjedalen

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV)

Enligt hälso- och sjukvårdslagen blev det år 2010 obligatoriskt att införa vårdval i primärvård i enlighet med LOV. I Region Jämtland Härjedalen har vi valt att kalla systemet för hälsoval och innebär att vårdgivare, oavsett driftform, har rätt att ansöka om och vid ett godkännande få starta hälsocentral i länet. Patienterna ska erbjudas en god och säker vård med hög tillgänglighet så att de känner trygghet och har förtroende för vården. Genom det individuella valet av utförare följer en ersättning till vårdgivaren för hela primärvårduppdraget.

Besöksersättning för behandling hos sjukgymnast/fysioterapeut inom hälsovalet utgår inte annat än att de får behålla patientavgiften. Kompensation för kostnadsfria besök utgår ej.

Uppföljning av verksamheten åvilar verksamhetschefen men i förfrågningsunderlag Hälsoval Region Jämtland Härjedalen kap 5.1 framkommer att vårdgivaren ska lämna/tillhandahålla de uppgifter som regionen anser sig behöva för att följa upp och kontrollera:

- att verksamheten bedrivs enlighet med förfrågningsunderlaget och de mål och riktlinjer som regionen fastställt
- att vårdgivarens säkerhets- och kontrollsystem är tillräckliga
- att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt

Samtliga vårdgivare inom hälsovalet registrerar och bokar besök i vårddokumentationssystemet Cosmic.

4 Lagstiftning patientdata

Enligt 3 kap. 1 § patientdatalagen ska det föras en patientjournal vid vård. Patientjournal ska alltså föras vid all hälso- och sjukvård. Dokumentationsskyldigheten är densamma inom offentlig och enskild vård.

Marie Norlén
Rita Sjöström

Patientjournalen är av grundläggande betydelse för vård- och behandlingsarbetet inom hälso- och sjukvården. För patientsäkerheten kan det vara helt avgörande att olika åtgärder dokumenteras. Syftet med att föra patientjournal (3 kap. 2 § patientdatalagen) 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
- forskning

Patientjournalen är främst ett arbetsinstrument för den som ansvarar för patientens vård (prop. 2007/08:126 s. 89 ff.), men även någon som inte har träffat patienten tidigare ska kunna använda den för att bedöma vilka åtgärder som kan behöva vidtas. En väl förd patientjournal har stor betydelse för patientsäkerheten och ökar tryggheten för personal inom hälso- och sjukvården.

I journalen ska antecknas den vård och behandling som ges patienten. Det ska också framgå vilken information som lämnats till patienten. I en patientjournal ska det vara lätt att följa vilka bedömningar och överväganden som gjorts liksom eventuella komplikationer som förekommit samt prognosen för den utförda behandlingen. En bra journalföring minskar risken för onödiga missförstånd om vården ifrågasätts eller om någon annan tar över ansvaret för en behandling. Journalen har även betydelse för patienten själv som genom journalen får insyn i den vård och behandling han eller hon erhållit.

Patientjournalen används även för att dokumentera sjukdomar eller skador i skadestånds- och försäkringssammanhang och de används inte sällan i flera år efter att skadan eller sjukdomen inträffade. Uppgifterna i patientjournalen kan alltså få både rättslig och ekonomisk betydelse för patienten. Därför är det synnerligen viktigt att dokumentationen är noggrann och korrekt. I Patientdatalagens 3 kap. 6 § framgår att: En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten.

4.1 Uppgift om patientens identitet

Socialstyrelsen har meddelat föreskrifter vad avser uppgifter om patientens identitet m.m. I 5 kap. 3 § HSLF-FS 2016:40 framgår att rutinerna för dokumentation av patientuppgifter ska säkerställa att:

- dokumentationen förses med en entydig personidentifikation
- en patients senast kända adress eller andra kontaktuppgifter finns angivna
- namnet på den person som svarar för en viss journaluppgift samt även dennes befattning finns angiven
- tidpunkten för varje vårdkontakt som en patient ska ha/har haft finns angiven.

Marie Norlén
Rita Sjöström

4.2 Uppgifter om bakgrunden till vården

I journalen ska anamnesen och patientens sjukdomshistoria framgå. Omfattningen varierar starkt från fall till fall och beror i hög grad på vad patienten söker för.

En annan viktig uppgift är beskrivningen av orsaken till vårdkontakten. De bildar gemensamt utgångspunkt för en kedja av vårdbeslut om patienten. I efterhand är de därför viktiga som förklaring av hela vårdepisodens förlopp.

Andra förhållanden som i vissa vårdsituationer kan behöva dokumenteras i journalen är uppgifter om ärftlighet, sociala förhållanden, alkohol- och kostvanor, tidigare och nuvarande sjukdomar, den senaste sjukdomsutvecklingen och pågående medicinering.

Med hänsyn till vad som sägs i 1 kap. 2 § andra stycket i Patientdatalagen om respekten för patientens integritet är det emellertid viktigt att sådana uppgifter, vilka ofta är av integritetskänslig natur, inte slentrianmässigt förs in i journalen. Endast om uppgifterna verkligen behövs för att tillförsäkra patienten en god vård och behandling finns anledning att ta med dessa i journalen.

Innan diagnos ställs upprättas ofta en status över patienten. Det är en beskrivning över patientens allmäntillstånd och olika yttre iakttagelser om patienten.

Status och resultatet av undersökning antecknas i journalen om uppgifterna är av fortsatt betydelse för den fortsatta vården och behandlingen.

4.3 Ställd funktionsdiagnos, betydande åtgärder

Att ställa diagnos innebär att man fastställer vilken sjukdom patienten lider av eller vad det är för typ av skada som patienten fått. Rätten att ställa diagnos inom hälso- och sjukvårdens område är inte reglerad i någon författning. I allmänhet är det dock läkare (eller tandläkare) som gör det. I praktiken kan dock all sjukvårds- och tandvårdspersonal som har tillräcklig kunskap om en sjukdom, ett funktionshinder eller en skada, ställa diagnos inom ramen för sin yrkeskompetens. I journalen ska man anteckna vilket resultat man kommit fram till när det gäller de symtom som patienten uppvisar. Enligt 5 kap. 2§ HSLF-FS 2016:40 ska vårdgivaren säkerställa att uppgifterna i en patientjournal är entydiga och detta kan göras genom att använda diagnoskodsregistrering.

4.4 Planerade åtgärder

”Betydande åtgärder” ska dokumenteras. Kravet på dokumentation gäller inte samtliga åtgärder som kan förekomma vid vården utan endast sådana som är mera avgörande för resultatet av vården. Vad som dokumenteras varierar också starkt mellan olika yrkesgrupper. Avgörande för vad som behöver dokumenteras är vad som kan hända framöver i fråga om olika yrkesutövares kontakt med patienten.

Marie Norlén
Rita Sjöström

Upprättande av en **behandlingsplan** med angivna **behandlingsmål** är ett sätt att tydliggöra det förväntade resultatet av vården.

Även patienten och tillsynsmyndigheten måste i efterhand kunna se och bedöma om de vidtagna och planerade åtgärderna stod i överenskommelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Därför får inte dokumentationen vara alltför övergripande och intetsägande. Brister i dokumentationen kan innebära rättssäkerhetsrisker för patienten.

4.5 Information som lämnats till patienten

Bestämmelsen innebär att man i journalen ska anteckna uppgift om den information som lämnats till patienten, om de ställningstaganden som gjorts av val av behandlingsalternativ och om möjligheterna till en förnyad medicinsk bedömning. Särskilt viktigt är att i journalen dokumentera de resonemang som lett fram till val av behandlingsalternativ. Det måste framgå av journalen i vilken utsträckning patienten informerats om svårare biverkningar av eller risker med viss medicinsk behandling.

4.6 Vem som gjort en viss anteckning

Journalen ska alltid innehålla uppgift om vem som gjort en viss anteckning och när anteckningen i journalen skedde. Uppgifter ska föras in i journalen så snart det kan ske. Helst bör det inte gå någon längre tid mellan den händelse som anteckningen redovisar (händelsedatum) och den tid då anteckningen sker (dokumentationsdatum). Ett tillsynsbeslut 24 november 2008 styrker detta och där anges tiden som 48 timmar. Både händelsedatum och dokumentationsdatum ska framgå av journalen. Om journalen förs av en enda person är det tillräckligt att denne anges på ett ställe i journalen.

4.7 Patientjournals innehåll enligt HSLF-FS 2016:40

Socialstyrelsen har i föreskrift 2016:40 meddelat vad en patientjournal ska innehålla utöver vad som framgår av 3 kap. i Patientdatalagen.

I 5 kap. 5 § HSLF-FS 2016:40 framgår att rutinerna för dokumentation av patientuppgifter ska säkerställa att en patientjournal, utöver vad som krävs enligt 3 kap. 5-8 och 11 § i Patientdatalagen, i förekommande fall innehåller; uppgifter om aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar, uppgifter om ordinationer av t.ex. läkemedel och olika behandlingar, uppgifter som förskrivningsorsak vid ordination av läkemedel, undersökningsresultat, uppgifter om överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen, uppgifter om vårdhygienisk smitta samt epikris och andra sammanfattningar av genomförd vård.

I 5 kap. 5 § HSLF-FS 2016:40 framgår att rutinerna för dokumentation av patientuppgifter även ska säkerställa att patientjournalen innehåller; uppgifter om lämnade samtycken, uppgifter om patientens egna önskemål vad avser vård och

Marie Norlén
Rita Sjöström

behandling, de uppgifter som behövs för att tillgodose sårbarhet avseende de medicintekniska produkter som har förskrivits till, utlämnats till eller tillförts en patient, utfärdade intyg, och remisser och andra inkommande och utgående uppgifter samt uppgifter om vårdplanering.

4.8 Språket i patientjournaler

I Patientdatalagens 13 § anges att de journalhandlingar som upprättas inom hälso- och sjukvården ska vara skrivna på svenska språket, vara tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå för patienten.

4.9 Patientsäkerhetslag

Patientsäkerhetslagen (2010:659) syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt. Vidare anges i § 6 att den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient bl.a. ska se till att patienten ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.

Mötet mellan vårdare och patient är kärnan i hälso- och sjukvårdens verksamhet. Det är i dessa uppdrag som vårdens centrala uppdrag utförs. Det är i samspelet mellan patient och vårdpersonal som vårdbehov identifieras och beslut om diagnostik, behandling och rehabilitering fattas. Den samlade kunskapen visar att ett patientcentrerat arbetssätt och en delaktig patient har en positiv inverkan på vårdens resultat. Det gäller bland annat följsamhet till vårdens rekommendationer, behandlingsresultat vid till exempel kroniska sjukdomar och patientens tillfredsställelse med vården. Det är därför viktigt att genom individuellt anpassad information förmedla kunskap, förståelse och insikt om hälsotillstånd, diagnos och metoder för undersökning och behandling. I information om metoder ingår även vilka biverkningar och risker som finns, förväntade effekter eller följdverkningar av olika behandlingsmetoder. Informationen behöver fyllas på, förtydligas, upprepas och följas upp under hela vårdprocessen.

Marie Norlén
Rita Sjöström

5 Granskningar

5.1 Vårdgivare 1

5.1.1 Allmänt om mottagningen

Vårdgivaren har en A-mottagning med tillgång till undersökningsrum och träningslokal/gym. Vårdgivaren uppbar särskilt arvode för rörelseorganens sjukdomar.

5.1.2 Journaldokumentation – iakttagelser

Vårdgivaren använder elektronisk journal. Tidbok finns i pappersform. Akupunkturbehandling dokumenteras i befintlig journal. Det är tydligt dokumenterat om besöket är ett nybesök eller återbesök. Det är inte lika tydligt dokumenterat om det är en slutanteckning. Det saknas en sammanfattning av behandlingen, om det är en längre behandlingsserie, eller om det är en behandlingsöverföring till annan fysioterapeut. Samtliga journaler innehåller så gott som alla uppgifter som enligt denna gransknings kontrollpunkter skall finnas. Det gäller anamnes, status, diagnos med diagnoskodsregistrering, åtgärd, behandlingsplan och mål, information om regim till patienten, utvärdering inklusive effekter av vald behandling samt dokumentation om läkarkontakt. Utvärderingen sker i både subjektiva och objektiva mått, men kunde vara tydligare i hur patienten upplever behandlingen. Vad gäller dokumentation av träningsprogram i journalen, behöver det bli tydligare dokumenterat angående repetitioner, serier och belastning.

Det område det saknas tydlig dokumentation kring är den information som lämnats till patienten och/eller om de ställningstaganden som gjorts ifråga om val av behandlingsalternativ.

5.1.3 Bedömning

Vårdgivaren uppvisar en föredömlig journalföring. Journalens innehåll överensstämmer med några få undantag, med det innehåll som enligt denna gransknings upplägg ska finnas dokumenterat. Förbättringsområden är att dokumentera på ett tydligare sätt information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts av val av behandlingsalternativ. Förbättringsområden är också att på ett tydligt sätt dokumentera träningsprogram i journalen. Det behövs en tydlig dokumentation om besöket är ett avslutande besök.

Marie Norlén
Rita Sjöström

5.1.4 Avstämning fakturaunderlag, tidbok och journal

Redovisning per journal, av antal åtgärder som debiterats Region Jämtland Härjedalen för perioden och i vilken utsträckning dessa motsvaras av journalanteckning, se nedan. Stickprov har gjorts vad gäller antal poster i tidbok relaterat till antal fakturerade besök, inga avvikelser.

JOURNAL	ANTAL ÅTGÄRDER ENLIG FAKTURA UNDERLAG	ANTAL JOURNAL ANTECKNINGAR ENLIGT JOURNAL	ANTAL AVVIKELSER FAKTURA JMF JOURNALANT
1	19	18	1
2	22	20	2
3	16	16	0
4	20	20	0
5	30	30	0
6	32	30	2
7	43	43	0
8	25	25	0
9	21	20	1
10	20	20	0
Summa	248	242	6

5.2 Vårdgivare 2

5.2.1 Allmänt om mottagningen

Vårdgivaren har en A-mottagning. Mottagningen har ett undersökningsrum. Vårdgivaren uppbär särskilt arvode för rörelseorganens sjukdomar.

5.2.2 Journaldokumentation – iakttagelser

Vårdgivaren använder elektronisk journal och tidbok. Akupunkturbehandling dokumenteras i befintlig journal.

Det finns dokumenterat i varierande omfattning i de granskade journalerna, anamnes, status, åtgärder, kortsiktig behandlingsplan och utvärdering av vald behandling samt kontakt med läkare eller kontakt med annan vårdgivare. Diagnos i sex av 10 journaler. Vad gäller utvärdering och effekter av vald behandling är detta knapphändigt beskrivet och mer i generella termer som t ex "bättre i nacken" "mindre/mer smärta". Det finns i några journaler dokumenterat gradtal av rörelseomfång med goniometer.

Ingen av de granskade journalerna innehåller långsiktig behandlingsplan inte heller mål eller syfte med behandling. Det saknas uppgifter om vilken information som

Marie Norlén
Rita Sjöström

lämnats till patienten och/eller om de ställningstagande som gjorts ifråga om val av behandlingsalternativ. Det saknas tydlig dokumentation om bieffekter och risker med behandling.

Det är dokumenterat om det är ett nybesök eller daganteckning men det saknas tydlig dokumentation för slutanteckning. Det saknas summering om det är ett längre behandlingssuppehåll. Det saknas också summering om det är en överföring av patient till annan terapeut. Dokumentationen sker inte alltid vid besöket, dokumentationen kan ske sporadiskt under hela behandlingssomgången. Det finns en sammanfattning av flera patientbesök i en och samma notering och då mycket senare än när besöken utförts. I de granskade journalerna är det vid flera tillfällen långt mellan besök och när dokumentation skett i journal. Flertalet patienter har långa behandlingsserier, med mångårig behandlingskontakt utan sammanfattning av behandlingsresultat.

5.2.3 Bedömning

Journalerna innehåller dokumentation av kortfattad anamnes, status, diagnos och vidtagna åtgärder. Med den knapphändiga dokumentation som finns kan inte journalerna sägas möta lagens krav på tydlig utformning. Genom den knapphändiga dokumentationen kan inte heller syftet med att föra patientjournal, dvs. att bidra till en god och säker vård av patienten, sägas vara uppfyllt. Inte heller kan de genomgångna journalerna sägas motsvara lagtexten som anger att en patientjournal är en informationskälla för patient, uppföljning och utveckling av verksamheten, tillsyn och rättsliga krav, uppgiftsskyldighet enligt lag, samt forskning.

Vad gäller vald behandling är det av största vikt att patienten är informerad om syftet med behandlingen och att patienten är informerad om ev. risker och att det dokumenteras. Upprättande av behandlingsplan och behandlingsmål kan vara ett sätt att säkerställa denna information. Dessutom ska patienten informeras om ev. andra behandlingsalternativ. Även denna information ska dokumenteras, i detta avseende möter inte vårdgivaren lagstiftningens krav. Genom att bli tydlig i dokumentation av behandlingsplan och mål kan vårdgivaren förvissa sig om att denna information är säkerställd. Patienten skall informeras om ev. behandlingsalternativ och detta skall dokumenteras.

Vad gäller dokumentation kring utvärdering och effekter av vald behandling är detta särskilt viktigt att förbättra för framför allt patienter med längre behandlingsserier. Vårdgivaren kan förbättra dokumentationen i detta avseende genom att komplettera med patientens egen uppfattning och med objektiva mått.

Viktigt är att journaldokumentation sker i samband med eller i nära samband med patientbesök och att aktuellt besök dokumenteras för tiden för besöket.

Marie Norlén
Rita Sjöström

5.2.4 Avstämning fakturaunderlag, tidbok och journal

Redovisning per journal, av antal åtgärder som debiterats Region Jämtland Härjedalen för perioden och i vilken utsträckning dessa motsvaras av journalanteckning, se nedan. Stickprov har gjorts vad gäller antal poster i tidbok relaterat till antal fakturerade besök, inga avvikelser.

JOURNAL	ANTAL ÅTGÄRDER ENLIG FAKTURA UNDERLAG	ANTAL JOURNAL ANTECKNINGAR ENLIGT JOURNAL	ANTAL AVVIKELSER FAKTURA JMF JOURNALANT
1	34	34	0
2	34	21	13
3	64	49	15
4	46	31	15
5	37	32	5
6	35	31	4
7	26	25	1
8	27	19	8
9	25	17	8
10	23	21	2
Summa	351	280	71

5.3 Vårdgivare 3

5.3.1 Allmänt om mottagningen

Vårdgivaren har en A-mottagning med tillgång till ett undersökningsrum och träningslokal/gym. Vårdgivaren uppbär särskilt arvode för rörelseorganens sjukdomar.

5.3.2 Journaldokumentation – iakttagelser

Vårdgivaren använder elektronisk journal och tidbok. Akupunkturbehandling dokumenteras i befintlig journal.

Det är tydligt dokumenterat om det är ett nybesök eller en daganteckning men det saknas tydlig dokumentation för slutanteckning. Det finns en tydlig sammanfattning om det är ett långt uppehåll i behandlingsserien. De flesta patienterna i de granskade journalerna har långa behandlingsserier.

Journalerna under granskad tid innehåller anamnes, status, åtgärder, kortsiktig behandlingsplan, information om regim till patienten, utvärdering av vald

Marie Norlén
Rita Sjöström

behandling samt dokumentation om läkarkontakt och kontakt med andra vårdgivare. Diagnos har dokumenterats i fem av 10 journaler.

De områden som det saknas tydlig dokumentation kring är långsiktig behandlingsplan och mål samt syfte med behandling. Det saknas dokumentation kring information som lämnats till patienten om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ. Det saknas dokumentation om ev. bieffekter och risker vid akupunkturbehandling. Det saknas tydlig dokumentation av akupunkturpunkter om akupunkturbehandlingen upprepats fler än ett tillfälle och beskrivs istället i termer "akupunkturbehandling som tidigare". Utvärdering beskrivs i de flesta journaler som granskats i generella termer som t ex "mer smärta".

5.3.3 Bedömning

Det är tillfredsställande att samtliga journaler innehåller dokumentation av anamnes, status, vidtagna åtgärder, kortvarig behandlingsplan, information om regim till patienten samt läkarkontakt eller kontakt med annan vårdgivare. Förbättringsområden är att dokumentera diagnos i samtliga journaler. Det saknas målsättning och långsiktig plan i de granskade journalerna för att tydliggöra det förväntade resultatet av behandlingen. Vad gäller utvärdering och dokumentation av effekter av vald behandling kan detta förbättras genom att komplettera dokumentation av patientens egen uppfattning med t ex objektiva mått. Det saknas tydlig dokumentation av akupunkturbehandling om behandlingen upprepas. Ett annat förbättringsområde är att dokumentera på ett tydligare sätt information till patient, vilka ev. behandlingsalternativ som finns samt dokumentation om vilken information patienten delgetts t ex ev. risker och bieffekter av vald behandling. I dessa avseenden möter inte vårdgivaren lagstiftningens krav. Det saknas tydlig dokumenterad slutanteckning.

Marie Norlén
Rita Sjöström

5.3.4 Avstämning fakturaunderlag, tidbok och journal

Redovisning per journal, av antal åtgärder som debiterats Region Jämtland Härjedalen för perioden och i vilken utsträckning dessa motsvaras av journalanteckning, se nedan. Stickprov har gjorts vad gäller antal poster i tidbok relaterat till antal fakturerade besök, inga avvikelser.

Journal	Antal åtgärder enligt fakturaunderlag	Antal journal-anteckningar enligt journal	Antal avvikelser faktura jmf journalanteckning
1	22	22	0
2	45	45	0
3	26	26	0
4	22	22	0
5	26	26	0
6	44	44	0
7	37	37	0
8	29	29	0
9	26	26	0
10	31	31	0
Summa	278	278	0

5.4 Vårdgivare 4

5.4.1 Allmänt om mottagningen

Vårdgivaren har en A-mottagning. Mottagningen har tre undersökningsrum samt en träningslokal. Vårdgivaren uppbär särskilt arvode för rörelseorganens sjukdomar.

5.4.2 Journaldokumentation – iakttagelser

Vårdgivaren använder elektronisk journal. Tidbok finns i pappersform. Akupunkturbehandling dokumenteras i pappersform i specifik journal och sparas i pärm.

Samtliga journaler innehåller så gott som alla uppgifter som, enligt de granskningskontrollpunkter som skall finnas. Det gäller anamnes, status, diagnos, åtgärder, behandlingsplan och mål, utvärdering inklusive effekter av vald

Marie Norlén
Rita Sjöström

behandling samt dokumentation om läkarkontakt och kontakt med annan vårdgivare. Utvärdering sker i både subjektiva och objektiva termer och mått. Det finns en tydlig dokumentation för nybesök och daganteckning medan det inte är lika tydligt dokumenterat om det är en slutanteckning.

De områden det saknas tydlig dokumentation kring är information som lämnats till patienten om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ. Träningsprogram och övningar dokumenteras i journal men kan dokumenteras tydligare vad gäller t ex repetitioner, serier och belastning.

5.4.3 Bedömning

Vårdgivaren uppvisar en föredömlig journalföring. Journalernas innehåll överensstämmer med det innehåll som denna gransknings upplägg ska finnas dokumenterat. Förbättringsområden är att dokumentera på ett tydligare sätt information till patient om vilka ev. behandlingsalternativ som finns samt att dokumentera på ett tydligt sätt slutanteckning.

5.4.4 Avstämning fakturaunderlag, tidbok och journal

Redovisning per journal, av antal åtgärder som debiterats Region Jämtland Härjedalen för perioden och i vilken utsträckning dessa motsvaras av journalanteckning, se nedan. Stickprov har gjorts vad gäller antal poster i tidbok relaterat till antal fakturerade besök, inga avvikelser.

Journal	Antal åtgärder enligt fakturaunderlag	Antal journal-anteckningar enligt journal	Antal avvikelser faktura jmf journalanteckning
1	23	23	0
2	17	17	0
3	44	44	0
4	20	20	0
5	39	39	0
6	21	21	0
7	20	20	0
8	17	17	0
9	22	22	0
10	15	15	0
Summa	238	238	0

Marie Norlén
Rita Sjöström

5.5 Vårdgivare 5

5.5.1 Allmänt om mottagningen

Vårdgivaren har en B-mottagning. Mottagningen har sex undersökningsrum samt en träningslokal och en receptionist på halvtid. Vårdgivaren uppbär särskilt arvode för rörelseorganens sjukdomar.

5.5.2 Journaldokumentation – iakttagelser

Vårdgivaren använder elektronisk journal. Tidbok finns i pappersform. Akupunkturbehandling med akupunkturpunkter dokumenteras antingen i befintlig journaltext alternativt specifik akupunkturjournal i befintlig journal.

Under perioden som granskningen avser, finns det en tydlig dokumentation för nybesök och daganteckning medan det inte är lika tydligt dokumenterat om det är en slutanteckning. Om det är ett behandlingsuppehåll finns en kort sammanfattning dokumenterad.

I journalen finns det dokumenterat en kort anamnes, status, diagnos i fyra av 10 journaler samt åtgärder. Behandlingsplan finns dokumenterad i sex av 10 journaler men saknar tidsperspektiv. Mål med behandling finns dokumenterat i fyra av 10 granskade journaler. Det finns dokumenterat utvärdering inklusive effekter av vald behandling samt dokumentation av kontakt med läkare eller kontakt med annan vårdgivare. I utvärderingen är det framför allt dokumenterat i generella termer som t ex "sämre i axeln". Ibland används t ex smärtskattning med VAS men skattningen följs inte upp under behandlingens gång. I övrigt är objektiva mått sparsamt beskrivet.

Det saknas tydlig dokumentation kring information som lämnats till patienten och/eller om de ställningstaganden som gjorts ifråga om val av behandlingsalternativ. I de flesta journaler där det förekommer akupunktur saknas det även dokumentation om ev. bieffekter och risker med behandlingen.

5.5.3 Bedömning

Det är tillfredsställande att journalernas innehåll överensstämmer med några få undantag med det innehåll som enligt granskningens upplägg ska finnas dokumenterat. Förbättringsområden är att tydligt dokumentera diagnos/funktionsdiagnos, tidsperspektiv i behandlingsplan med målsättning i alla journaler samt att tydligt dokumentera information som lämnats till patienten

Marie Norlén
Rita Sjöström

och/eller om de ställningstaganden som gjorts ifråga om val av behandlingsalternativ samt dokumentation om ev. bieffekter och risker vid t ex akupunkturbehandling. Vad gäller utvärdering och dokumentation av effekter av vald behandling kan detta förbättras genom att komplettera dokumentation av patientens egen uppfattning med t ex objektiva mått.

5.5.4 Avstämning fakturaunderlag, tidbok och journal

Redovisning per journal, av antal åtgärder som debiterats Region Jämtland Härjedalen för perioden och i vilken utsträckning dessa motsvaras av journalanteckning, se nedan. Stickprov har gjorts vad gäller antal poster i tidbok relaterat till antal fakturerade besök, inga avvikelser.

Journal	Antal åtgärder enligt fakturaunderlag	Antal anteckningar enligt journal	journal- enligt	Antal faktura avvikelser jmf journalanteckning
1	31	31	31	0
2	22	22	22	0
3	20	20	20	0
4	28	28	28	0
5	38	38	38	0
6	26	26	26	0
7	23	23	23	0
8	22	22	22	0
9	27	27	27	0
10	26	26	26	0
Summa	263	263	263	0

5.6 Vårdgivare 6

5.6.1 Allmänt om mottagningen

Vårdgivaren har tillgång till ett undersökningsrum samt två rum för träning.

5.6.2 Journaldokumentation - iakttagelser

Vårdgivaren använder elektronisk journal. Personuppgifter överförs automatiskt till journalen från befolkningsregistret. Akupunkturbehandling med punktval dokumenteras i befintlig journal.

Marie Norlén
Rita Sjöström

Kortfattad dokumentation av anamnes, status, funktionsdiagnos samt vidtagna åtgärder generellt finns dokumenterade under den period som granskningen avser. Det finns även tydligt dokumenterat kring kontakt med andra vårdgivare. Utvärdering och effekter är dokumenterat i generella termer t ex "ganska bra". Objektiva mått, förutom gradtal med goniometer i några av journalerna, är inte dokumenterade i någon av de granskade journalerna. Det är tydligt dokumenterat om det är nybesök eller återbesök däremot saknas tydlig dokumentation av slutanteckning.

De område som det saknas tydlig dokumentation kring är en långsiktig behandlingsplan. Det saknas också tydlig dokumentation om information som lämnats till patienten och/eller om de ställningstaganden som gjorts ifråga om val av behandlingsalternativ. Det finns dokumenterat att patienten erhållit ett infoblad angående t ex akupunkturbehandling, men det saknas dokumentation om vilka eventuella bieffekter och risker det kan finnas vid t ex akupunkturbehandling eller annan fysioterapeutbehandling. Träningsprogram, övningar samt hemövningar finns inte dokumenterade i journalen.

5.6.3 **Bedömning**

Det är tillfredsställande att journalerna innehåller dokumentation av anamnes, status, funktionsdiagnos, åtgärder samt kontakt med andra vårdgivare. Vad gäller utvärdering och dokumentation av effekter av vald behandling kan detta förbättras genom att komplettera dokumentation av patientens egen uppfattning med t ex objektiva mått. Det saknas dokumentation av långsiktig planering och målsättning med behandling i alla granskade journaler. Det saknas också dokumentation om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts av val av behandlingsalternativ samt om ev. risker och bieffekter, och i dessa avseenden möter inte vårdgivaren lagstiftningens krav. Det saknas journalanteckningar vid gruppbesök där patienten tränar tillsammans med fysioterapeut.

5.6.4 **Avstämning besök och journal**

Redovisning per journal av antal åtgärder för perioden och i vilken utsträckning dessa motsvaras av journalanteckning. Stickprov har gjorts vad gäller antal poster i tidbok, inga avvikelser, se följande tabell.

Marie Norlén
Rita Sjöström

Journal	Antal besök	Antal journal anteckningar	Antal avvikelser *träningspatienter
1	18	17	1
2	23	23	0
3	19	16	3
4	19	6	*13
5	19	4	*15
6	22	21	1
7	21	4	*17
8	33	17	*16
9	27	4	*23
10	23	5	*18
Summa	224	117	5 (*102)

* Det saknas journalanteckningar på mottagnings- och gruppbesök där patienten tränat tillsammans med fysioterapeut.

5.7 Vårdgivare 7

5.7.1 Allmänt om mottagningen

Vårdgivaren har tillgång till tre undersökningsrum samt träningslokal.

5.7.2 Journaldokumentation – iakttagelser

Vårdgivaren använder elektronisk journal. Personuppgifter överförs automatiskt till journalen från befolkningsregistret. Akupunkturbehandling med akupunkturpunkter dokumenteras antingen i befintlig journaltext alternativt på löst blad som inte är knuten till journalen.

Under den period som granskningen avser finns en kort anamnes i sju av 10 journaler. I en journal är det dokumenterat ett utförligt status, i sju journaler finns det dokumenterat ett knapphändigt status och i två journaler av 10 saknas dokumentation av status. Diagnos finns dokumenterad i tre av 10 journaler. Vidtagna åtgärder finns dokumenterad men för det mesta generellt, inte specifikt. Träningsprogram eller hemövningar saknas i journalen liksom akupunkturpunktsval. En kortsiktig behandlingsplan finns dokumenterad i fyra av 10 journaler. Mål och syfte med behandling finns dokumenterad i en av 10 journaler. Vad gäller utvärdering och effekter av vald behandling är detta mycket

Marie Norlén
Rita Sjöström

knapphändigt beskrivet och då mera i generella termer som t ex "ökad smärta", "bättre i nacken". Objektiva mått saknas förutom t ex mått med goniometer. Ingen av de granskade journalerna innehåller uppgifter om vilken information som lämnats till patienten och/eller om de ställningstaganden som gjorts ifråga om val av behandlingsalternativ. Information om ev. bieffekter eller risker med vald behandling saknas. Det finns dokumenterat kontakt med läkare eller kontakt med annan vårdgivare. I de granskade journalerna finns ingen tydlig dokumentation när det är en slutanteckning. Det saknas en sammanfattning dokumenterad i journalen om det är ett längre behandlingssuppehåll. Det saknas journalanteckningar på mottagningsbesök. Det saknas även dokumentation där patienten tränat i träningslokal självständigt eller tränat tillsammans med fysioterapeut.

5.7.3 Bedömning

Vad gäller kraven på journalers innehåll finns brister inom så gott som samtliga områden undantagen anamnes, status och åtgärd där det finns en kort dokumentation. Det finns en knapphändig dokumentation vad gäller diagnos, kortsiktig behandlingsplan samt utvärdering och effekt av behandling. Genom den knapphändiga dokumentationen kan inte syftet med att föra patientjournal, dvs. att bidra till en god och säker vård av patienten, sägas vara uppfyllt. Inte heller kan de genomgångna journalerna sägas motsvara lagtexten som anger att en patientjournal är en informationskälla för patienten, uppföljning och utveckling av verksamheten, tillsyn och rättsliga krav, uppgiftsskyldighet enligt lag, samt forskning.

Vad gäller vald behandling är det av största vikt att patienten är informerad om syftet med behandlingen och är informerad om eventuella risker. Upprättande av både kort- och långsiktig behandlingsplan samt behandlingsmål kan vara ett sätt att säkerställa denna information. Dessutom skall patienten informeras om eventuella andra behandlingsalternativ och denna information ska dokumenteras. I detta avseende möter inte vårdgivare lagstiftningens krav.

5.7.4 Avstämning besök och journal

Redovisning per journal av antal åtgärder för perioden och i vilken utsträckning dessa motsvaras av journalanteckning. Stickprov har gjorts vad gäller antal poster i tidbok, inga avvikelser, se följande tabell.

Marie Norlén
Rita Sjöström

Journal	Antal besök	Antal journal anteckningar	Antal avvikelser *träningspatient
1	17	13	4
2	26	22	4
3	32	7	25
4	12	7	5
5	32	7	25
6	23	20	3
7	15	15	0
8	18	18	0
9	25	17	*8
10	12	4	*8
Summa	212	130	66 (*16)

* Det saknas journalanteckningar på mottagnings- och gruppbesök där patienten tränat tillsammans med fysioterapeut.

5.8 Vårdgivare 8

5.8.1 Allmänt om mottagningen

Vårdgivaren har tillgång till två undersökningsrum samt träningslokal.

5.8.2 Journaldokumentation – iakttagelser

Vårdgivaren använder elektronisk journal och tidbok. Personuppgifter överförs automatiskt till journalen från befolkningsregistret. Akupunkturbehandling med punktval dokumenteras i befintlig journal.

Samtliga journaler, enligt denna gransknings kontrollpunkter, innehåller dokumentation av anamnes, status, funktionsdiagnos, generella och specifika åtgärder, kortsiktig behandlingsplan samt dokumentation av läkarkontakt eller kontakt med annan vårdgivare. Utvärdering inklusive effekter av vald behandling dokumenteras i subjektiva termer t ex "viss lindring". Övningar i träningsprogram dokumenteras i journal förutom i tre av 10 journaler. Det är tydligt dokumenterat om det är ett ny- eller återbesök.

De områden som det saknas tydlig dokumentation kring är en långsiktig behandlingsplan. En av de granskade journalerna innehåller behandlingsmål i övriga journaler saknas dokumentation av mål och syfte med behandling. Det finns

Marie Norlén
Rita Sjöström

inte heller någon dokumentation, i de granskade journalerna, om behandlingsplan eller om behandlingsmål förändras. Ingen av de granskade journalerna innehåller uppgifter om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts ifråga om val av behandlingsalternativ. Det är inte heller dokumenterat om information kring eventuella risker och bieffekter vid t ex akupunkturbehandling. Det saknas tydlig dokumentation om besöket är ett avslutande besök.

5.8.3 Bedömning

Det är tillfredsställande att samtliga journaler innehåller dokumentation av anamnes, status, funktionsdiagnos, vidtagna åtgärder, kortsiktig behandlingsplan samt dokumentation av kontakt med läkare eller annan vårdgivare. Vad gäller utvärdering och dokumentation av effekter av vald behandling kan detta förbättras genom att komplettera dokumentation av patientens egen uppfattning med t ex objektiva mått. Träningsprogram är journalhandling och bör dokumenteras i journal alternativt bör programmet bifogas journal.

Det saknas dokumentation avseende långsiktig plan samt mål med behandling. Dokumentation skall göras om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts av val av behandlingsalternativ samt om ev. risker och bieffekter, och i dessa avseenden möter inte vårdgivaren lagstiftningens krav. Det saknas en tydlig dokumentation i journal om att det är ett avslutande besök. De flesta patienterna, i de granskade journalerna, har långa behandlingsserier.

5.8.4 Avstämning besök och journal

Redovisning per journal av antal åtgärder för perioden och i vilken utsträckning dessa motsvaras av journalanteckning, se nedan. Stickprov har gjorts vad gäller antal poster i tidbok, inga avvikelser.

Journal	Antal besök	Antal journal anteckningar	Antal avvikelser *träningsspatient
1	15	14	1
2	14	14	0
3	35	28	*7
4	15	14	1
5	24	23	1
6	29	29	0
7	17	17	0
8	20	20	0
9	22	22	0
10	14	14	0

Marie Norlén
Rita Sjöström

Summa	205	195	10
-------	-----	-----	----

5.9 Vårdgivare 9

5.9.1 Allmänt om mottagningen

Vårdgivaren har tillgång till ett undersökningsrum samt en träningslokal.

5.9.2 Journaldokumentation – iakttagelser

Vårdgivaren använder elektronisk journal. Personuppgifter överförs automatiskt till journalen från befolkningsregistret. Akupunkturbehandling med punktval dokumenteras i befintlig journal.

Journalerna innehåller så gott som samtliga uppgifter som, enligt denna gransknings kontrollpunkter ska finnas. Det gäller anamnes, status, diagnos, åtgärder, kortsiktig behandlingsplan, utvärdering inklusive effekter av vald behandling samt dokumentation om läkarkontakt eller kontakt med annan vårdgivare.

De områden som det saknas tydlig dokumentation kring är långsiktig behandlingsplan och mål samt dokumentation kring information som lämnats till patienten och/eller om de ställningstaganden som gjorts ifråga om val av behandlingsalternativ. Det saknas dokumentation om bieffekter och risker vid t ex akupunkturbehandling.

Det är tydligt beskrivet om besöket är ett nybesök eller återbesök men det saknas tydlig dokumentation om besöket är ett avslutande besök.

5.9.3 Bedömning

Vårdgivaren uppvisar en föredömlig journalföring. Journalens innehåll överensstämmer, med några få undantag, med det innehåll som enligt denna granskningsupplägg ska finnas dokumenterat.

Förbättringsområden är att dokumentera på ett tydligare sätt långsiktig behandlingsplan och mål. Information till patient vilka eventuella behandlingsalternativ som finns samt dokumentation av eventuella risker och bieffekter vid t ex akupunkturbehandling. Det behövs en tydlig dokumentation om besöket är ett avslutande besök.

5.9.4 Avstämning besök och journal

Redovisning per journal av antal åtgärder för perioden och i vilken utsträckning dessa motsvaras av journalanteckning. Stickprov har gjorts vad gäller antal poster i tidbok, inga avvikelser. Se följande tabell.

Marie Norlén
Rita Sjöström

Journal	Antal besök	Antal journal anteckningar	Antal avvikelser
1	27	27	0
2	22	21	1
3	24	22	2
4	22	22	0
5	21	20	1
6	23	23	0
7	34	34	0
8	32	32	0
9	19	19	0
10	16	16	0
Summa	240	236	4

5.10 Vårdgivare 10

5.10.1 Allmänt om mottagningen

Vårdgivaren har undersökningsrum samt träningslokal.

5.10.2 Journaldokumentation – iakttagelser

Vårdgivaren använder elektronisk journal. Personuppgifter överförs automatiskt till journalen från befolkningsregistret. Akupunkturbehandling dokumenteras i befintlig journal.

Under perioden som granskningen avser, finns det en tydlig dokumentation för nybesök och daganteckning medan det inte är lika tydligt dokumenterat om det är en slutanteckning.

Journalerna innehåller anamnes, status, diagnos, åtgärder, kortsiktig behandlingsplan, utvärdering inklusive effekter av vald behandling samt dokumentation om läkarkontakt eller kontakt med annan vårdgivare. Utvärdering och effekter av vald behandling är dokumenterat i generella termer t ex "mindre smärta", "viss förbättring". Objektiva mått, förutom gradtal med goniometer i några av journalerna, är inte dokumenterat i någon av de granskade journalerna. De områden som det saknas tydlig dokumentation kring är långsiktig

Marie Norlén
Rita Sjöström

behandlingsplan, mål och syfte med behandlingen samt uppgifter om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts ifråga om val av behandlingsalternativ. Det är inte heller dokumenterat information kring eventuella bieffekter eller risker med behandling.

5.10.3 **Bedömning**

Det är tillfredsställande att journalerna innehåller dokumentation av anamnes, status, diagnos, vidtagna åtgärder, kortsiktig behandlingsplan och kontakt med läkare och annan vårdgivare.

Förbättringsområden är att dokumentera långsiktig plan och målsättning med behandling för att tydliggöra det förväntade resultatet av behandlingen. Vad gäller utvärdering och dokumentation av effekter av vald behandling kan detta förbättras genom att komplettera dokumentation av patientens egen uppfattning med t ex objektiva mått. Dokumentation av slutanteckning behöver tydliggöras.

Det saknas tydlig dokumentation om information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ samt dokumentation om ev. bieffekter och risker vid behandling och i dessa avseenden möter inte vårdgivaren lagstiftningens krav.

5.10.4 **Avstämning besök och journal**

Redovisning per journal av antal åtgärder för perioden och i vilken utsträckning dessa motsvaras av journalanteckning, se nedan. Stickprov har gjorts vad gäller antal poster i tidbok, inga avvikelser.

Journal	Antal besök	Antal journal anteckningar	Antal avvikelser
1	28	22	6
2	12	12	0
3	14	9	5
4	14	12	2
5	15	11	4
6	15	10	5
7	19	19	0
8	16	16	0
9	30	24	6
10	18	16	2
Summa	181	151	30

Marie Norlén
Rita Sjöström

5.11 Allmänt för samtliga granskade

Granskningen har utgått ifrån tre nivåer vilka är föredömlig, tillfredställande och bristande journalföring. I denna granskning uppvisar tre av vårdgivarna en föredömlig journalföring. Fem vårdgivare uppvisar ett tillfredställande resultat även om det finns förbättringsområden. För två av vårdgivarna finns tydliga brister i journalföringen i de granskade journalerna. Den dokumentation som generellt saknas i de flesta journaler är information som lämnats till patienten och om de eventuella ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ. Dokumentation om målsättning och syfte med behandling samt långsiktig behandlingsplan är också punkter som generellt saknas. Diagnoskodsregistrering finns dokumenterat hos en vårdgivare av 10. Dokumentation för avslutande besök saknas generellt hos alla vårdgivare.

Där det varit fler vårdgivare för en patient saknas ofta en sammanfattande dokumentation av vårdförloppet vid överlämning.

Patientjournalen är även en informationskälla för forskning vilket innebär att journaldokumentationen behöver vara både objektiv och subjektiv. Generellt i den granskade journaldokumentationen används subjektiva termer, framför dokumentation av objektiva utvärderingar och termer.