

Egenkontrollprogram för vårdokumentation

Gäller för: Region Kronoberg

Utförs på: Region Kronoberg

Syfte

Att öka kvaliteten och patientsäkerheten i vården genom en gemensam, följsam och tydlig vårdokumentation för verksamheter inom Region Kronoberg.

Vårdokumentation

Med vårdokumentation menas i huvudsak lagstadgad journalföring. Detta inkluderar även övrigt beslutsunderlag och information som dokumenteras i patientens journal så som provresultat, remisser och tidsbokningar.

Omfattning

Central – Regiondriven verksamhet.

Lokal – Vårdavtal som omfattas ska följa regionens riktlinjer samt uppdragsspecifikation primärvård och regelbok hud samt all övrig regiondriven verksamhet.

Följsamhet

Det är ytterst linjeorganisationens respektive ledningsgrupp som har huvudansvaret för följsamhet av styrande dokument.

Egenkontroll

Områden i egenkontrollen baseras på Region Kronobergs riktlinje för vårdokumentation.

Lokal egenkontroll

Samtliga verksamheter ansvarar för att genomföra årliga egenkontroller av kvaliteten inom vårdokumentation enligt checklista för egenkontroll (se bilaga 1). Verksamhetschefen organiserar arbetet med egenkontroll med utgångspunkt i verksamhetens behov och förutsättningar. Egenkontrollen genomförs via digitalt formulär på vårdgivarwebben. Resultaten presenteras på områdes- och kliniknivå på vårdgivarwebben.

Central egenkontroll

Utvecklingsenheten genomför årligen stickprov på verksamheter enligt checklista för egenkontroll (se bilaga 1). Utvecklingsenheten fastställer granskningsperiod samt tar fram slumpvis utvalda patienter med ett pågående vårdåtagande för samtliga verksamhetsområden, undantaget rättspsykiatri samt tandvården. Egenkontrollen genomförs genom inläsning av journal två veckor tillbaka i tiden från granskningsdatumet.

Om patienten har vårdats av fler än en medicinskt ansvarig enhet under granskningsperioden görs en bedömning utifrån respektive dokumenterande enhet. Resultaten presenteras på områdes- och kliniknivå på vårdgivarwebben.

Bilaga 1.

Checklista egenkontrollprogram

No.	Fråga/område	Ja/nej	Kommentar
1	Dokumentationen rör endast aktuell vårdsökande patient.		
2	Dokumentationen innehåller väsentlig information om bakgrund, status, ställningstaganden, bedömningar, planering, åtgärder, resultat, sammanfattningar och överenskommelser med patienten.		
3	Dokumentationen är skriven på svenska, med nödvändiga medicinska formuleringar på latin och i största utsträckning utan förkortningar.		
4	Dokumentationen är neutral, saklig, begriplig och korrekt och består inte av personliga värderingar, uppfattningar och tyckanden.		
5	Patientjournalen används optimalt, det vill säga eventuellt IT-stöd och dess moduler innehåller sådan vårddokumentation som den är avsedd för. I praktiken innebär detta att samma information med samma syfte inte upprepas.		
6	Dokumentationen ska kopplas till relevanta sökord samt kod- och klassificeringssystem.		
7	Journalhandlingar ska dikteras omgående samt transkriberas, signeras och vidimeras skyndsamt.		
8	Dokumentationen är avvikelsebaserad. Fokus är på dokumentation av avvikelse från normalt vårdförlopp. I normalfallet – där vården följer ett förväntat normalförlopp - dokumenteras korta sammanfattningar av vården.		
9	Exempel på god vårddokumentation som kan användas som förebild.		