

Marie Norlén
Rita Sjöström

Fördjupad uppföljning fysioterapeuter 2023

Dnr: RS/18/2024

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 och metod | 7 |
| 3 | Vårdform | 8 |
| 3.1 | Nationella taxan | 8 |
| 3.2 | Hälsoval Region Jämtland Härjedalen | 9 |
| 4 | Lagstiftning patientdata | 10 |
| 5 | Granskningar | 15 |
| 5.1 | Vårdgivare 1 | 15 |
| 5.1.1 | Allmänt om mottagningen | 15 |
| 5.1.2 | Journaldokumentation – iakttagelser | 15 |
| 5.1.3 | Bedömning | 15 |
| 5.1.4 | Avstämning fakturaunderlag, tidbok och journal | 16 |
| 5.2 | Vårdgivare 2 | 17 |
| 5.2.1 | Allmänt om mottagningen | 17 |
| 5.2.2 | Journaldokumentation – iakttagelser | 17 |
| 5.2.3 | Bedömning | 17 |
| 5.2.4 | Avstämning fakturaunderlag, tidbok och journal | 18 |
| 5.3 | Vårdgivare 3 | 19 |
| 5.3.1 | Allmänt om mottagningen | 19 |
| 5.3.2 | Journaldokumentation – iakttagelser | 19 |
| 5.3.3 | Bedömning | 19 |
| 5.3.4 | Avstämning fakturaunderlag, tidbok och journal | 19 |
| 5.4 | Vårdgivare 4 | 21 |
| 5.4.1 | Allmänt om mottagningen | 21 |

Marie Norlén
Rita Sjöström

| | | |
|--------------|---|-----------|
| 5.4.2 | Journaldokumentation – iakttagelser | 21 |
| 5.4.3 | Bedömning | 21 |
| 5.4.4 | Avstämning fakturaunderlag, tidbok och journal | 22 |
| 5.5 | Vårdgivare 5 | 23 |
| 5.5.1 | Allmänt om mottagningen | 23 |
| 5.5.2 | Journaldokumentation – iakttagelser | 23 |
| 5.5.3 | Bedömning | 23 |
| 5.5.4 | Avstämning fakturaunderlag, tidbok och journal | 24 |
| 5.6 | Vårdgivare 6 | 25 |
| 5.6.1 | Allmänt om mottagningen | 25 |
| 5.6.2 | Journaldokumentation – iakttagelser | 25 |
| 5.6.3 | Bedömning | 25 |
| 5.6.4 | Avstämning fakturaunderlag, tidbok och journal | 26 |
| 5.7 | Vårdgivare 7 | 27 |
| 5.7.1 | Allmänt om mottagningen | 27 |
| 5.7.2 | Journaldokumentation – iakttagelser | 27 |
| 5.7.3 | Bedömning | 27 |
| 5.7.4 | Avstämning fakturaunderlag, tidbok och journal | 28 |
| 5.8 | Vårdgivare 8 | 29 |
| 5.8.1 | Allmänt om mottagningen | 29 |
| 5.8.2 | Journaldokumentation – iakttagelser | 29 |
| 5.8.3 | Bedömning | 29 |
| 5.8.4 | Avstämning, tidbok och journal | 30 |
| 5.9 | Vårdgivare 9 | 31 |
| 5.9.1 | Allmänt om mottagningen | 31 |
| 5.9.2 | Journaldokumentation – iakttagelser | 31 |
| 5.9.3 | Bedömning | 31 |

Marie Norlén
Rita Sjöström

| | | |
|---------------|--|-----------|
| 5.9.4 | Avstämning, tidbok och journal | 32 |
| 5.10 | Vårdgivare 10 | 33 |
| 5.10.1 | Allmänt om mottagningen | 33 |
| 5.10.2 | Journaldokumentation – iakttagelser | 33 |
| 5.10.3 | Bedömning | 33 |
| 5.10.4 | Avstämning, tidbok och journal | 34 |
| 6 | Allmänt för samtliga granskade | 35 |

Marie Norlén
Rita Sjöström

1 Sammanfattning

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

Uppdraget har utförts av anställd inom Forsknings-, utbildnings- och utvecklingsavdelningen (FoUU) samt inom Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen (HOSPA). 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, diagnos, åtgärdskod, behandlingsplan, 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.

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

I denna granskning uppvisar fem av vårdgivarna en föredömlig journalföring. Fem vårdgivare uppvisar ett tillfredsställande resultat även om det finns förbättringsområden. Ingen av vårdgivarna har en bristande journalföring i de granskade journalerna.

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
- Saknas dokumentation om risker och ev. bieffekter av behandling, som till exempel akupunktur, laser, TENS, injektioner.
- Slutanteckning

Det saknades signering av journal för ett antal anteckningar nybesök och daganteckning. Enligt riktlinje skall signering av journal ske snarast av den som ansvarar för uppgiften.

2 Inledning

2.1 Bakgrund, omfattning och avgränsning

Regionstyrelsen har ansvar för uppföljning av vårdgivare verksamma enligt den så kallade nationella taxan och inom Hälsoval Region Jämtland Härjedalen. I augusti 2023 reviderades dokumentet om *Regler för granskning av vårdgivare verksamma inom den nationella taxan*, (RS/472/2023) där det framkommer att uppföljning/granskning kan ske på följande grunder:

- Vid årliga ”stickprovskontroller”
- Avvikelser från beskrivna indikatorer
- På förekommen anledning

Under perioden 2014–2018 har ett antal uppföljningar genomförts hos fysioterapeuter verksamma inom den nationella taxan och hos fysioterapeuter inom Hälsoval Region Jämtland Härjedalen (Primärvården).

Hösten 2023 utsågs fem fysioterapeuter enligt nationella taxan och fem fysioterapeuter inom hälsovalet för stickprovskontroll, där 10 patienter per fysioterapeut som i första hand erhållit mer än 15 behandlingar under perioden 2022 09 01—2023 08 31 valdes ut.

Syftet med granskningen är att:

- Utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv kontrollera att vårdgivarna följer patientdatalagen vid journalföring och patientsäkerhetslagen

Marie Norlén
Rita Sjöström

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring
- Verifiera att tidbok, journalanteckningar stämmer överens med fakturaunderlag och är korrekta
- Bidra till ett ökat lärande bland fysioterapeuter.

2.2 Ansvariga granskare

Marie Norlén, leg sjuksköterska med lång erfarenhet inom hälso- och sjukvård som sjuksköterska, chef, kvalitetssamordnare, verksamhetsutvecklare och utvecklingsstrateg. Arbetat på Sveriges kommuner och Regioner (SKR) i 5 år med nationella uppdrag inom Vårdgaranti och tillgänglighet inom hälso- och sjukvård inkl. Standardiserade vårdförlopp inom cancervården (SVF). Nuvarande anställning inom HOSPA, Regionstaben, Region Jämtland Härjedalen.

Rita Sjöström, leg sjukgymnast, specialist i primär hälso- och sjukvård samt docent i fysioterapi. Lång erfarenhet som leg sjukgymnast i primär hälso- och sjukvård och rehabiliteringsmedicin. Nuvarande anställning som vetenskaplig handledare och universitetslektor inom FoUU, Region Jämtland Härjedalen.

2.3 Genomförande och metod

Beställarenheten valde slumpmässigt ut fem vårdgivare inom den nationella taxan samt fem vårdgivare ur hälsovalet och tio patienter per vårdgivare.

Beställarenheten skickade ut ett brev via e-post till utvalda vårdgivare och verksamhetschefer verksamma inom Hälsoval Region Jämtland Härjedalen (Primärvården). Brevet innehöll bakgrund till granskningen och praktisk information inför granskningen.

Granskarna kontaktade respektive fysioterapeut via mejl/telefon för information och inbokning av besök för granskning. Brev med information om granskningen och bekräftelse på dag och tid skickades ut.

Den metod som använts vid granskningen år 2023 är den metod som användes vid de tidigare granskningarna från 2015 och framåt inom Region Jämtland Härjedalen, se 2.1.

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.

Marie Norlén
Rita Sjöström

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

Innan rapporten publicerats har en avstämning med vårdgivarna genomförts skriftligt.

3 Vårdform

3.1 Nationella taxan

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

Vårdgivarna har digitalt vårdadministrativa system, även för tidbok.

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 regionen lämna en redovisning med uppgifter om mottagningens personal och medicintekniska utrustningar samt om utförda behandlingsåtgärder och antalet patientbesök.

Fysioterapeuten ska på begäran av region 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.

Marie Norlén
Rita Sjöström

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 för 2023 att;

För de särskilt tids- eller kostnadskrävande åtgärder som anges i andra stycket lämnas särskilt arvode med högst 1079 kronor för arvodeskategori A och högst 949 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 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 fysioterapeut inom hälsovalet utgår inte annat än att de får behålla patientavgiften. Kompensation för kostnadsfria besök utgår ej.

Marie Norlén
Rita Sjöström

Uppföljning av verksamheten åvilar verksamhetschefen. I förfrågningsunderlag Hälsoval Region Jämtland Härjedalen kap 6.1 framkommer att vårdgivaren ska lämna/tillhandahålla de uppgifter som regionen anser sig behöva för att följa upp och kontrollera:

- att verksamheten bedrivs i 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. Dokumentationskyldigheten är densamma inom offentlig och enskild vård.

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.

Marie Norlén
Rita Sjöström

Journalen har även betydelse för patientens delaktighet som genom journalen får insyn i den vård och behandling hen 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 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.

Uppgift om patientens identitet

Socialstyrelsen har meddelat föreskrifter vad avser uppgifter om patientens identitet med mera 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.

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

Marie Norlén
Rita Sjöström

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.

Ställd diagnos, betydande åtgärder

Att ställa diagnos innebär att man fastställer vilken sjukdom patienten lider av eller vad det är för typ av skada som patienten har. 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.

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. Inom Region Jämtland Härjedalen finns ett beslut om att åtgärds-koder (KVÅ) och diagnoskoder ska användas för verksamheter inom hälsovalet. 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.

Information som lämnats till patienten

Bestämmelsen innebär att man i journalen ska anteckna uppgift om den information som lämnats till patienten, delaktighet, 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.

Marie Norlén
Rita Sjöström

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. Alla uppgifter i en journal, som rör väsentliga ställningstaganden om vård och behandling eller slutanteckningar eller andra sammanfattningar av genomförd vård, ska snarast signeras av den som ansvarar för uppgiften.

Patientjournalns 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 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.

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.

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 bland annat ska se till att patienten ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.

Marie Norlén
Rita Sjöström

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 information om 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, toalett, dusch och träningslokal/gym. Vårdgivaren uppstår särskilt arvode för rörelseorganens sjukdomar.

5.1.2 Journaldokumentation – iakttagelser

Vårdgivaren använder elektronisk journal och tidbok. Akupunkturbehandling dokumenteras i befintlig journal. Det är tydligt dokumenterat om besöket är ett nybesök, återbesök eller om det är en slutanteckning. Om det är en längre behandlingsserie eller om det är ett behandlingsuppehåll finns en tydlig besökssummering dokumenterad. Samtliga journaler innehåller så gott som alla uppgifter som enligt denna gransknings kontrollpunkter skall finnas. Det gäller anamnes, status, diagnos med diagnoskodsregistrering, åtgärd, behandlingsplan, information om regim till patienten, utvärdering både objektiva och subjektiva mått. Dokumentation av träningsprogram elektroniskt i specifikt program, det är tydligt men kunde vara än mer tydligt dokumenterat angående framför allt belastning.

De områden det saknas tydlig dokumentation kring är mål för patienten, den information som lämnats till patienten och/eller om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ. Det saknas också dokumentation om information till patienten om ev. risker och bieffekter vid till exempel akupunktur.

5.1.3 Bedömning

Vårdgivaren uppvisar en föredömlig journalföring. Journalernas innehåll stämmer överens med några få undantag, med det innehåll som enligt denna granskningsupplägg ska finnas dokumenterat. Förbättringsområden är att dokumentera mål för patienten samt information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts av val av behandlingsalternativ. Det som också behöver dokumenteras på ett tydligt sätt är den information som ges till patienten om ev. risker och bieffekter till exempel vid akupunkturbehandling samt dokumentation belastning i träningsprogram.

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.

Journalanteckning har skett i nära anslutning till patientens besök.

| Journal | Antal åtgärder enligt fakturaunderlag | Antal journal anteckningar enligt journal | Antal avvikelser faktura jmf journalanteckning |
|--------------|---------------------------------------|---|--|
| 1 | 32 | 32 | 0 |
| 2 | 22 | 22 | 0 |
| 3 | 16 | 16 | 0 |
| 4 | 15 | 15 | 0 |
| 5 | 25 | 25 | 0 |
| 6 | 28 | 28 | 0 |
| 7 | 26 | 26 | 0 |
| 8 | 25 | 25 | 0 |
| 9 | 20 | 20 | 0 |
| 10 | 25 | 25 | 0 |
| Summa | 234 | 234 | 0 |

Marie Norlén
Rita Sjöström

5.2 Vårdgivare 2

5.2.1 Allmänt om mottagningen

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

5.2.2 Journaldokumentation – iakttagelser

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

Det är tydligt dokumenterat om besöket är ett nybesök eller återbesök men det saknas tydlig dokumentation om besöket är ett avslutande besök. I två av tio journaler är det dokumenterat en sammanfattning av behandlingen om det är en längre behandlingsserie. I de granskade journalerna är behandlingsserierna långa. Journalerna innehåller så gott som samtliga uppgifter som, enligt denna gransknings kontrollpunkter, ska finnas. Det gäller anamnes, status, diagnos, plan, åtgärder, utvärdering inklusive effekter av vald behandling samt dokumentation om läkarkontakt eller kontakt med annan vårdgivare. Träningsprogram är dokumenterade i specifikt program elektroniskt och programmen är tydliga.

De områden det saknas tydlig dokumentation kring är mål. Om behandlingsmål eller behandlingsplan förändras, under behandlingsperioden, bör den förändrade planen och målet dokumenteras. Det som också saknas är tydlig dokumentation kring information som lämnats till patienten och/eller om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ. Det saknas dokumentation om ev. risker och bieffekter vid till exempel akupunkturbehandling.

5.2.3 Bedömning

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

Förbättringsområden är att dokumentera på ett tydligare sätt mål och plan. Det behöver också dokumenteras tydligt den information som ges till patienten, 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.

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.

Journalanteckning har skett i nära anslutning till patientens besök.

| Journal | Antal åtgärder enligt fakturaunderlag | Antal journal anteckningar enligt journal | Antal avvikelser faktura jmf journalanteckning |
|--------------|---------------------------------------|---|--|
| 1 | 37 | 37 | 0 |
| 2 | 52 | 52 | 0 |
| 3 | 25 | 25 | 0 |
| 4 | 30 | 30 | 0 |
| 5 | 27 | 27 | 0 |
| 6 | 20 | 20 | 0 |
| 7 | 18 | 18 | 0 |
| 8 | 20 | 20 | 0 |
| 9 | 43 | 43 | 0 |
| 10 | 24 | 24 | 0 |
| Summa | 296 | 296 | 0 |

Marie Norlén
Rita Sjöström

5.3 Vårdgivare 3

5.3.1 Allmänt om mottagningen

Vårdgivaren har en A – mottagning med tillgång till undersökningsrum, toalett, omklädningsrum och träningslokal. Vårdgivaren uppstår särskilt arvode för rörelseorganens sjukdomar.

5.3.2 Journaldokumentation – iakttagelser

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

Det är tydligt dokumenterat om det är ett nybesök, daganteckning eller slutanteckning. Det finns en tydlig sammanfattning av behandlingsserien om det är ett längre behandlingsuppehåll. Samtliga granskade journaler innehåller så gott som alla uppgifter som enligt denna gransknings kontrollpunkter skall finnas. Det gäller anamnes, status, åtgärd, behandlingsplan och mål, information om regim till patienten, utvärdering inklusive effekter av vald behandling samt dokumentation om kontakt med annan vårdgivare. Utvärderingen sker i både subjektiva och objektiva mått på ett tydligt sätt.

De områden det saknas tydlig dokumentation kring är diagnos och diagnoskodsregistrering samt dokumentation kring den information som lämnats till patienten om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ.

5.3.3 Bedömning

Vårdgivaren uppvisar en föredömlig journalföring. Journalens innehåll stämmer överens med några få undantag, med det innehåll som enligt denna gransknings upplägg ska finnas dokumenterat. Förbättringsområden är att dokumentera diagnos och diagnoskod samt att på ett tydligt sätt dokumentera information som lämnats till patienten om de ställningstaganden som gjorts av val av behandlingsalternativ.

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.

Marie Norlén
Rita Sjöström

Journalanteckning har skett i nära anslutning till patientens besök.

| Journal | Antal åtgärder enligt fakturaunderlag | Antal journal anteckningar enligt journal | Antal avvikelser faktura jmf journalanteckning |
|--------------|---------------------------------------|---|--|
| 1 | 20 | 20 | 0 |
| 2 | 27 | 27 | 0 |
| 3 | 17 | 17 | 0 |
| 4 | 16 | 16 | 0 |
| 5 | 28 | 28 | 0 |
| 6 | 24 | 24 | 0 |
| 7 | 28 | 28 | 0 |
| 8 | 15 | 15 | 0 |
| 9 | 13 | 13 | 0 |
| 10 | 25 | 25 | 0 |
| Summa | 213 | 213 | 0 |

Marie Norlén
Rita Sjöström

5.4 Vårdgivare 4

5.4.1 Allmänt om mottagningen

Vårdgivaren har A – mottagning med tillgång till undersökningsrum, toalett, omklädningsrum och träningslokal. Vårdgivaren uppbär särskilt arvode för rörelseorganens sjukdomar.

5.4.2 Journaldokumentation – iakttagelser

Vårdgivaren använder elektronisk journal och tidbok. Akupunkturjournal dokumenteras i befintlig journal. Det är tydligt dokumenterat om det är ett nybesök eller en daganteckning. I daganteckningen är dokumentationen i löpande text, det saknas stödord/sökord. Det finns en slutanteckning dokumenterad men rubriken på slutanteckningen är missvisande då rubriken för slutanteckning dokumenteras som återbesök och daganteckning. Det finns en tydlig sammanfattning om det är ett långt uppehåll i behandlingsserien.

Journalerna under granskad tid innehåller 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 samt ställningstagande som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ, utvärdering inklusive effekter av vald behandling samt dokumentation om kontakt med annan vårdgivare. Utvärderingen sker i både subjektiva och objektiva mått. Vad gäller dokumentation av träningsprogram görs detta i befintlig journal.

I de journaler där det förekommer till exempel akupunktur och laserbehandling saknas det dokumentation om ev. bieffekter och risker med behandlingen.

5.4.3 Bedömning

Vårdgivaren uppvisar en föredömlig journalföring. Journalernas innehåll stämmer överens med det innehåll som enligt denna gransknings upplägg ska finnas dokumenterat. Det som kan förtydligas i dokumentationen är stödord/sökord i daganteckning och att ändra rubriksättning på slutanteckning för att tydliggöra att behandlingsserien är avslutad. Det behöver även dokumenteras om information delgetts patient, angående ev. bieffekter och risker med behandling, vid till exempel akupunktur och laser.

Marie Norlén
Rita Sjöström

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.

Journalanteckning har skett i nära anslutning till patientens besök.

| Journal | Antal åtgärder enligt fakturaunderlag | Antal journal anteckningar enligt journal | Antal avvikelser faktura jmf journalanteckning |
|--------------|---------------------------------------|---|--|
| 1 | 20 | 20 | 0 |
| 2 | 15 | 15 | 0 |
| 3 | 15 | 15 | 0 |
| 4 | 29 | 29 | 0 |
| 5 | 20 | 20 | 0 |
| 6 | 17 | 17 | 0 |
| 7 | 35 | 35 | 0 |
| 8 | 15 | 15 | 0 |
| 9 | 22 | 22 | 0 |
| 10 | 22 | 22 | 0 |
| Summa | 210 | 210 | 0 |

Marie Norlén
Rita Sjöström

5.5 Vårdgivare 5

5.5.1 Allmänt om mottagningen

Vårdgivaren har en B – mottagning med tillgång till undersökningsrum, toalett, dusch och träningslokal/gym. Vårdgivaren uppstår särskilt arvode för rörelseorganens sjukdomar.

5.5.2 Journaldokumentation – iakttagelser

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

Det är tydligt dokumenterat om det är ett nybesök eller en daganteckning. Det är inte lika tydligt dokumenterat om det är en slutanteckning. Slutanteckning saknas i fyra av de 10 granskade journalerna. I de granskade journalerna finns det dokumenterat en summering ibland, men inte alltid om det är långa behandlingsserier, eller om det är ett längre behandlingsuppehåll.

Det finns dokumenterat i varierande omfattning, ofta kortfattat, i de granskade journalerna, anamnes, status/undersökning, bedömning, mål och plan, åtgärd, regim och utvärdering av behandling samt kontakt med annan vårdgivare. Vad gäller utvärdering och effekter av vald behandling är detta knapphändig beskrivet och mer i generella termer som till exempel ”lugnare i ryggen”, ”fortsatt stora besvär med värk” och så vidare. Det finns i några journaler dokumenterat gradtal av rörelseomfång samt antal uppnådda steg med stegräknare.

De områden som det saknas tydlig dokumentation kring är uppgifter om vilken information som lämnats till patienten och/eller om de ställningstagande som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ. Det saknas tydlig dokumentation om bieffekter och risker med till exempel akupunktur- och laserbehandling. Det saknas åtgärdskod i journalerna. Revidering av mål och plan saknas i de granskade journalerna om längre behandlingsserier.

5.5.3 Bedömning

Det är tillfredsställande att journalerna innehåller dokumentation av anamnes, status, bedömning, mål och plan, åtgärd, regim och utvärdering av behandling samt kontakt med annan vårdgivare. Vad gäller vald behandling är det viktigt att patienten är informerad om syftet med behandlingen och vilka ev. behandlingsalternativ som finns samt att det är dokumenterat vilken information patienten delgetts. Det är också viktigt att dokumentera om patienten är informerad om ev. risker eller ev. bieffekter av vald behandlingsstrategi som till exempel vid akupunktur och laserbehandling. Vad gäller utvärdering och dokumentation av effekter av vald behandling

Marie Norlén
Rita Sjöström

kan detta förbättras genom att komplettera dokumentation av patientens egen uppfattning med objektiva mått.

Åtgärdskod saknas i journalerna.

Det behövs en tydlig dokumentation om mål reviderats vid längre behandlingsserier samt om besöket är ett avslutande besök.

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.

Journalanteckning har skett i anslutning till patientens besök.

| Journal | Antal åtgärder enligt fakturaunderlag | Antal journal anteckningar enligt journal | Antal avvikelser faktura jmf journalanteckning |
|--------------|---------------------------------------|---|--|
| 1 | 27 | 27 | 0 |
| 2 | 15 | 15 | 0 |
| 3 | 34 | 34 | 0 |
| 4 | 16 | 16 | 0 |
| 5 | 28 | 28 | 0 |
| 6 | 12 | 12 | 0 |
| 7 | 23 | 23 | 0 |
| 8 | 17 | 17 | 0 |
| 9 | 23 | 23 | 0 |
| 10 | 15 | 15 | 0 |
| Summa | 210 | 210 | 0 |

Marie Norlén
Rita Sjöström

5.6 Vårdgivare 6

5.6.1 Allmänt om mottagningen

Vårdgivaren har tillgång till undersökningsrum, dock inte alla veckans dagar då annat rum ej avsett för behandling behöver letas upp när flera fysioterapeuter är i tjänst. Rum för träning finns.

Dokumentation försvåras då verktyg för att dokumentera finns i annat rum, inte i anslutning till behandlingsrummet.

5.6.2 Journaldokumentation – iakttagelser

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

Det är tydligt dokumenterat om det är ett nybesök eller en daganteckning men det saknas tydlig dokumentation för slutanteckning. Det saknas också en tydlig dokumenterad sammanfattning om det är ett behandlingsuppehåll.

I de granskade journalerna finns det dokumenterat en anamnes, status, bedömning, åtgärdskod, vidtagna åtgärder och kontakt med annan vårdgivare. Utvärdering av effekter är dokumenterat i både subjektiva och objektiva termer och mått.

De områden som det saknas tydlig dokumentation kring är mål och syfte med behandlingen samt en långsiktig behandlingsplan. Det saknas också tydlig dokumentation om information som lämnats till patienten och/eller om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ.

I dokumentationen av träningsprogram saknas det, i de flesta journaler, dokumentation av repetitioner, serier och belastning.

5.6.3 Bedömning

Det är tillfredsställande att journalerna innehåller dokumentation av anamnes, status, bedömning, åtgärdskod, vidtagna åtgärder, utvärdering av effekter av behandling, samt kontakt med annan vårdgivare. Förbättringsområden är att dokumentera långsiktig planering och målsättning med behandling samt att dokumentera information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts av val av behandlingsalternativ.

Träningsprogram och övningar dokumenteras i journal men kan dokumenteras tydligare vad gäller repetitioner, serier och belastning. Det saknas dokumentation för slutanteckning.

Marie Norlén
Rita Sjöström

5.6.4 Avstämning fakturaunderlag, tidbok 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.

Journalanteckning har skett i nära anslutning till patientens besök.

| Journal | Antal besök | Antal journal anteckningar | Antal avvikelser |
|--------------|-------------|----------------------------|------------------|
| 1 | 12 | 12 | 0 |
| 2 | 16 | 16 | 0 |
| 3 | 19 | 19 | 0 |
| 4 | 19 | 19 | 0 |
| 5 | 16 | 16 | 0 |
| 6 | 6 | 6 | 0 |
| 7 | 8 | 8 | 0 |
| 8 | 8 | 8 | 0 |
| 9 | 7 | 7 | 0 |
| 10 | 7 | 7 | 0 |
| Summa | 118 | 118 | 0 |

Marie Norlén
Rita Sjöström

5.7 Vårdgivare 7

5.7.1 Allmänt om mottagningen

Vårdgivaren har tillgång till undersökningsrum, toaletter mm. Rum för träning är under uppbyggnad.

5.7.2 Journaldokumentation – iakttagelser

Vårdgivaren använder elektronisk journal och tidbok. Akupunkturbehandling dokumenteras i befintlig journal. Träningsprogram dokumenteras i befintlig journal eller i specifikt elektroniskt program. Det är tydligt dokumenterat om besöket är ett nybesök eller ett återbesök men det saknas tydlig dokumentation om besöket är ett avslutande besök. Det är en bra besöks summering dokumenterad om det är ett längre uppehåll i behandlingsserien. Samtliga journaler innehåller så gott som alla uppgifter som enligt denna gransknings kontrollpunkter skall finnas. Det gäller anamnes, status, bedömning/åtgärdskod, åtgärd, regim till patienten, utvärdering och kontakt med annan vårdgivare. Vad gäller utvärdering och effekter av vald behandling är detta dokumenterat i mer generella termer som till exempel ”känts ganska bra”, ”tycker det gått framåt”. Det finns i några journaler dokumenterat gradtal av rörelseomfång.

De områden det saknas tydlig dokumentation kring är mål och syfte med behandling, långsiktig behandlingsplan samt dokumentation kring den information som lämnats till patienten om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ. Det saknas också dokumentation om information om ev. risker och bieffekter vid till exempel akupunktur och laser. I träningsprogram dokumenterade i befintlig journal saknas dokumentation av repetitioner, serier och belastning.

5.7.3 Bedömning

Vårdgivaren uppvisar en tillfredsställande journalföring. Journalernas innehåll stämmer överens med några få undantag, med det innehåll som enligt denna gransknings upplägg ska finnas dokumenterat. Förbättringsområden är att dokumentera mål och syfte med behandling, långsiktig behandlingsplan samt information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts av val av behandlingsalternativ. Det som också behöver dokumenteras på ett tydligt sätt är den information som ges till patienten om ev. risker och bieffekter vid till exempel akupunktur- och laserbehandling. Om dokumentation av träningsprogram sker i befintlig journal skall repetitioner, serier och belastning dokumenteras.

Marie Norlén
Rita Sjöström

5.7.4 Avstämning fakturaunderlag, tidbok 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. Journalanteckning har skett i nära anslutning till patientens besök.

| Journal | Antal besök | Antal journal anteckningar | Antal avvikelser |
|--------------|-------------|----------------------------|------------------|
| 1 | 12 | 12 | 0 |
| 2 | 13 | 13 | 0 |
| 3 | 13 | 13 | 0 |
| 4 | 9 | 9 | 0 |
| 5 | 7 | 7 | 0 |
| 6 | 7 | 7 | 0 |
| 7 | 8 | 8 | 0 |
| 8 | 8 | 8 | 0 |
| 9 | 9 | 9 | 0 |
| 10 | 7 | 7 | 0 |
| Summa | 93 | 93 | 0 |

Marie Norlén
Rita Sjöström

5.8 Vårdgivare 8

5.8.1 Allmänt om mottagningen

Vårdgivaren har tillgång till undersökningsrum. Rum för omklädning och toaletter. Träningshall finns.

5.8.2 Journaldokumentation – iakttagelser

Vårdgivaren använder elektronisk journal och tidbok. Akupunkturbehandling dokumenteras i befintlig journal. Det är tydligt dokumenterat om besöket är ett nybesök, återbesök eller om det är ett avslutande besök. Om det är ett längre uppehåll i behandlingsserien dokumenteras en tydlig summering.

Samtliga journaler innehåller så gott som alla uppgifter som enligt denna gransknings kontrollpunkter skall finnas. Det gäller anamnes, status, bedömning och åtgärdskod, behandlingsplan både kort- och långsiktig, information om regim till patienten, åtgärd, utvärdering i både subjektiva och objektiva mått. Träningsprogram dokumenteras som regel i specifikt elektroniskt program. Men i några granskade journaler finns program dokumenterade i befintlig journal. I de elektroniska programmen finns allt dokumenterat medan det i program som är dokumenterade i befintlig journal saknar repetitioner, serier och belastning.

De områden det saknas tydlig dokumentation kring är mål/syfte för patienten. Det saknas också dokumentation om den information som lämnats till patienten och/eller om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ. Det saknas också dokumentation om information till patienten om eventuella risker och bieffekter vid till exempel akupunktur och injektion.

5.8.3 Bedömning

Vårdgivaren uppvisar en föredömlig journalföring. Journalernas innehåll stämmer överens med några få undantag, med det innehåll som enligt denna gransknings upplägg ska finnas dokumenterat. Förbättringsområden är att dokumentera mål för patienten samt information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts av val av behandlingsalternativ. Det som också behöver dokumenteras på ett tydligt sätt är den information som ges till patienten om eventuella risker och bieffekter vid akupunkturbehandling och injektion.

Marie Norlén
Rita Sjöström

5.8.4 Avstämning, tidbok 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.

Journalanteckning har skett i nära anslutning till patientens besök. Signering sker i flera fall upp till 2 månader senare.

| Journal | Antal besök | Antal journal anteckningar | Antal avvikelser |
|--------------|-------------|----------------------------|------------------|
| 1 | 20 | 20 | 0 |
| 2 | 12 | 12 | 0 |
| 3 | 11 | 11 | 0 |
| 4 | 7 | 7 | 0 |
| 5 | 7 | 7 | 0 |
| 6 | 7 | 7 | 0 |
| 7 | 7 | 7 | 0 |
| 8 | 21 | 21 | 0 |
| 9 | 7 | 7 | 0 |
| 10 | 9 | 9 | 0 |
| Summa | 108 | 108 | 0 |

Marie Norlén
Rita Sjöström

5.9 Vårdgivare 9

5.9.1 Allmänt om mottagningen

Vårdgivaren har tillgång till undersöknings- och behandlingsrum där även viss träning sker, samt gemensam träningslokal. Behandlingsrum och träningslokal är ej i anslutning till kollegor och fysioterapi/sjukgymnastik enheten.

5.9.2 Journaldokumentation – iakttagelser

Vårdgivaren använder elektronisk journal och tidbok.

Det är tydligt dokumenterat om det är ett nybesök eller en daganteckning. Det är inte lika tydligt dokumenterat om det är ett avslutande besök. Det finns ingen summering dokumenterad om det är ett längre uppehåll i behandlingsserien.

Det finns dokumenterat i varierande omfattning, men kortfattat, i de granskade journalerna, anamnes, status, bedömning och åtgärdskod, åtgärder, kortsiktig behandlingsplan (datum för nästa besök) och utvärdering av vald behandling. Kontakt med annan vårdgivare kortfattat dokumenterat där behov av annan vårdgivare varit aktuellt.

Vad gäller utvärdering av effekter av vald behandling är detta knapphändigt beskrivet och mer i generella termer som till exempel ”har blivit något bättre”, ”känner fortsatt lite i höger höft”. Det finns dokumenterat gradtal av rörelseomfång i några journaler. Träningsprogram dokumenteras i befintlig journal eller i specifik plattform för träningsprogram. I programmen, i befintlig journal, finns inga repetitioner, serier eller belastningar dokumenterade. I den specifika plattformen finns all information dokumenterad i programmen.

Ingen av de granskade journalerna innehåller långsiktig behandlingsplan inte heller mål och syfte med behandling. Det saknas uppgifter om vilken information som lämnats till patienten och/eller om de ställningstagande som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ.

I de granskade journalerna, är det vid flera tillfällen motsägande beskrivna uppgifter dokumenterade.

5.9.3 Bedömning

Det är tillfredsställande att journalerna innehåller dokumentation av kortfattad anamnes, status, bedömning, åtgärdskod, vidtagna åtgärder, subjektiv utvärdering samt kortsiktig plan med tid för nästa besök.

Vad gäller vald behandling är det av största vikt att patienten är informerad om syftet med behandlingen. Upprättande av behandlingsplan och behandlingsmål kan vara ett sätt att

Marie Norlén
Rita Sjöström

säkerställa denna information. Dessutom ska patienten informeras om ev. andra behandlingsalternativ. Även denna information ska dokumenteras. Genom att bli tydlig i dokumentationen av behandlingsplan och mål samt information om behandlingsalternativ kan vårdgivaren förvissa sig om att denna information är säkerställd.

Vad gäller dokumentation kring utvärdering och effekter av vald behandling kan vårdgivaren förbättra dokumentationen genom att komplettera patientens egen uppfattning med objektiva mått.

Om träningsprogram dokumenteras i befintlig journal bör repetitioner, serier och belastning dokumenteras. Det saknas tydlig dokumenterad slutanteckning.

5.9.4 Avstämning, tidbok 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.

Journalanteckning har skett i anslutning till patientens besök. Signering sker i flera fall upp till 6 – 8 veckor senare.

| Journal | Antal besök | Antal journal anteckningar | Antal avvikelser |
|--------------|-------------|----------------------------|------------------|
| 1 | 8 | 8 | 0 |
| 2 | 7 | 7 | 0 |
| 3 | 8 | 8 | 0 |
| 4 | 7 | 7 | 0 |
| 5 | 9 | 9 | 0 |
| 6 | 8 | 8 | 0 |
| 7 | 8 | 8 | 0 |
| 8 | 7 | 7 | 0 |
| 9 | 9 | 9 | 0 |
| 10 | 7 | 7 | 0 |
| Summa | 78 | 78 | 0 |

Marie Norlén
Rita Sjöström

5.10 Vårdgivare 10

5.10.1 Allmänt om mottagningen

Vårdgivaren har tillgång till undersökningsrum, toaletter samt gemensamt rum för träning.

5.10.2 Journaldokumentation – iakttagelser

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

Det finns dokumenterat, i varierande omfattning i de granskade journalerna, anamnes, status, diagnos/åtgärdskod, åtgärder, kortsiktig behandlingsplan och utvärdering av vald behandling samt kontakt med läkare eller kontakt med annan vårdgivare.

Åtgärd dokumenteras, i flertalet av de granskade journalerna, och då som ”likt tidigare eller träning som tidigare”.

Vad gäller utvärdering och effekter av vald behandling är detta knapphändigt beskrivet och mer i generella termer som till exempel ”bättre i nacken”, ”något sämre balans”.

Det är tydligt dokumenterat om det är ett nybesök eller en daganteckning men det saknas tydlig dokumentation för slutanteckning. Det finns heller ingen tydlig sammanfattning om det är ett långt uppehåll i behandlingsserien.

De områden som det saknas tydlig dokumentation kring är långsiktig behandlingsplan, mål och 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 också dokumentation ev. bieffekter och risker vid till exempel akupunktur-, laser och TENS-behandling. Dokumentation av träningsprogram kunde vara mer tydligt, angående framför allt belastning.

5.10.3 Bedömning

Det är tillfredsställande att journalerna innehåller dokumentation av anamnes, status, diagnos/åtgärdskod, åtgärder, kortsiktig behandlingsplan och utvärdering av vald behandling samt kontakt med läkare eller kontakt med annan vårdgivare.

Det saknas långsiktig plan och mål i de granskade journalerna för att tydliggöra det förväntade resultatet av behandlingen. Vad gäller vald behandling är det av största vikt att patienten är informerad om syftet med behandlingen och vilka ev. behandlingsalternativ som finns samt dokumentation om vilken information patienten delgetts. Det är också viktigt att dokumentera om patienten är informerad om eventuella risker eller bieffekter av vald behandlingsstrategi som till exempel vid akupunktur-, laser, eller TENS-behandling.

Marie Norlén
Rita Sjöström

Åtgärd skall dokumenteras regelbundet och dokumentation "likt tidigare" bör undvikas. Vad gäller utvärdering och dokumentation av effekter av vald behandling kan detta förbättras genom att komplettera dokumentation av patientens egen uppfattning med till exempel objektiva mått. Det saknas tydlig dokumenterad slutanteckning.

5.10.4 Avstämning, tidbok 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. Journalanteckning har skett i anslutning till patientens besök.

| Journal | Antal besök | Antal journal anteckningar | Antal avvikelser |
|--------------|-------------|----------------------------|------------------|
| 1 | 12 | 12 | 0 |
| 2 | 13 | 13 | 0 |
| 3 | 13 | 13 | 0 |
| 4 | 14 | 14 | 0 |
| 5 | 10 | 10 | 0 |
| 6 | 6 | 6 | 0 |
| 7 | 7 | 7 | 0 |
| 8 | 9 | 9 | 0 |
| 9 | 7 | 7 | 0 |
| 10 | 9 | 9 | 0 |
| Summa | 100 | 100 | 0 |

Flera patienter har fler besök än de som innefattats av uppföljningen. Från 5 upp till 30 besök mer. Vid genomgång uppmärksammas att patienter ibland går för träning, annan lokal/möjlighet saknas för delar av den befolkning som finns inom upptagningsområdet.

Marie Norlén
Rita Sjöström

6 Allmänt för samtliga granskade

Granskningen har utgått ifrån tre nivåer vilka är föredömlig, tillfredsställande och bristande journalföring. I denna granskning uppvisade fem av vårdgivarna en föredömlig journalföring och fem vårdgivare uppvisade ett tillfredsställande resultat även om det finns förbättringsområden.

Den dokumentation som generellt saknades i de flesta journaler är information som lämnats till patienten om de eventuella ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och patientens delaktighet i detta. Generellt saknades också målsättning och syfte med behandling samt långsiktig behandlingsplan. Även dokumenterad information om risker och ev. bieffekter av behandling vid akupunktur, laser, TENS och injektioner saknades, så även dokumentation för avslutande besök hos vårdgivarna.

Signering av journal saknades för ett antal anteckningar gällande nybesök och daganteckning. Enligt riktlinje skall signering av journal ske snarast av den som ansvarar för uppgiften.

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

Uttaget underlag från Cosmic har visat på färre besök än det verkliga. Vid flera arbetsplatsbesök har det vid uppföljningen visat sig att det finns patienter med fler besök och de uttagna patienternas totala antal besök har vid flera tillfällen visat sig vara fler än uttaget. Detta är mer en intern administrativ rutin som behöver förbättras.

Det är tydligt att det skett ett lärande hos vårdgivare inom nationella taxan vilket är mycket positivt och en förbättring generellt vad gäller alla delar inom dokumentationen. Även en ökad medvetenhet om vikten av god dokumentation och vad det innebär.