

Kvalitetsgranskning av vårdokumentation

Gäller för: Region Kronoberg

Utförs på: Region Kronoberg

Syfte

Syftet med denna kvalitetsgranskning är att öka kvaliteten och patientsäkerheten i vårdokumentationen.

Vårdokumentation

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

Omfattning

Regionens riktlinjer ska följas av all regiondriven verksamhet och aktörer med vårdavtal i enlighet med uppdragsspecifikation.

Följsamhet

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

Central kontroll

Uppföljning och kvalitet/patientsäkerhet genomför årligen stickprov på verksamheter enligt checklista för kvalitetsgranskning (se bilaga 1). Uppföljning och kvalitet/patientsäkerhet fastställer granskningsperiod samt tar fram slumpvis utvalda patienter från samtliga verksamhetsområden, undantaget rättspsykiatri samt tandvården. Kontrollen genomförs genom inläsning av journal som tillhör det aktuella vårdtillfället/mottagningsbesöket som infaller inom granskningsperioden.

Om patienten har vårdats av fler än en medicinskt ansvarig enhet under granskningsperioden görs en bedömning utifrån respektive enhet.

Lokal kontroll

Kontrollen kan användas lokalt av verksamheterna när det finns behov av kvalitetsgranskning utav vårdokumentationen.

Uppföljning

Uppföljning och kvalitet ansvarar för uppföljning av granskningsresultaten samt återkoppling till respektive verksamhetsområde.

Bilaga 1.

Checklista kvalitetsgranskning

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 vårdinformationssystem 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.		