

Kristine Bergström
Rita Sjöström

Uppföljning sjukgymnaster och fysioterapeuter 2016/2017

Dnr VVN/10/2017
Kristine Bergström
Rita Sjöström

Kristine Bergström
Rita Sjöström

1	Sammanfattning	5
2	Inledning	6
2.1	Bakgrund, omfattning och avgränsning	6
2.2	Ansvariga granskare	6
2.3	Genomförande	7
3	Vårdform	7
3.1	”Nationella taxan”	7
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	10
4.3	Ställd funktionsdiagnos, betydande åtgärder	11
4.4	Planerade åtgärder	11
4.5	Information som lämnats till patienten	11
4.6	Vem som gjort en viss anteckning	12
4.7	Patientjournals innehåll enligt SOSFS 2008:14	12
4.8	Språket i patientjournaler	12
4.9	Patientsäkerhetslag	12
5	Granskningar	13
5.1	Vårdgivare 1	13
5.1.1	Allmänt om mottagningen	13
5.1.2	Journaldokumentation – iakttagelser	13
5.1.3	Bedömning	14
5.1.4	Avstämning fakturaunderlag, tidbok och journal	14
5.2	Vårdgivare 2	15
5.2.1	Allmänt om mottagningen	15

Kristine Bergström
Rita Sjöström

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

Kristine Bergström
Rita Sjöström

5.7.4	Avstämning besök och journal	22
5.8	Vårdgivare 8	23
5.8.1	Allmänt om mottagningen	23
5.8.2	Journaldokumentation – iakttagelser	23
5.8.3	Bedömning	23
5.8.4	Avstämning besök och journal	24
5.9	Vårdgivare 9	24
5.9.1	Allmänt om mottagningen	24
5.9.2	Journaldokumentation – iakttagelser	24
5.9.3	Bedömning	25
5.9.4	Avstämning besök och journal	25
5.10	Vårdgivare 10	25
5.10.1	Allmänt om mottagningen	25
5.10.2	Journaldokumentation – iakttagelser	25
5.10.3	Bedömning	26
5.10.4	Avstämning besök och journal	26
5.11	Allmänt för samtliga granskade	26

Kristine Bergström
Rita Sjöström

1 Sammanfattning

Region Jämtland Härjedalens beställarenhet har med hjälp av extern aktör år 2013 och 2015 granskat tio sjukgymnaster/fysioterapeuter, per år, verksamma enligt den så kallade nationella taxan att genom journalgranskning säkerställa journaldokumentation, kontroller av tidbok samt verifiera att fakturaunderlag var korrekta sett till behandling och belopp.

Beställarenheten har år 2016 gett i uppdrag om ny granskning utifrån 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.

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.

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

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

Värdering av medicinsk nytta av vald behandlingsinsats har inte ingått i granskningen.

Det som generellt saknas i de flesta journaler är:

- Träningsprogram, eftersom detta är en journalhandling, och skall finnas inskannat eller dokumenterat i journalen.
- Tydligt beskrivet om besöket är ett nybesök, återbesök eller avslutande besök.
- Diagnoskodsregistrering saknas hos samtliga granskade.

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

² <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-14>

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

Kristine Bergström
Rita Sjöström

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 saknas kontroller gentemot patientjournaler hos vårdgivaren.

På uppdrag av landstingsstyrelsen genomfördes så en granskning 2013 av 10 vårdgivare som får 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 har återigen stickprovskontroller genomförts hos fem fysioterapeuter verksamma inom den nationella taxan. Nytt för år 2016 är att stickprovskontroller även har genomförts hos fem fysioterapeuter inom Hälsoval Region Jämtland Härjedalen (Primärvården). Urvalskriterier är i första hand patienter som erhållit mer än 15 behandlingar under perioden 150901-160831.

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.

2.2 Ansvariga granskare

Kristine Bergström, leg sjuksköterska och verksamhetsutvecklare med lång erfarenhet av hälso- och sjukvård, både som medarbetare och i chefsuppdrag, erfarenhet patientsäkerhetsarbete så som Lex Maria utredningar. Nuvarande anställning inom Forsknings-, utbildnings-, och utvecklingsenheten.

Rita Sjöström, leg sjukgymnast specialist i primär hälso- och sjukvård samt disputerad inom hälsovetenskap. Lång erfarenhet som sjukgymnast i primärvård och rehabiliteringsmedicin. Nuvarande anställning som vetenskaplig handledare, enhetschef för AT- läkare och universitetslektor inom Forsknings- och utbildningsenheten.

Kristine Bergström
Rita Sjöström

2.3 Genomförande

Beställarenheten skickade under 2016-09-20 ut ett brev via e-post till samtliga privata sjukgymnaster/fysioterapeuter verksamma enligt den nationella taxan och de 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 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 2016 är den metod som användes vid de tidigare granskningarna 2013 och 2015.

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 se bilagor nedan.

Inga handlingar lämnade 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 chef har också utförts.

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

Kristine Bergström
Rita Sjöström

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 866 kronor för arvodeskategori A och högst 761 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.

Kristine Bergström
Rita Sjöström

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.

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, samt
- 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

Kristine Bergström
Rita Sjöström

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 3 kap. SOSFS 2008:14 4 § 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 eller har haft finns angiven.

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

Kristine Bergström
Rita Sjöström

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.

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 yrkesutövaras kontakt med patienten. 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

Kristine Bergström
Rita Sjöström

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. Om journalen förs av en enda person är det tillräckligt att denne anges på ett ställe i journalen. 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). Både händelsedatum och dokumentationsdatum ska framgå av journalen.

4.7 Patientjournals innehåll enligt SOSFS 2008:14

Socialstyrelsen har i föreskrift 2008:14 meddelat vad en patientjournal ska innehålla utöver vad som framgår av 3 kap. i Patientdatalagen.

I 3 kap. SOSFS 2008:14 6 § 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 3 kap. SOSFS 2008:14 7 § 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.

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

Kristine Bergström
Rita Sjöström

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.

5 Granskningar

5.1 Vårdgivare 1

5.1.1 Allmänt om mottagningen

Vårdgivaren har en A mottagning med två undersökningsrum samt tillgång till gym. Vårdgivaren uppbar särskilt arvode för rörelseorganens sjukdomar.

5.1.2 Journaldokumentation – iakttagelser

Vårdgivaren använder elektronisk journal, en brist är att det inte går att söka på patientens personnummer, utan endast namn. I de flesta journaler saknas adress på patient, däremot framgår namn, personnummer och telefonnummer. Det går inte att se när journalanteckning slutförts utan endast när journalanteckning påbörjats. Akupunkturbehandling dokumenteras i befintlig journal. Alla journaler är tydliga och strukturerade. Journalerna innehåller anamnes, status, funktionsdiagnos, åtgärder, behandlingsplan, utvärdering, information om behandling till patient samt tydligt dokumenterat kontakter med andra vårdgivare. Utvärderingen inklusive effekt av behandling beskrivs vanligtvis generellt i termer som t ex "möjligen något mindre smärta". Det är sällan dokumenterat med några objektiva mått, men det förekommer, och då beskrivs t ex muskelfunktionsbedömning, funktionella test, goniometertest samt vid ett tillfälle utifrån KOOS frågeformulär. De objektiva bedömningarna görs framför allt vid första besöket. Det görs inte någon avslutande objektiv bedömning, däremot dokumenteras i alla journaler att behandlingen avslutas. I de granskade journalerna finns behandlingsplan dokumenterat men sparsamt dokumenterat mål

Kristine Bergström
Rita Sjöström

med behandling. Vid förändring av behandlingsplan saknas dokumentation av den uppdaterade behandlingsplanen. I de granskade journalerna saknas tydlig dokumentation kring information som lämnats till patienten och/eller ställningstagande som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ. Det saknas dokumentation om bieffekter och risker vid akupunkturbehandling.

5.1.3 Bedömning

Vårdgivaren uppvisar en föredömlig journalföring. Journalens innehåll överensstämmer, med några få undantag, med det innehåll som enligt denna gransknings upplägg skall finnas dokumenterat. Förbättringsområden är att dokumentera på ett tydligare sätt förändring i behandlingsplan, mål med behandlingen, information till patient vilka ev. behandlingsalternativ som finns och ev. risker och bieffekter med t ex akupunktur samt regelbundet dokumentera utvärdering med objektiva mått.

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. 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	37	37	0
2	37	37	0
3	8	8	0
4	39	39	0
5	36	36	0
6	29	29	0
7	11	11	0
8	16	16	0
9	36	37	1 som inte fakturerats
10	27	27	0
Summa	276	277	1

Kristine Bergström
Rita Sjöström

5.2 Vårdgivare 2

5.2.1 Allmänt om mottagningen

Vårdgivaren har en B mottagning med undersökningsrum med kombinerad tränings sal. Vårdgivaren uppbär normalt arvode.

5.2.2 Journaldokumentation – iakttagelser

Vårdgivaren använder elektronisk journal. Adress finns angivet för 1 av 10 patienter, telefonnummer, namn och personnummer finns angivet för samtliga patienter. Tidbok finns i pappersform.

Under perioden som granskningen avser, finns knapphändig och bristfällig anamnes och status dokumenterad i en av tio journaler. Funktionsdiagnos finns inte dokumenterad i någon av journalerna. Vidtagna åtgärder finns knapphändigt dokumenterat i samtliga journaler. För det mesta är området som behandlats dokumenterat, men det saknas i de flesta journaler dokumentation om vilken typ av behandling som utförts. Det finns ingen dokumentation om behandlingsplan eller behandlingsmål i granskade journaler. Vad gäller utvärdering och effekter av vald behandling är detta mycket knapphändigt beskrivet och då som mer generell term som t ex "bättre". Objektiva mått är inte dokumenterade i någon av de granskade journalerna. Ingen av de granskade journalerna innehåller uppgifter om vilken information som lämnats till patienten och/eller om det ställningstagande som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ.

5.2.3 Bedömning

De flesta patienterna, i de granskade journalerna, har långa behandlingsserier, över flera år. I de granskade journalerna är det inte beskrivet hur kontakten med läkare eller annan vårdgivare fungerar i dessa behandlingsserier. Vad gäller kraven på journalers innehåll finns brister inom samtliga områden undantaget uppgifter om patientens identitet och telefonnummer som finns dokumenterat i samtliga journaler, adress däremot saknas i så gott som alla journaler. Med de knapphändiga anteckningar 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 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 behandlingsplan och behandlingsmål kan vara ett sätt att säkerställa denna information. Dessutom ska patienten informeras om eventuella andra behandlingsalternativ och denna information ska dokumenteras. I detta avseende möter inte vårdgivaren lagstiftningens krav.

Kristine Bergström
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. 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	35	35	0
2	24	24	0
3	41	41	0
4	29	30	1 Ett jl förd besök som ej ägt rum
5	26	26	0
6	44	44	0
7	50	48	2 besök ej jl förda, men finns i tidbok
8	39	39	0
9	5	5	0
10	19	19	0
Summa	302	301	3

5.3 Vårdgivare 3

5.3.1 Allmänt om mottagningen

Vårdgivaren har en A mottagning med ett undersökningsrum samt tillgång till gym. Vårdgivaren uppbär särskilt arvode för rörelseorganens sjukdomar

5.3.2 Journaldokumentation – iakttagelser

Vårdgivaren använder elektronisk journal. Alla journaler utom en har adress, samtliga har namn, personnummer och telefonnummer. Tidbok sköts i separat elektroniskt program. Akupunkturbehandling dokumenteras i befintlig journal.

Strukturerad dokumentation med sökord finns, på alla patienter, under den period som granskningen avser. Kortfattad dokumentation av anamnes, status och funktionsdiagnos finns i alla journaler. Vid uppehåll i behandling och i några av journalerna, inför fortsatt eller inför "ny" uppstart av behandling hos sjukgymnast/fysioterapeut, dokumenteras en kort sammanfattning av anamnes och status. Vidtagna åtgärder dokumenteras både generellt och specifikt i de flesta journaler. Det som saknas är specifik dokumentation av aktiva strategier som t ex hemprogram och träning. Detta dokumenteras inte specifikt och ingen hänvisning

Kristine Bergström
Rita Sjöström

till aktuellt program eller övningsbeskrivning. Behandlingsplan saknas i dokumentationen, däremot finns mål med behandling beskrivet i de granskade journalerna. Utvärdering och effekter dokumenterat i generella termer i de flesta journaler som t ex "mindre ont, mer ont". Objektiva mått är sällan dokumenterade, men det förekommer i 4 av 10 journaler. Dokumentation av funktionella mått samt uppskattat gradtal i rörelseapparat följs däremot inte upp i dokumentationen. 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, inte heller noterat om information kring eventuella risker och bieffekter vid t ex akupunkturbehandling. Det finns dokumenterat i 6 av 10 journaler att kontakt med andra vårdgivare initierats fram för allt vid långdragna behandlingsserier.

5.3.3 Bedömning

Det är tillfredsställande att så gott som samtliga journaler innehåller dokumentation av patientens identitet och kontaktoppgifter samt anamnes, status och funktionsdiagnos. Uppgifter om de åtgärder som vidtas per behandlingstillfälle är dokumenterade vilket möter lagstiftningens krav men det saknas tydlig dokumentation kring träningsprogram. 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. Förbättringsområde är också att göra en behandlingsplan och en tydlig dokumentation av detta. 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.

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. 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	27	27	0
2	18	18	0
3	22	22	0
4	28	28	0
5	24	24	0
6	36	36	0
7	20	20	0
8	12	12	0
9	12	12	0
10	15	15	0
Summa	214	214	0

Kristine Bergström
Rita Sjöström

5.4 Vårdgivare 4

5.4.1 Allmänt om mottagningen

Vårdgivaren har en B mottagning. Mottagningen har tre behandlingsrum samt träningslokal och en receptionist. Vårdgivaren uppbär särskilt arvode för rörelseorganens sjukdomar.

5.4.2 Journaldokumentation – iakttagelser

Vårdgivaren använder elektronisk journal. Personnummer och kontaktuppgifter i form av telefonnummer finns i samtliga journaler, adress fattas i 2 journaler. Akupunkturbehandling dokumenteras i befintlig journal.

Alla journaler är tydliga och innehåller samtliga uppgifter som, enligt denna gransknings kontrollpunkter, ska finnas. Det finns tydlig dokumentation för nybesök, daganteckning samt slutanteckning. I journalerna används sökord på ett strukturerat sätt. I journalerna finns det dokumenterat anamnes, status, funktionsdiagnos, åtgärder, behandlingsplan och mål, utvärdering inklusive effekter av vald behandling samt dokumentation om läkarkontakt eller kontakt med annan vårdgivare. I utvärderingen är det framför allt dokumenterat i generella termer som t ex "ökade besvär, mindre smärta". Ibland används vid nybesök i klinisk undersökning även t ex goniometer med angivet gradtal, i t ex knäled, men denna följs inte upp under behandlingens gång, inte heller i slutanteckning. I övrigt är objektiva mått sparsamt dokumenterat.

Det saknas tydlig dokumentation kring information som lämnats till patienten och/eller om de ställningstagande som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ. Det saknas även dokumentation om bieffekter och ev. risker vid t ex akupunkturbehandling.

5.4.3 Bedömning

Vårdgivaren uppvisar en föredömlig journalföring. Journalens innehåll överensstämmer, med några få undantag, med det innehåll som enligt granskningens upplägg ska finnas dokumenterat. Förbättringsområde är att tydligt dokumentera information som ges till patient om ev. behandlingsalternativ, ev. risker och bieffekter vid t ex akupunkturbehandling samt att använda och dokumentera objektiva utvärderingsmått.

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. Stickprov har gjorts vad gäller antal poster i tidbok relaterat till antal fakturerade besök, inga avvikelser.

Kristine Bergström
Rita Sjöström

JOURNAL	ANTAL ÅTGÄRDER ENLIG FAKTURA UNDERLAG	ANTAL JOURNAL ANTECKNINGAR ENLIGT JOURNAL	ANTAL AVVIKELSER FAKTURA JMF JOURNALANT
1	11	11	0
2	22	22	0
3	53	53	0
4	21	21	0
5	26	26	0
6	25	25	0
7	15	15	0
8	15	15	0
9	24	24	0
10	25	25	0
Summa	237	237	0

5.5 Vårdgivare 5

5.5.1 Allmänt om mottagningen

Vårdgivaren har en A mottagning med två undersökningsrum samt tillgång till träningslokal. Vårdgivaren uppstår särskilt arvode för rörelseorganens sjukdomar.

5.5.2 Journaldokumentation – iakttagelser

Vårdgivaren använder elektronisk journal. Alla journaler har adress, namn, personnummer, mejladress och telefonnummer. Tidbok finns i pappersform. Akupunkturbehandling dokumenteras i befintlig journal.

Alla journaler är tydliga och strukturerade med sökord och innehåller så gott som samtliga uppgifter som, enligt denna granskning, ska finnas. Det gäller anamnes, status, funktionsdiagnos, åtgärder, behandlingsplan och mål, utvärdering inklusive effekt. Utvärdering är dokumenterat med både objektiva mätinstrument men även med subjektiv beskrivning men detta framför allt vid start av behandlingsserie, som sällan följs upp vid avslutande behandling. Det finns tydligt dokumenterat kontakter med andra vårdgivare. Det som är otydligt är tidsperspektiv vad gäller behandlingsplan, information om behandling till patienten, det framgår inte tydligt vilken information som lämnats och/eller de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ.

5.5.3 Bedömning

Vårdgivaren uppvisar en föredömlig journalföring. Journalernas innehåll överensstämmer, med några få undantag, med det innehåll som enligt denna granskning upplägg ska finnas dokumenterat. Förbättringsområden är att tydligt dokumentera tidsperspektiv i behandlingsplan, information som ges till patienten om eventuella behandlingsalternativ samt att följa upp de objektiva utvärderingarna från start till behandlingslut.

Kristine Bergström
Rita Sjöström

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. 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	18	18	0
2	12	12	0
3	11	11	0
4	16	16	0
5	16	16	0
6	15	15	0
7	15	15	0
8	11	11	0
9	14	14	0
10	11	11	0
Summa	139	139	0

5.6 Vårdgivare 6

5.6.1 Allmänt om mottagningen

Vårdgivaren har tillgång till två behandlingsrum samt träningslokal.

5.6.2 Journaldokumentation – iakttagelser

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

Under den period som granskningen avser finns knapphändig och bristfällig anamnes, status, funktionsdiagnos och åtgärd i så gott som alla journaler. Under perioden som granskningen avser, finns det dokumenterat journalanteckningar för 28 av 273 patientbesök. Dokumentationen sker inte alltid vid första besöket, dokumentationen kan ske sporadiskt under behandlingsomgången.

Det finns ingen dokumentation om behandlingsplan eller behandlingsmål i granskade journaler. Vad gäller utvärdering och effekter av vald behandling är detta knapphändigt beskrivet och då i generella termer som t ex "bättre rörlighet, mindre smärta". Det finns även dokumenterat i några journaler gradtal av rörelseomfång i utvärderingen/effekter av behandling. Ingen av de granskade journalerna innehåller uppgifter om vilken information som lämnats till patienten och/eller om det ställningstagande som gjorts i fråga om val av

Kristine Bergström
Rita Sjöström

behandlingsalternativ. Information till patienter om eventuella risker och bieffekter vid t ex akupunkturbehandling finns inte dokumenterat. Det finns tydligt dokumenterat kontakter med andra vårdgivare t ex med läkare.

Det finns perioder under granskad tid där det är inbokat upp till 15-19 patienter per heldag, utan pauser eller avbrott för lunch, men även förlängda arbetsdagar.

5.6.3 Bedömning

Det saknas dokumentation i 245 av 279 journaler. Vad gäller kraven på journalers innehåll finns brister inom så gott som samtliga områden undantaget uppgifter om patientens identitet och kontaktuppgifter som finns dokumenterat i samtliga journaler samt dokumentation om kontakt med annan vårdgivare. I de journaler där det finns dokumentation är dokumentationen knapphändig och journalerna kan inte 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 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 behandlingsplan och 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.

5.6.4 Avstämning besök och journal

Som ovan beskrivet är bara en bråkdel av patientbesöken journalförda. Tidbok och antal fysiska besök stämmer överens. Stickprov har gjorts vad gäller antal poster i tidbok, inga avvikelser.

JOURNAL	ANTAL BESÖK	ANTAL JOURNAL ANTECKNINGAR	ANTAL AVVIKELSER
1	27	5	22
2	25	7	18
3	16	5	11
4	19	1	18
5	25	3	22
6	42	1	41
7	31	1	30
8	36	0	36
9	29	2	27
10	23	3	20
Summa	273	28	245

Kristine Bergström
Rita Sjöström

5.7 Vårdgivare 7

5.7.1 Allmänt om mottagningen

Vårdgivaren har tillgång till träningslokal och ett behandlingsrum.

5.7.2 Journaldokumentation – iakttagelser

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

Kortfattad dokumentation av anamnes och status samt vidtagna åtgärder både generellt och specifikt finns dokumenterade under den period som granskningen avser. Utvärdering och effekter är dokumenterat i generella termer t ex "mindre ont". Objektiva mått, förutom gradtal goniometer i några av journalerna, är inte dokumenterade i någon av de granskade journalerna. Bedömning av undersökning är dokumenterat men inte med en tydlig diagnos/funktionsdiagnos.

Behandlingsplan finns dokumenterat i de granskade journalerna men det finns ingen dokumentation när planen förändras. Ingen av de granskade journalerna innehåller behandlingsmål eller uppgifter om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts ifråga om val av behandlingsalternativ, inte heller noterat om information kring eventuella risker och bieffekter vid t ex akupunkturbehandling.

Det saknas journalanteckningar på mottagningsbesök där patienten tränat tillsammans med fysioterapeut. Det saknas även dokumentation i en journal, punktval och behandlingstid vid akupunkturbehandling.

5.7.3 Bedömning

Det är tillfredsställande att samtliga journaler innehåller dokumentation av anamnes, status och vidtagna åtgärder. Förbättringsområden är att dokumentera diagnos/funktionsdiagnos tydligare. Det saknas målsättning med behandling i alla de granskade journalerna för att tydliggöra det förväntade resultatet av behandlingen/vården. 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 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.

5.7.4 Avstämning besök och journal

Av 120 besök totalt finns 75 besök journalförda. Ett besök finns registrerad, men finns inte i tidbok och inte heller journalförd. Stickprov har gjorts vad gäller antal poster i tidbok, inga avvikelser.

Kristine Bergström
Rita Sjöström

JOURNAL	ANTAL BESÖK	ANTAL JOURNAL ANTECKNINGAR	ANTAL AVVIKELSER
1	18	16	- 2
2	16	6	- 10 (ett besök inte jl fört och inte i tidbok).
3	6	6	0
4	16	10	- 6
5	4	4	0
6	10	3	- 7
7	10	6	- 4
8	17	8	- 9
9	7	5	- 2
10	16	11	- 5
Summa	120	75	- 45

5.8 Vårdgivare 8

5.8.1 Allmänt om mottagningen

Vårdgivaren har tillgång till fyra behandlingsrum samt träningslokal.

5.8.2 Journaldokumentation – iakttagelser

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

Samtliga journaler innehåller så gott som alla uppgifter som, enligt denna gransknings kontrollpunkter skall finnas. Det gäller anamnes, status, funktionsdiagnos, åtgärder, behandlingsplan och mål, utvärdering inklusive effekter av vald behandling samt dokumentation om läkarkontakt. Utvärderingen sker i både subjektiva och objektiva mått, men kunde vara tydligare i de objektiva måtten. Det är tydligt dokumenterat om det är nybesök, återbesök eller slutanteckning.

De område som det saknas tydlig dokumentation kring är behandlingsplan där det saknas tidsperspektiv. Det saknas också tydlig dokumentation om information som lämnats till patienten och/eller om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ. Det saknas dokumentation om bieffekter och risker vid framför allt akupunkturbehandling.

5.8.3 Bedömning

Vårdgivaren uppvisar en föredömlig journalföring. Tydligare dokumentation kan göras genom att dokumentera tydligt tidsperspektiv i behandlingsplan, dokumentera på ett tydligare sätt information till patient vilka ev.

Kristine Bergström
Rita Sjöström

behandlingsalternativ som finns, dokumentera ev. risker och bieffekter t ex vid akupunkturbehandling samt att dokumentera utvärdering, mer regelbundet med objektiva mått.

5.8.4 Avstämning besök och journal

Antal besök stämmer överens med antal journalanteckningar, inga avvikelser. Stickprov har gjorts vad gäller antal poster i tidbok, inga avvikelser.

JOURNAL	ANTAL BESÖK	ANTAL JOURNAL ANTECKNINGAR	ANTAL AVVIKELSER
1	32	32	0
2	16	16	0
3	35	35	0
4	18	18	0
5	31	31	0
6	26	26	0
7	26	26	0
8	22	22	0
9	18	18	0
10	18	18	0
Summa	242	242	0

5.9 Vårdgivare 9

5.9.1 Allmänt om mottagningen

Vårdgivaren har tillgång till tre behandlingsrum samt träningslokal.

5.9.2 Journaldokumentation – iakttagelser

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

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

De områden som det saknas tydlig dokumentation kring är information som lämnats till patienten och/eller om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ. Det saknas dokumentation om bieffekter och risker vid t ex akupunkturbehandling. Utvärdering beskrivs i de flesta journaler som granskats i generella termer som t ex "smärta mindre påtaglig, ingen större förbättring" men det finns också utvärdering med objektiva mått i tre av tio granskade journaler.

Kristine Bergström
Rita Sjöström

5.9.3 Bedömning

Vårdgivaren uppvisar en föredömlig journalföring. Journalernas 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 till patient vilka eventuella behandlingsalternativ som finns, att dokumentera om ev. risker och bieffekter vid t ex akupunktur samt dokumentera utvärdering mer regelbundet med objektiva mått.

5.9.4 Avstämning besök och journal

Antal besök stämmer överens med antal journalanteckningar, inga avvikelser. Stickprov har gjorts vad gäller antal poster i tidbok, inga avvikelser.

JOURNAL	ANTAL BESÖK	ANTAL JOURNAL ANTECKNINGAR	ANTAL AVVIKELSER
1	76	76	0
2	42	42	0
3	31	31	0
4	41	41	0
5	34	34	0
6	12	12	0
7	13	13	0
8	13	13	0
9	1	1	0
10	5	5	0
Summa	262	262	0

5.10 Vårdgivare 10

5.10.1 Allmänt om mottagningen

Vårdgivaren har tillgång till tre behandlingsrum samt träningslokal.

5.10.2 Journaldokumentation – iakttagelser

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

Journalerna innehåller så gott som samtliga uppgifter som, enligt denna gransknings kontrollpunkter ska finnas. Det gäller anamnes, status, funktionsdiagnos, åtgärder, behandlingsplan med tidsperspektiv, info om regim till patienten, utvärdering inklusive effekter av vald behandling samt dokumentation om läkarkontakt och kontakt med andra vårdgivare. Utvärderingen inklusive

Kristine Bergström
Rita Sjöström

effekter beskrivs i generella termer som t ex "mindre ont" men även dokumentation, om inte helt regelbundet, med objektiva mått.

De områden som det saknas tydlig dokumentation kring är behandlingsmål och 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 t ex akupunkturbehandling.

5.10.3 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 mål med behandling samt information till patient vilka ev. behandlingsalternativ som finns samt dokumentera ev. risker och bieffekter vid t ex akupunkturbehandling.

5.10.4 Avstämning besök och journal

Antal besök stämmer överens med antal journalanteckningar, inga avvikelser. Stickprov har gjorts vad gäller antal poster i tidbok, inga avvikelser.

JOURNAL	ANTAL BESÖK	ANTAL JOURNAL ANTECKNINGAR	ANTAL AVVIKELSER
1	14	14	0
2	17	17	0
3	28	28	0
4	12	12	0
5	18	18	0
6	16	16	0
7	40	40	0
8	28	28	0
9	31	31	0
10	15	15	0
Summa	219	219	0

5.11 Allmänt för samtliga granskade

Det som generellt saknas i de flesta journaler är:

- Träningsprogram, eftersom detta är en journalhandling, och skall finnas inskannat eller dokumenterat i journalen.
- Tydligt beskrivet om besöket är ett nybesök, återbesök eller avslutande besök.
- Diagnoskodsregistrering saknas hos samtliga granskade.